

DISECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES. REPORTE DE CASO

Otero-Arroyo Jader¹ MD, Otero-Payares Camila², Otero-Atencia Andrea³, Fontalvo-Rivera Dilia, PhD⁴

¹ Especialista Cirugía vascular. Unidad Médica Vascular, Montería (Colombia).

^{2,3} Estudiantes escuela medicina. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum-Cartagena. Semillero de investigación Pediátricos. Grupo de investigación Gibacus.

⁴ Docente escuela medicina. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, seccional Cartagena. Grupo de Investigación Gibacus y Grupo de investigación de infectología pediátrica.

RESUMEN

Las disecciones aórticas agudas a nivel abdominal, asociadas a un aneurisma de aorta infrarrenal son muy infrecuentes (0,01-0,1 casos/100.000 habitantes), con una presentación clínica inespecífica, necesiéndose un alto índice de sospecha.

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 44 años sin factores de riesgo, con dolor abdominal difuso y en extremidad inferior izquierda de 12 días. La angiotomografía mostró aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con compromiso de la arteria mesentérica inferior. Se realizó resección de aneurisma de aorta abdominal por cirugía abdominal abierta con buena evolución, no requiriendo intervenciones quirúrgicas posteriores.

Conclusión

Son pocos los casos de disección aórtica primaria reportados en mujeres jóvenes sin factores de riesgo, lo que hace de este caso una presentación menos común. El diagnóstico temprano es imperativo para prevenir desenlaces mortales.

Palabras clave

Aneurisma, disección, arteria renal, angiotomografía.

INFREARRENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM DISSECTION WITH CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA. CASE REPORT

ABSTRACT

Isolated infrarenal abdominal aortic aneurysm is a rare clinical entity (0.01-0.1 cases/100,000 inhabitants) with a non-specific clinical presentation, which requires a high index of suspicion.

A 44-year-old female patient, with no risk factors, was presented, with diffuse abdominal pain and left lower extremity pain for 12 days. A computed tomography angiography showed an infrarenal abdominal aortic aneurysm with dissection flap at the level of the left renal artery and involvement of the inferior mesenteric artery. An abdominal aortic aneurysm resection was performed by open abdominal surgery, with no further surgical procedures.

Conclusion

Few cases of primary aortic dissection have been reported in young women without risk factors, which makes this case an unusual presentation. Early diagnosis is a must to prevent fatal outcomes.

Keywords

Aneurysm, aorta dissection, renal artery, angiotomography.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DA) aguda a nivel abdominal asociada a un aneurisma de aorta infrarrenal (AAI) es una afección muy infrecuente (0,01-0,1 casos/100.000 habitantes)^{1,2} se caracterizan por la creación de una falsa luz en la capa media de la

pared aórtica, donde las fuerzas de tracción pueden producir desgarro de la parte interna de la pared aórtica disecada³ (demostrando el flap intimal), produciendo una separación entre la luz verdadera y la falsa, pudiéndose extender hasta el origen de la arteria renal⁴. Según su etiología, se puede clasificar en traumática, iatrogénica y espontánea. La causa más

frecuente es la de origen idiopático o espontáneo⁵. La clínica es poco específica, pero conjuntamente con los factores de riesgo, es útil ante la sospecha de la patología. Puede presentarse con dolor abdominal y/o torácico, cuadros isquémicos a diferentes niveles, o con un cuadro clínico asintomático (17%). Se presenta el caso clínico de una paciente de 44 años sin factores de riesgo, con aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal, que evolucionó satisfactoriamente a la corrección quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años, proveniente de un área rural del Caribe colombiano, que consultó por dolor abdominal difuso y en extremidad inferior izquierda de 7 días, sin antecedentes de patologías relevantes. A la exploración, se encontró dolor acentuado en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal y extremidad inferior izquierda con hipotermia y pulsos periféricos no palpables, con resto del examen físico normal. Las pruebas de función hepática resultaron levemente elevadas (bilirrubina total 4.74 mg/dl, bilirrubina directa 3.28, fosfatasa alcalina 476 mg/dl, aspartato aminotransferasa 109 UI/ml y alanino aminotransferasa en 114 UI/ml).

En la ecografía de abdomen se evidenció moderado aumento difuso de la ecogenicidad del parénquima hepático por esteatosis y múltiples imágenes de cálculo en el interior, con un tamaño máximo de 0.7 cm en la vesícula biliar con calibre de las vías biliares conservadas. A nivel renal, se observó imagen de cálculo de 0.5 cm, en el grupo calicial del riñón derecho sin repercusión sobre el sistema excretor. Se indicó manejo con ampicilina sulbactam 3 gramos intravenosa (IV)

cada 6 horas, tramadol 50 miligramos IV cada 8 horas y líquidos isotónicos de mantenimiento por sospecha de colangitis.

Otros estudios como hemograma, electrolitos séricos, pruebas de coagulación, función renal, enzimas cardíacas y pancreáticas, radiografía de tórax, ecocardiograma y electrocardiograma resultaron normales. Fue evaluada interdisciplinariamente, siendo descartados los hallazgos ecográficos como causa de dolor persistente, y por datos de alteración en semiología vascular en extremidad inferior izquierda se solicitó angiotomografía de tórax que reportó normalidad, y de abdomen que reveló la presencia de un aneurisma de aorta abdominal con diámetro de 4.5 cm. Se evidenció, además, una disección de la aorta con flap intimal a unos 0.5 cm debajo de la emergencia de la arteria renal izquierda, compromiso de la arteria mesentérica inferior, extendida hasta la ílica común e hipogástrica izquierda (**Figura 1**).

Las flechas señalan el aneurisma abdominal con disección aórtica infrarrenal izquierda y extensión hasta la arteria ílica común.

A los 5 días de su ingreso, le realizaron resección de aneurisma de aorta abdominal, derivación aortobiiliaco, endarterectomía de aorta, reimplante de arteria mesentérica e hipogástrica izquierda y fijación de sitios de disección (**Figuras 2 y 3**).

La imagen muestra la intervención quirúrgica durante el pinzamiento del cuello proximal de la aorta y del cuello distal de las arterias ílicas, preparados para la reparación con prótesis.

La imagen muestra resección de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal más disección con derivación aortobiiliaco con prótesis de dacrón bifurcada 14x7 mm.

Control tomográfico posquirúrgico a los 16 días, evidenciando injerto aortobiiliaco bien implantado. Requirió



Figura 1. Angiotomografía de abdomen.

Fuente: Los autores.

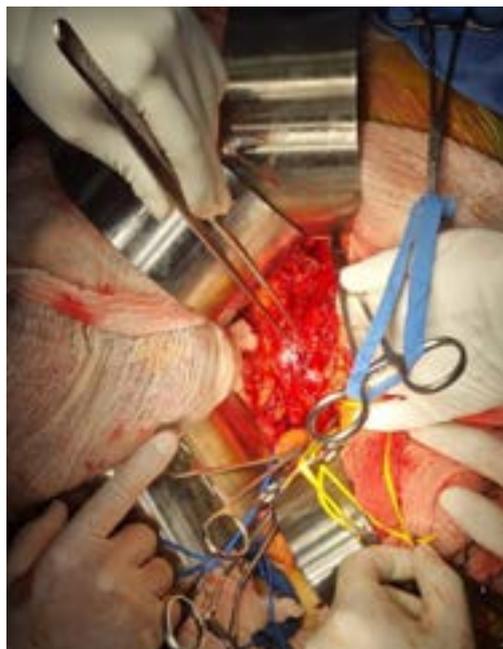


Figura 2. Endarterectomía de la aorta.

Fuente: Los autores.



Figura 3. Resección de aneurisma abdominal y reimplante arterial.
Fuente: Los autores.

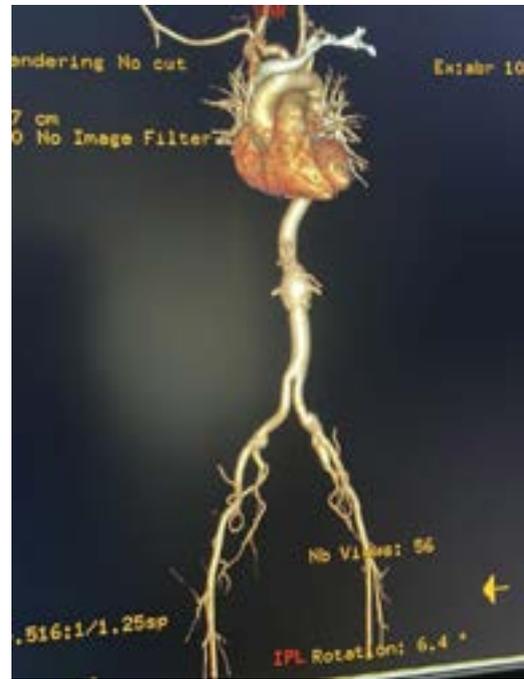


Figura 4. Angiotomografía abdominal posoperatoria.
Fuente: Los autores.

trasfusión de hemoderivados por anemia normocítica normocrómica homogénea en el posoperatorio. La paciente presentó buena evolución, siendo egresada con antiagregantes plaquetarios a los 7 días posquirúrgicos, sin requerir nuevas cirugías (**Figura 4**).

DISCUSIÓN

Han sido pocos los casos reportados de disección aórtica primaria en la literatura^{6,7}. En menos de la mitad de los casos, la disección se extiende hasta la arteria ilíaca común y, en raros casos, se extiende a arterias viscerales. La disección aórtica abdominal aislada (DAA), es poco frecuente y suele limitarse a la aorta infrarrenal^{6,8}. La DA asociada a AAI es de presentación clínica inespecífica, necesiándose un alto índice de sospecha. De acuerdo con su cronología, se puede clasificar como agudo, cuando tiene menos de 14 días, y crónico, más de los 14 días, que determina el pronóstico y manejo². En el caso expuesto, el angioTAC confirmó el diagnóstico, que se realizó en período agudo, lo cual permitió una intervención exitosa.

Dentro de los factores de riesgo que pueden predisponer a una DA no traumática, están la hipertensión arterial (en 70% de los DA tipo B de la clasificación de Stanford, que se origina distal a la arteria subclavia izquierda y afecta solo a la aorta descendente), un aumento abrupto, transitorio y grave de la presión arterial (p. ej., levantamiento de pesas extenuante y uso de agentes simpaticomiméticos como la

cocaína, el éxtasis o las bebidas energéticas), condiciones genéticas que incluyen el síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Turner, pacientes con aneurismas aórticos preexistentes, aterosclerosis, embarazo y parto, y aquellos pacientes con historia familiar de DA. La incidencia en mayores de 65 años es 1.7% en mujeres y 5% en hombres⁹. Son pocos los casos reportados de disección aórtica primaria en mujeres jóvenes^{10,11}, lo que, unido a la ausencia de factores de riesgo, hace de este caso una presentación menos común.

La paciente presentó manifestaciones que orientaban inicialmente a una patología de tipo hepatobiliar, pero los síntomas de claudicación e isquemia en extremidad inferior hizo que se sospechara de DA aislada y el requerimiento de una corrección oportuna. La decisión terapéutica de las DA dependerá de la condición y comorbilidad del paciente, anatomía de la DA y cronología. En un metaanálisis de 92 pacientes, incluidos 73 pacientes con disección primaria de la aorta abdominal, informó una incidencia de rotura aórtica del 10% y una mayor tasa de mortalidad, así como de complicaciones en pacientes que recibieron tratamiento conservador frente a pacientes a los que se sometió a reparación endovascular abierta⁶.

El Registro Internacional de Disecciones Aórticas Agudas muestra que los pacientes con una disección aguda, tratados con una intervención quirúrgica, tienen un mejor resultado, en comparación con aquellos tratados solo con terapia médica¹². La gran mayoría de los casos de DAA reportados en la literatura, se han tratado mediante técnicas endovasculares^{7,13,14}. La cirugía abdominal abierta es un abor-

daje único, con muy pocos casos descritos^{7,15,16}. La decisión de este tipo de cirugía en la paciente del caso clínico, fue escogida por la ubicación de la disección cercana a la emergencia de la arteria renal izquierda con compromiso de la mesentérica hasta la íliaca común, lo cual podría limitar el flujo sanguíneo renal, con riesgo de necrosis cortical. La paciente presentó buena evolución en los controles posquirúrgicos, sin necesidad de reintervención.

CONCLUSIONES

La DA asociada a AAI requiere un alto índice de sospecha clínica, sobre todo en pacientes femeninas en edad media sin factores de riesgo. El caso expuesto invita a considerar su diagnóstico temprano y conducta, de acuerdo con la condición clínica y anatomía de la disección.

AGRADECIMIENTOS

A la paciente del caso clínico, a la Clínica Universitaria Medicina Integral en Montería, a la Universidad del Sinú, en Cartagena, por la colaboración en el desarrollo de este documento.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS

1. Chaikof E, Dalman R, Eskandari M. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018; 67(1):2.
2. Cambria R. Surgical treatment of complicated distal aortic dissection. *Semin Vasc Surg.* 2002;15(2):97-107.
3. Contreras E y cols. Disección aórtica: estado actual. *Revista costarricense de cardiología.* 2009;11:19-27.
4. Martínez Y, Rodríguez J, Estorino N, Marti M. Aneurismas en la aorta abdominal: presentación de un caso. *Revista Médica Electrónica.* 2012;34(5):585-90.
5. Tchana V, Sakalihan N, Defraigne J. Ruptured abdominal aortic aneurysm. *Rev Med Liege.* 2018;73(5):296-9.
6. Jonker F, Schlosser F, Moll F, Muhs B. Dissection of the abdominal aorta. Current evidence and implications for treatment strategies: a review and meta-analysis of 92 patients. *J Endovasc Ther.* 2009;16(1):71-80.
7. Flores L, Audifredd R, López M, Ibáñez J. Manejo quirúrgico abierto de la disección de aorta abdominal. *Revista Cubana de Cirugía.* 2019;58(1):e608.
8. Giribono A, Ferrara D, Spalla F, Narese D, Bracale U, Pecoraro F, et al. Endovascular treatment of spontaneous isolated abdominal aortic dissection. *Acta Radiol Open.* 2016;5(12):1-5.
9. Freiberg M, Arnold A, Newman A, Edwards M, Kraemer K, Kuller L. Abdominal aortic aneurysms, increasing infrarenal aortic diameter, and risk of total mortality and incident cardiovascular disease events: 10-year follow-up data from the Cardiovascular Health Study. *Circulation.* 2008;117(8):1010-7.
10. Lederle F, Johnson G, Wilson S. Abdominal aortic aneurysm in women. *J Vasc Surg.* 2001;34(1):122-6.
11. Lo R, Schermerhorn M. Abdominal aortic aneurysms in women. *J Vasc Surg.* 2016;63(3):839-44.
12. Wall M, Newman J, Slaney P, et al. Isolated dissecting aneurysms of the abdominal aorta and the superior mesenteric artery, a case report and literature review. *Ann Vasc Surg.* 2014;28(8): 1937.e5-1937.e8.
13. Jawadi N, Bisdas T, Torsello G, Stavroulakis K, Donas K. Endovascular treatment of isolated abdominal aortic dissections: long-term results. *J Endovasc Ther.* 2014;21(2):324-8.
14. Zhu Q, Li D, Lai M, Chen X, Jin W, Zhang H, Ming L. Endovascular treatment of isolated abdominal aortic dissection and postoperative aortic remodeling. *J Vasc Surg.* 2015;61(6):1424-31.
15. Govedarski V, Dimitrova E, Angelova M, Vassileva Z. Infrarenal abdominal aortic dissection with aberrant renal arteries and leading symptom right leg ischemia: case report. *Hippokratia.* 2019;23(4):186-9.
16. Tallarita T, Sobreira M, Oderich G. Results of open pararenal abdominal aortic aneurysm repair: Tabular review of the literature. *Ann Vasc Surg.* 2011;25(1):143-9.