

**Caso clínico: Exploradores siempre**Luna-Laguarta S.U.<sup>1</sup>, Abad-Tallada G.<sup>2</sup>, De-la-Villa-Vela C.<sup>3</sup>, Celada-Suárez M.<sup>1</sup>, Viñuales-Aranda M. D.<sup>1</sup>*Sanid. mil. 2022; 78 (2): 98-100, ISSN: 1887-8571***Explorer always****ABSTRACT**

Abdominal aortic aneurysms are a frequent alteration in the population over 65 years old, who have risk factor. In most of cases, are asymptomatic, and they can be diagnosed as an incidental finding in the study of other pathologies, however, in this case, the patient presents digestive symptoms and it was in abdominal exploration where we find a pulsatile abdominal mass, it necessary to request an urgent abdominal ultrasound that confirmed the existence of a high risk AAA.

It is essential the physical examination as well as the clinic of the patient, making a good differential diagnosis of potentially serious pathologies.

**KEYWORDS:** aortic aneurysm, abdominal pain

**INTRODUCCIÓN**

Los aneurismas de aorta abdominal son una alteración frecuente en población mayor de 65 años. Se considera aneurisma a toda dilatación igual o superior a 3 cm en la aorta. La localización más frecuente es a nivel infrarrenal, seguido de otras localizaciones a nivel torácica, iliaca o periférica<sup>1</sup>.

La prevalencia estimada de aneurisma de aorta abdominal (AAA) se sitúa en torno al 2-7% en varones mayores de 60 años, y varía en función de una serie de factores de riesgo como son el sexo, la edad, historia familiar de aneurisma aórtico a otros niveles, enfermedad coronaria, dislipemia, EPOC, arterioesclerosis, ateriopatía periférica y tabaquismo<sup>2</sup>.

A continuación se expone un caso de un paciente con múltiples factores de riesgo que presentó un aneurisma de aorta con una clínica atípica, destacando la importancia de realizar una detallada anamnesis y exploración física.

**CASO CLÍNICO**

Varón de 61 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de dislipemia, hiperuricemia, y trombosis venosa profunda en extremidad inferior derecha hace 18 meses. Exfumador. Intervenido de hidrocele y sinus pilonoidal. En tratamiento actual con alopurinol 100, y ácido acetilsalicílico 100.

El paciente ha presentado en el último mes cambios de ritmo intestinal con tendencia al estreñimiento, acompañado de aerofagia. En los últimos cinco días, dolor abdominal a nivel de hipogastrio, de carácter cólico y de presentación predominantemente nocturna. Acudió a su médico de atención primaria quien le pautó Iberogast sin mejoría clínica. Acude nuevamente a su médico que le remite a urgencias para estudio.

A su llegada, el paciente se encuentra asintomático. No refiere dolor, ni náuseas, ni vómitos, tampoco cortejo vegetativo. No refiere sensación distérmica.

En urgencias presenta la siguientes constantes: TA 150/91, FC 80 lpm, Tª 35,9°C, SAT 98%. Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado. No ingurgitación yugular y carótidas con latido simétrico. En la auscultación cardiopulmonar murmullo vesicular conservado y latido rítmico, sin soplos.

La inspección abdominal no revela ningún dato de interés, pero a la palpación destaca una masa abdominal pulsátil localizada a nivel paraumbilical izquierdo con ligera molestia a la palpación. No hay signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. No se palpan hernias inguinales ni crurales. Puño percusión renal bilateral negativa. Pulsos femorales y pedios presentes, simétricos.

En la analítica de sangre destaca una glucemia de 150 mg/dl y un LDH 385. Tanto el hemograma como las enzimas hepato-pancreáticas y el resto de la bioquímica no presentan alteraciones significativas. Coagulación con INR 1,42, TP 63%, Fibrinógeno 585. Sistemático de orina sin alteraciones.

Ante la sospecha que pudiese tratarse de un aneurisma aórtico se realiza una ecografía abdominal urgente que *confirma la presencia de un AAA que se extiende a lo largo de 12 cm hasta la bifurcación en las iliacas, con un calibre máximo aproximado de 67x 62 mm (figuras 1 y 2). El aneurisma presenta trombosis interna, irregular y heterogénea con imagen que simula una doble luz aórtica, recomendándose la realización de TAC de Aorta, con carácter urgente, para completar estudio.*

1. Médico residente del Sector II (Hospital Universitario Miguel Servet) Zaragoza

2. Radióloga adjunta del Hospital General de la Defensa Zaragoza

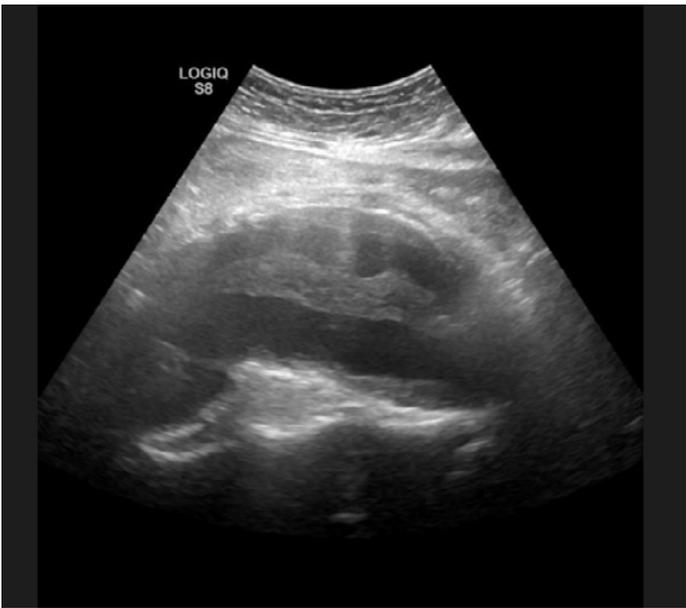
3. Médico adjunto de Urgencias, Hospital General de la Defensa, Zaragoza

**Dirección para correspondencia:** slunalaguarta@gmail.com

Recibido: 20 de julio de 2021

Aceptado: 27 de abril de 2022

doi: 0.4321/S1887-85712022000200008

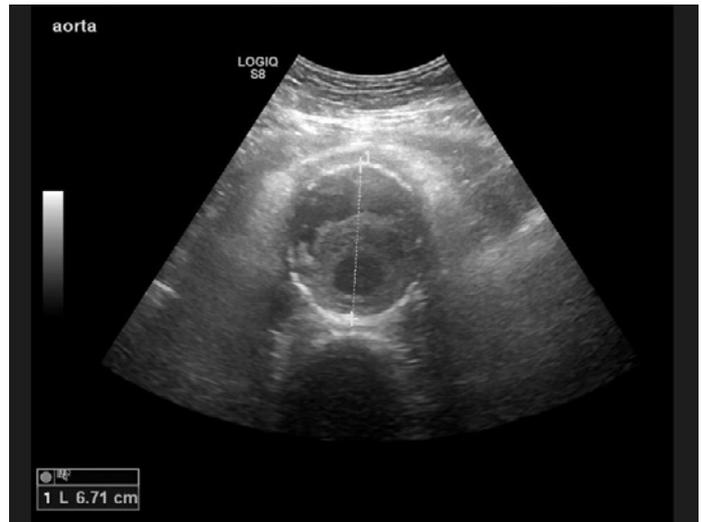


**Figura 1**

Se realiza TAC urgente en el que se visualiza un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (figuras 3 y 4), con diámetro máximo de 74 mm, que comienza a 37 mm desde la salida de la arteria renal, se extiende a lo largo de 12 cm y afecta también al tramo proximal de la arteria iliaca primitiva derecha cuyo diámetro máximo es 29 mm.



**Figura 3**



**Figura 2**

*El aneurisma aórtico presenta calcificaciones finas parietales, en relación con ateromatosis y amplia trombosis excéntrica, predominante en la cara anterior, la luz aórtica presenta a nivel del aneurisma un diámetro aproximado de 2-2.5 cm.*

*No se aprecian colecciones hemáticas periaórticas ni signos de extravasación del contraste, sin embargo se identifican sutiles hiperdensidades lineales en torno a la pared aórtica anterior, sugestivas de incipiente "stranding" periaórtico, hallazgo que se interpreta como signo de inminente de rotura. La vena cava inferior se encuentra comprimida por el aneurisma.*

*El tramo aórtico torácico presenta un calibre dentro de los límites de la normalidad.*

*No se evidencia imagen de disección aórtica.*



**Figura 4**

A pesar de que el paciente se encontraba estable hemodinámicamente y asintomático en todo momento, dados los hallazgos radiológicos se deriva a Cirugía Vascular del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para tratamiento.

Postoperatorio sin complicaciones de interés salvo limitación del antepie y de la dorsiflexión de pie derechos por neuropatía isquémica a nivel distal con pulso pedio y poplíteos derechos conservados al alta. Actualmente en tratamiento rehabilitador

## DISCUSIÓN

Los aneurismas de aorta abdominal resultan asintomáticos en la mayoría de ocasiones diagnosticándose como hallazgo casual en el estudio de otras patologías, por lo que su diagnóstico accidental debe ser derivado al servicio de referencia <sup>3</sup>.

Las peculiaridades de este caso son una presentación **clínica atípica** ya que el paciente permaneció asintomático y estable hemodinámicamente desde su ingreso en nuestro Servicio de Urgencias hasta su intervención quirúrgica. Fue el hallazgo de una masa pulsátil en la exploración abdominal lo que obligó a solicitar ecografía abdominal urgente que confirmaba la existencia de un AAA de riesgo (tanto por su extensión y diámetro como por la existencia de trombosis y posible doble luz en su interior) por lo que posteriormente se completó el estudio con un TAC abdominal, que descartó síndrome aórtico agudo pero detectó signos de inminente rotura aneurismática <sup>5</sup>.

Por ello, destacar la importancia de realizar una exploración física detallada siguiendo una secuencia (inspección, palpación, auscultación, percusión) para poder realizar un buen diagnóstico diferencial y descartar patologías potencialmente mortales en caso de pasar desapercibidas <sup>5</sup>.

El riesgo de ruptura de un AAA está en relación con el diámetro y con la velocidad de crecimiento. Un AAA con un diámetro de 4-5 cm, el riesgo de ruptura es de 1-4% por año, cifra que asciende al 25% por año en aneurismas de 7 cm. Los aneurismas suelen aumentar 2-3 mm al año, y un aumento de 10 mm por año se asocia a mayor riesgo de rotura. En el caso que se expone el AAA era mayor a 7 cm con signos radiológicos de ruptura inminente que explicaremos a continuación <sup>4,5</sup>:

Por un lado, los signos **clínicos** guía de rotura son:

1. Dolor súbito de alta intensidad lumbar/abdominal que puede irradiarse (90%)
2. Hipotensión por hipovolemia
3. Masa abdominal pulsátil palpable (38%)

*La clínica resulta diagnóstica por sí misma en un 38% de los casos, siendo en el resto de casos necesaria la realización de pruebas complementarias <sup>4</sup>.*

Por otro lado, los signos **radiológicos** de rotura primaria son:

1. Hematoma periaórtico (el signo más frecuente)
2. Extravasación del contraste intravenoso
3. “Stranding periaórtico”: densidad filamentosa de tejidos blandos periaórtica <sup>4,5</sup>.

La mortalidad de un AAA cuando ya se ha producido la rotura se estima en un 80-90% en los últimos años, y la supervivencia en pacientes intervenidos es muy baja en los primeros meses. Por todo ello, **la anamnesis y la exploración clínica deben seguir siendo el pilar fundamental de la asistencia**, y las que nos dirijan hacia la solicitud de las pruebas complementarias, la urgencia de realización de las mismas y la secuencia en que deben realizarse <sup>6</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se puede concluir que un aneurisma puede presentarse de forma atípica pudiendo pasar desapercibido si no se realiza una buena anamnesis y exploración física detallada. El caso clínico que nos ocupa, el diagnóstico de aneurisma resultó un hallazgo casual en la exploración, dado que el paciente manifestaba únicamente clínica digestiva a pesar de presentar múltiples factores de riesgo.

Por lo que, cabe destacar **la simbiosis** perfecta entre las habilidades “clásicas” que aporta la anamnesis y exploración con las habilidades “modernas” que aporta la adecuada interpretación de las pruebas complementarias con toda la tecnología de la que disponemos actualmente.

En resumen, resulta fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial basándonos en los hallazgos clínicos y radiológicos para poder diagnosticar patologías potencialmente graves y con una elevada mortalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramirez J, Pozo ME. Aneurisma de la aorta abdominal: controversias y tendencias en su diagnóstico y manejo . [Internet]. Rev Colomb Cir; 2010 [Cited 6 June 2021]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v25n4/v25n4a7.pdf>
2. García Caballosa M, Ramos Díaz F, Moreno S, Santos García A. Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía abdominal en atención primaria. [Internet]. SEMERGEN; 2010 [Cited 6 June 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-diagnostico-aneurisma-aorta-abdominal-mediante-S1138359310001425>
3. Lahoz C, Esteban Gracia C, Reinares García L, Bellmunt Montoya S , Brea Hernando A, Fernández Heredero A et al. Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. [Internet]. Rev Clin Inves Arterioscl; 2015 [ Cited 28 april 2021]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214916815000066?via%3Dihub>
4. Hermida Perez JA. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, lumbalgia crónica, dislipidemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica . [Internet]. med gen y fam. 2016; [Cited 28 april 2021]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188954331500078X>
5. Sociedad española de radiología [ Internet]. [ Cited 28 May 2021]. Available from: <http://seram2008.seram.es>
6. Dolor lumbar de larga evolución y hallazgo de aneurisma de la aorta abdominal. EURECO [Internet]. Euroeco.org 2021; [Cited 6 June 2021]. Available from: <https://euroeco.org/dolor-lumbar-de-larga-evolucion-y-hallazgo-de-aneurisma-de-la-aorta-abdominal-2/>