

Caso	(794) Síndrome aórtico agudo con rotura de aneurisma abdominal
Autores	Carlos Borrega Harinero, Esther Izquierdo Milla, Estefania Ferre Rubio, Jose Vicente Roncero Cano
Centro	Hospital Universitario De Mostoles

EXPOSICIÓN DEL CASO

Datos clínicos: Mujer de 72 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en FRI de unas horas de evolución, irradiado a abdomen y acompañado de náuseas y vómitos.

EF: REG, afectada por el dolor. TA 92/45 mmHg, FC 108 lpm. Tras administración de dexketoprofeno iv y SSF remonta a TA 158/106 mmHg y FC 70 lpm. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo, con defensa voluntaria, sin datos de irritación. PPR izquierda positiva.

Rx abdomen: Sin claras imágenes sugestivas de litiasis. Se solicita TC urgente con JC de dudoso cólico nefrítico izquierdo.

Técnica: Se realiza TC abdominopélvico urgente sin civ. Ante los hallazgos encontrados realizamos AngioTC de aorta toraco-abdominal y se completa con Abdomen-Pelvis en fase portal.

Hallazgos: Dos aneurismas de aorta abdominal (supra e infrarrenal), no conocidos previamente, con extensos trombos murales e imagen sugestiva de úlcera penetrante en el aneurisma infrarrenal. Gran hematoma retroperitoneal secundario a rotura de aneurisma, sin conseguir demostrar signos de sangrado activo en el mismo.

DISCUSIÓN

El Síndrome Aórtico Agudo (SAO) engloba una serie de patologías aórticas graves (con gran tasa de mortalidad) y que comparten factores de riesgo, manifestaciones clínicas y características radiológicas similares. Generalmente se incluyen tres: disección aórtica, hematoma intramural y úlcera aterosclerótica penetrante.

Normalmente los pacientes son de edad avanzada, más frecuentemente varones y con HTA de larga evolución. Además, hay una serie de enfermedades del tejido conectivo que predisponen (como síndrome de Marfan o Ehlers-Danlos), así como válvula aórtica bicúspide y ectasia anuloaórtica.

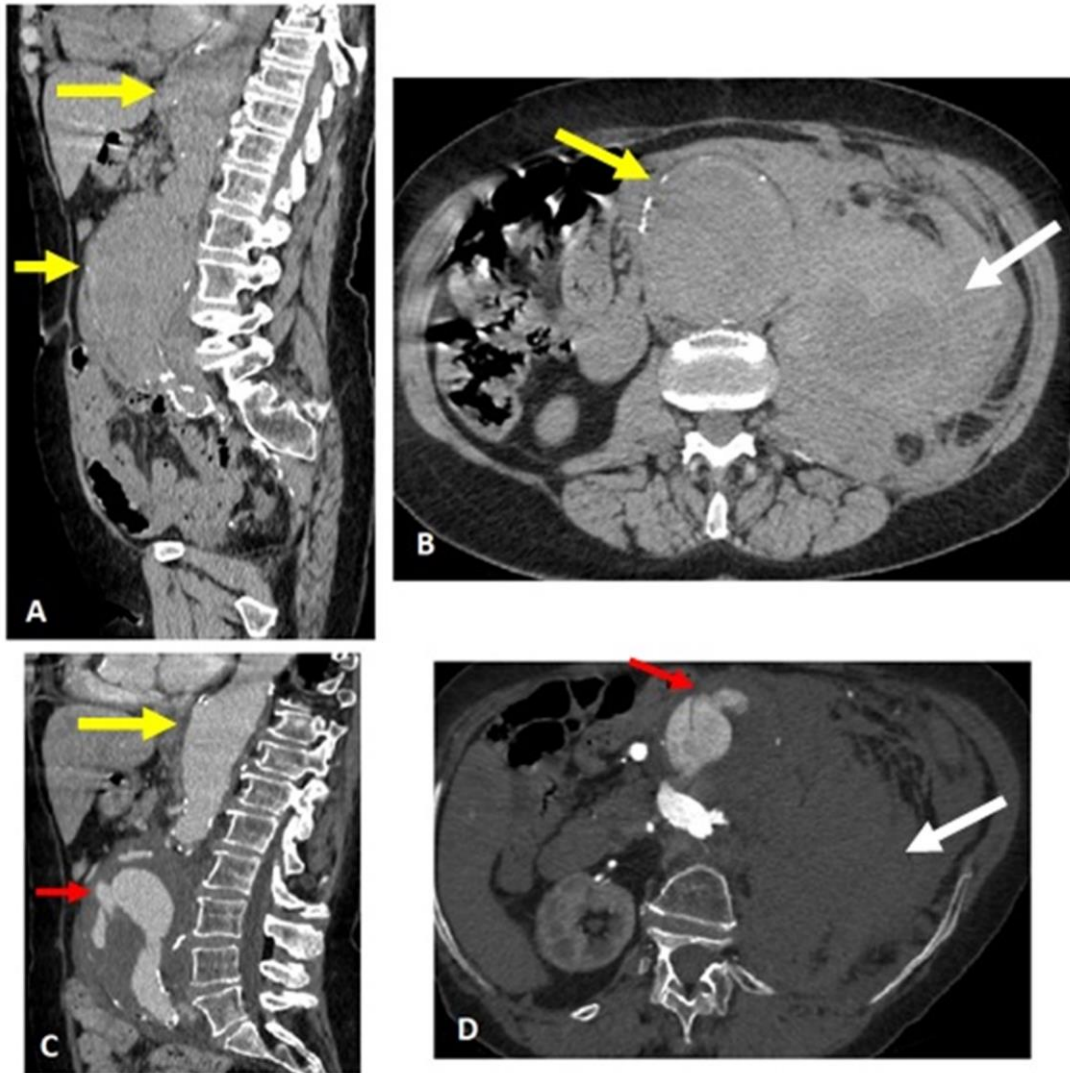
Hasta el 30% de los SAO tienen complicaciones en el momento de presentación, incluyendo (según la localización y extensión): Rotura, hemopericardio con o sin taponamiento, disfunción de la válvula aórtica, disección u oclusión coronaria o de rama aortica, e isquemia visceral.

Dada la gravedad de estas condiciones, el radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos de imagen para poder llevar a cabo un diagnóstico acertado y rápido,

ya que en muchas ocasiones es necesario derivar a los pacientes a otros centros de referencia (como es nuestro caso).

CONCLUSIÓN

Dado que la TC se usa frecuentemente en los Servicios de Urgencias para estudiar dolores abdominales, los radiólogos deben estar familiarizados con los indicadores de aneurisma inestable para acelerar el tratamiento quirúrgico y, de esta forma, intentar evitar potenciales complicaciones.



A y B: sin civ. C: fase portal. D: fase arterial. Flechas amarillas: aneurismas abdominales supra e infrarenal. Flechas rojas: úlcera penetrante en aneurisma infrarenal (extravasación de contraste hacia el trombo mural). Flechas blancas: Gran hematoma retroperitoneal con efecto de masa significativo sobre las estructuras adyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

Ajay D. Wadgaonkar, James H. Black III, Elizabeth K. Weihe. Abdominal Aortic Aneurysms Revisited: MDCT with Multiplanar Reconstructions for Identifying Indicators of Instability in the Pre and Postoperative Patient. *RadioGraphics*. 2015; 35:254-268. <https://doi.org/10.1148/rg.351130137>

Dmitry Rakita, Amit Newatia, John J. Hines. Spectrum of CT Findings in Rupture and Impending Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. *RadioGraphics*. 2007; 27:497-507. <https://doi.org/10.1148/rg.272065026>