

Caso	(178) Rotura de aneurisma de aorta abdominal
Autores	Fernando Monteverde Hernández, Mónica Fernández Del Castillo Ascanio, Sonia Pascual Pérez, Jorge Luis Cabrera Marrero, Carla Souweileh Arencibia, Rubén Domingo Medina Herrera
Centro	Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 76 años sin antecedentes conocidos, que acude derivada del centro de salud por dolor en fosa iliaca derecha con distensión abdominal, náuseas, sudoración y palidez mucocutánea con tensión arterial de 60/42. Se le realiza una analítica en la que destaca una anemia de características normocíticas con hemoglobina de 7.5 g/dl. Ante la sospecha de patología abdominal urgente se le realiza una TC abdomino-pélvica sin contraste y con contraste yodado intravenoso en fases arterial y venosa en la que se observa un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 8 cm de diámetro máximo que se inicia inmediatamente caudal a la salida de las arterias renales y se extiende hasta la bifurcación aórtica en un segmento de aproximadamente 13 cm, con un trombo mural de predominio anterior que deja una luz de 3.7 x 3.7 cm. En su vertiente lateral derecha se observa una ulceración de dicho trombo mural con rotura de la pared aórtica y extravasación del contraste hacia el espacio retroperitoneal paraaórtico derecho así como espacios perirrenal y pararrenales derechos con extensión a fosa iliaca derecha.

Además, presenta ateromatosis difusa en el eje aortoiliaco, observando múltiples placas ulceradas.

DISCUSIÓN

Se considera aneurisma de aorta abdominal a una dilatación de 3 cm o superior de la aorta, habitualmente asintomática. Su prevalencia puede ser de hasta el 10 % en varones mayores de 65 años y, como en el caso que nos corresponde, hasta el 95% son infrarrenales y frecuentemente acompañados de aneurismas en otras localizaciones como torácicos, iliacos o periféricos.

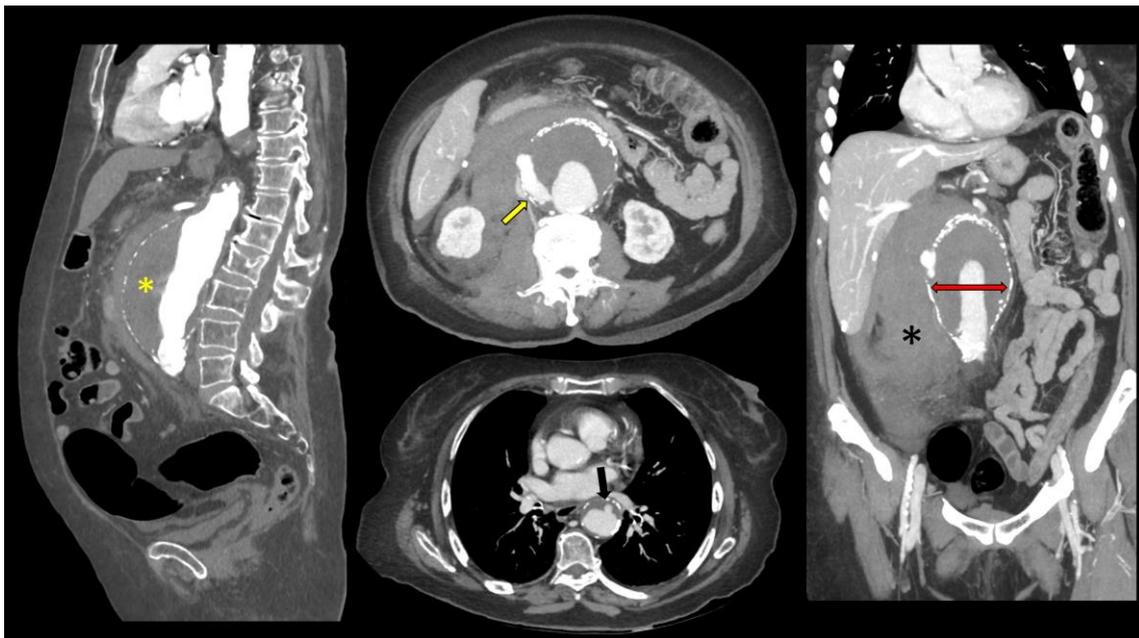
El riesgo de rotura del aneurisma es directamente proporcional al tamaño del mismo, especialmente cuando estos superan los 5 cm de diámetro máximo. El riesgo de rotura de este aneurisma de 8 cm puede llegar a ser del 33%/año, siendo la forma de presentación más frecuente de dolor abdominal o de espalda acompañada de hipotensión y masa pulsátil, con una mortalidad global de aproximadamente el 80%.

Tal y como vemos en nuestro caso, típicamente comienza con un hematoma retroperitoneal que posteriormente se extiende hacia los espacios perirrenales y pararrenales así como afectación del músculo psoas, con posterior extensión intraperitoneal. La paciente refería en última instancia dolor en fosa iliaca derecha debido a que el gran hematoma había alcanzado esta localización.

El diagnóstico diferencial engloba diferentes entidades como el síndrome aórtico agudo. Por lo tanto, ante la sospecha de patología aórtica es importante realizar un estudio en fases simple, arterial y venosa. La fase arterial nos permite visualizar de forma óptima la luz aórtica y la integridad de sus ramas principales así como una posible extravasación del medio de contraste en caso de rotura. La fase venosa siempre es necesaria para la correcta valoración de las estructuras y la perfusión de las vísceras abdominales. Y por último, la fase simple puede ser útil para diferenciar adecuadamente calcificaciones, o sangrados agudos en la pared aórtica.

CONCLUSIÓN

Ante la sospecha de patología aórtica aguda, especialmente en pacientes con factores de riesgo conocidos, es importante la rápida realización de un estudio multifásico que nos permita descartar y diferenciar adecuadamente patologías que conllevan una alta morbimortalidad como la rotura de un aneurisma de aorta abdominal o el síndrome aórtico agudo, que incluye la disección de aorta, el hematoma intramural y la úlcera aórtica penetrante.



Flecha roja: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (reconstrucción MIP coronal). Asterisco amarillo: trombo mural de predominio anterior (reconstrucción sagital). Flecha amarilla: extravasación del contraste desde la luz aórtica hacia el retroperitoneo (reconstrucción MIP axial). Flecha negra: placa ulcerada en aorta torácica.

BIBLIOGRAFÍA

Gawenda M, Brunkwall J. Ruptured abdominal aortic aneurysm: the state of play. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(43):727-732. doi:10.3238/arztebl.2012.0727

Rakita D, Newatia A, Hines JJ et-al. Spectrum of CT findings in rupture and impending rupture of abdominal aortic aneurysms. *Radiographics.* 27 (2): 497-507. doi:10.1148/rg.272065026

Brown PM, Zelt DT, Sobolev B. The risk of rupture in untreated aneurysms: the impact of size, gender, and expansion rate. *J. Vasc. Surg.* 2003;37 (2): 280-4. doi:10.1067/mva.2003.119

Wadgaonkar AD, Black JH 3rd, Weihe EK, Zimmerman SL, Fishman EK, Johnson PT. Abdominal aortic aneurysms revisited: MDCT with multiplanar reconstructions for identifying indicators of instability in the pre- and postoperative patient. *Radiographics.* 2015 Jan-Feb;35(1):254-68. doi: 10.1148/rg.351130137