

HOSPITAL PROVINCIAL
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Presentación de un caso de sacrolumbalgia rebelde como forma de presentación de un aneurisma de la aorta abdominal.

Rebel sacrolumbalgia as a presenting way of abdominal aortic aneurysm.

Rogelio Sánchez Mayola (1), Grisel Herrera Santos (2), Raúl Terry Manuel (3), Damarys Herrera Santos (4).

RESUMEN

Se define como aneurisma, una dilatación arterial localizada, mayor del 50% del tamaño normal del vaso considerado. En pacientes mayores de 70 años el diámetro máximo normal de la aorta abdominal es de hasta 21 mm en el hombre y hasta 19 mm en la mujer. Una dilatación de 30 mm o mayor se denomina "aneurisma". Los aneurismas abdominales afectan al 2-5% de los mayores de 60 años y más en hombres que en mujeres, en una proporción 4/1. La mayoría de los aneurismas son arteroscleróticos. Existen factores de riesgo para desarrollar un aneurisma aórtico: enfisema, factores genéticos, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sexo masculino, tabaquismo, trauma, infección. Se presenta un paciente de 66 años de edad con sacrolumbalgia rebelde de 7 meses de evolución con imágenes de osteólisis de vértebras lumbares y aneurisma trombosado de la aorta abdominal en Tomografía Axial Computarizada multicortes, constituye esta una extraña forma de manifestación clínico/radiológica del aneurisma de la aorta abdominal.

Palabras clave: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, SACROLUMBALGIA REBELDE.

1. Especialista de 2do. Grado en Medicina Interna. Máster en Infectología. Profesor Consultante.
2. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna.
3. Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
4. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.

INTRODUCCIÓN

El término aneurisma se deriva del griego aneurymeim que significa "dilatar". Se define como aneurisma una dilatación arterial localizada, mayor del 50% del tamaño normal del vaso considerado (1). En pacientes mayores de 70 años el diámetro máximo normal de la aorta abdominal es de hasta 21 mm en el hombre y hasta 19 mm en la mujer. Una dilatación de 30 mm o mayor, se denomina "aneurisma". Pseudoaneurisma es un hematoma cavitado pulsátil paraarterial. Se produce por una solución de continuidad en la arteria, que permite la extravasación sanguínea y la constitución de un hematoma pararterial. La cavitación crea la luz y la reacción de los tejidos vecinos lo envuelve con una pared fibrosa. Los aneurismas abdominales afectan al 2-5% de los mayores de 60 años y más en hombres que en mujeres, en una proporción 4/1. La mayoría son de etiología arterioesclerótica y de ubicación infrarrenal (90%); pueden extenderse a una o ambas arterias ilíacas (70% de los casos) (2).

Existen factores de riesgo para desarrollar un aneurisma aórtico: enfisema, factores genéticos, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sexo masculino, tabaquismo, trauma, infección. Estudios experimentales en ratones y humanos señalan que las metaloproteasas tiene un importante papel en la formación de aneurismas, particularmente la enzima MMP-9 macrófago-asociada. Los pacientes diagnosticados de aneurisma aórtico y que poseen asociado un genotipo 6-interleukina con concentraciones plasmáticas elevadas de interleukina 6, tienen una mortalidad 2 veces mayor a los 3 años que aquellos que no tienen el citado genotipo. Por otra parte, el polimorfismo 4G/5G en el gen promotor plasminógeno-activador/inhibidor tipo I (PAI-1) altera los niveles plasmáticos de PAI-1, y se asocia con una disminución en la mortalidad operatoria de la cirugía del aneurisma, a diferencia de lo que ocurre en portadores de otros genotipos PAI-1 (0% frente al 8%) (3).

De igual forma, se ha demostrado la existencia de apoptosis celular asociada a la presencia de un mediador, el p 53, potencialmente relacionado con la muerte celular.

La mayoría de los aneurismas son arteroscleróticos, constituye la causa más frecuente, produce adelgazamiento de las paredes por destrucción de la túnica media a razón de la placa ateromatosa que se forma en la íntima.

Paulatinamente va minando la estructura de la pared vascular, con destrucción de su íntima y progresivo debilitamiento estructural. La razón por la cual la mayoría de los aneurismas arteroscleróticos se localizan en la aorta abdominal es una cuestión que todavía no tiene respuesta, aunque se han formulado diversas teorías en relación con la edad y la mayor presión sistólica y fuerza de la onda del pulso que se observan a dicho nivel en determinadas circunstancias.

Otro de los factores claramente relacionados con este tipo de patología es el hábito de fumar (4).

CASO CLÍNICO

Paciente JBMR de 66 años de edad, blanco, masculino, con antecedentes de salud, fumador inveterado. Hace siete meses comenzó con dolor lumbar, pérdida del apetito, decaimiento por lo cual fue estudiado con resultados de biopsia de la mucosa gástrica normal, colon por enema con imagen de un divertículo, proteínas totales y fraccionadas, fosfatasa alcalina, lípidos, plaquetas, Bence Jones, bilirrubina, transaminasas negativas. Tiene tomografía axial computarizada (TAC) de columna con hernia discal, espondilolistesis L5, coxartrosis bilateral, estrechamientos vertebrales.

El paciente reingresa porque hace dos meses tiene fiebre de 38 a 39 °C sin escalofríos, vespertina, aparición cada dos días, alivia con dipirona. Junto a lo anterior persiste el apetito disminuido, la pérdida de 40 libras de peso y ahora se añade calambres en las piernas al caminar que se alivia al detener la marcha o al reposo, persistencia del dolor a nivel lumbar. Examen físico: uñas en vidrio de reloj, mucosas: Leve palidez. Sistema Osteomioarticular (SOMA): Lassegue positiva a los 80 grados. Bragard negativa. Exploración de extremidad inferior derecha sin alteración. Región lumbar y paralumbar dolorosa desde L1-L5. Maniobra sacroilíaca negativa ambos lados. Respiratorio: Murmullo vesicular conservado. Cardiovascular: Soplo mesosistólico suave, de intensidad II/VI en foco aórtico y en la punta. No trastornos venosos. T.A: 130/80 mmHg. Abdomen: En mesogastrio y flanco derecho se palpa aumento de volumen pulsátil de más de 5 cm. Durante la estadía en sala se queja de dolor en la cadera derecha hasta la rodilla del mismo lado.

Exámenes complementarios: Hemocultivo I, II y III no se obtuvo crecimiento, creatinina 88 mmol/L, Hb 107 g/L, eritrosedimentación 90 mm, LCN 9.2, Seg. 76 %, Linf. 8.0 %, Mon. 5.0 %, Eos.11.0 %. Lámina periférica, Glóbulos rojos: No se observan alteraciones en forma, color, tamaño de eritrocitos, Glóbulos blancos: Impresiona leucocitos adecuados, eosinofilia moderada, Plaquetas: Adecuadas numéricamente, sin alteraciones morfológicas. Heces fecales: Blastocystis hominis, no protozoos no vermes.

Hematología especial Hb: 94 g/L, glóbulos rojos: Hipocromía xx, anisocitosis x, Poiquilocitosis x, Glóbulos blancos: sin alteraciones morfológicas ni numéricas, granulaciones en el citoplasma de algunos segmentados, Plaquetas: Adecuadas, Hb 94 g/L, eritrosedimentación: 57 mm, LCN: 6.9, Seg: 0.78, Linf: 0.22.

US Abdominal: Hígado con discreto aumento de su ecogenicidad que no rebasa el R/C. Vesícula tamaño y posición normal. Vías biliares normales. Páncreas y bazo normal. Riñones tamaño y posición normal con buen parénquima sin pielocaliectasia. Vejiga insuficientemente llena. Aorta abdominal dilatada a nivel del tercio medio e inferior que en corte coronal mide 60 x 54 mm con trombo interior de 1.2 mm luz verdadera de la aorta que mide 40 x 32 mm en un corte longitudinal mide 10.7 x 7.2 cm se visualiza inmediatamente después de la mesentérica superior llega a nivel de las arterias renales por lo que las mismas se encuentran comprometidas.

I.D: Aneurisma de la Aorta Abdominal

TAC Abdomen simple: Se realizó espiral tomográfico de abdomen simple, se observa hígado homogéneo, tamaño normal. Vesícula sin litiasis, vías biliares sin alteraciones. Páncreas homogéneo de tamaño normal. Bazo homogéneo sin alteraciones. Aorta abdominal a nivel del tercio medio e inferior, se observa dilatación aneurismática trombosada con ateromatosis y calcificación de sus paredes que mide 78 x 50 mm con densidad de 51 UH. Se observa calcificación de arterias ilíacas derechas. A nivel de L4-L5 se observa imagen hipodensa de

bordes irregulares a nivel del cuerpo vertebral que mide 36 x 33 mm con densidad de 63 UH. Impresiona osteólisis del pedículo derecho.

I.D: Aneurisma de la Aorta Abdominal trombosado Osteólisis de la CLS en la porción inferior. Se sugiere resonancia magnética nuclear (RMN) de CLS.

TAC multicortes: Se observa extensa área de osteólisis del platillo vertebral inferior de L3 y superior de L4 que involucra el disco en este espacio y a esta misma altura se observa un aneurisma trombosado de la aorta abdominal. Ambos riñones y suprarrenales son de aspecto normal. Comentario: Ante estos hallazgos no se debe descartar la posibilidad de una discitis a punto de partida del trauma crónico de la aorta dilatada con signo probable de aortitis (Figuras No. 1 y 2).

Recibió tratamiento analgésico: Dipirona, Amicodex, Tramadol.

DISCUSIÓN

El 75% de los pacientes son asintomáticos y se descubren por hallazgos en exámenes de rutina o por una masa pulsátil en determinadas posiciones corporales (5). Ocasionalmente el diagnóstico se hace por laparotomía por otras patologías. En este caso no se presentó de esta forma. Los pacientes sintomáticos consultan por dolor epigástrico o lumbar, masa pulsátil dolorosa a la palpación, síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y pérdida de peso en aneurismas de gran tamaño, episodios isquémicos en miembro inferior (raro). Lo más frecuente es el hallazgo de una masa pulsátil umbilical o supraumbilical (se palpa cuando su diámetro es > a 4,5 cm), similar al paciente estudiado y además el mismo aquejó dolor lumbar y pérdida de peso, estas últimas manifestaciones son poco frecuentes. El diagnóstico se realiza mediante exámenes complementarios:

Rx simple de abdomen: muestra a veces los contornos aneurismáticos calcificados y el borramiento de la silueta del músculo Psoas iliaco cuando existe sangre extravasada. Este examen no se realizó en este paciente porque el ultrasonido abdominal mostró datos suficientes.

Ecografía abdominal: se utiliza como estudio inicial. Permite apreciar la existencia del saco aneurismático y sus características (dimensiones, trombo intramural, sangre extravasada).

TAC con contraste: en pacientes estables. Brinda información precisa sobre su tamaño y extensión. A modo de referencia, la relación entre el diámetro aórtico normal y el cuerpo de la tercera vértebra lumbar es menor o igual a 0.4; cuando la relación es 0.8 se relaciona con un aneurisma de 4 cm de diámetro. También permite observar tamaño, ubicación y contenido de coágulos, ateromas y líquido en cavidad abdominal o retroperitoneo en caso de rotura.

RNM: posee las siguientes ventajas adicionales sobre la TAC: puede realizarse sin contraste, brinda información con mayor exactitud.

Aortografía: tiene indicaciones precisas cuando el diagnóstico es dudoso, no se realizó en el paciente porque es un proceder invasivo y no existían dudas diagnósticas (6).

Los aneurismas de aorta abdominal habitualmente son asintomáticos y su rotura es la primera manifestación clínica en el 25% de los casos. También pueden ser expansivos, en cuyo caso las manifestaciones clínicas pueden variar desde una lumbalgia con irradiación escrotal, que recuerda a un cólico nefrítico, hasta la existencia de algias abdominales inespecíficas. El aneurisma roto generalmente constituye una situación de extrema gravedad, con frecuencia mortal (estimada en un 80-90%). Según la superficie rota y el grado de contención ejercida por las estructuras adyacentes, puede producirse un shock hipovolémico irreversible, con muerte súbita por paro cardíaco, o un shock hipovolémico moderado manteniéndose dentro de los límites hemodinámicos recuperables. Este paciente falleció 2 meses posteriores al egreso debido a un shock hipovolémico por ruptura del aneurisma abdominal. En raras ocasiones la ruptura es posterior y permanece sellada, por el hematoma puede mantenerse en esa situación durante años, bien asintomáticos o bien con una amplia variedad de síntomas entre los que se incluye el dolor lumbar inespecífico o simular un síndrome de hernia discal y paraplejía, afecta sobre todo a pacientes generalmente normotensos. En estos casos el diagnóstico puede ser difícil y retrasarse porque los pacientes se presentan con ambos tipos de síntomas crónicos y atípicos. Del mismo modo, puede influir en esta dificultad diagnóstica el que se produzca erosión de la pared anterior de las vértebras lumbares, ya que amplía el diagnóstico diferencial a múltiples procesos entre los que se destacan las metástasis óseas (carcinoma de pulmón), tumores primitivos como el condrosarcoma, espondilodiscitis avanzada, o procesos reumáticos o infecciosos (abscesos fríos, tuberculosis osteoarticular). A pesar de ser fumador inveterado el paciente no tenía neoplasia de pulmón con metástasis

ósea. La erosión de vértebras lumbares y lumbalgia secundaria debida a pulsión de un aneurisma aórtico es una extraña forma de manifestación clínico/radiológica de los mismos, sin embargo este caso se manifestó de esta forma. Dada su potencial gravedad se deben incluir en el diagnóstico diferencial de toda lumbalgia con escasa respuesta a tratamiento convencional a pesar de la infrecuente correlación clínica entre el dolor lumbar y la existencia de afección aórtica (7).

Otras complicaciones: Fístula aortoentérica, fístula aortovenosa, infección del saco aneurismático, trombosis, compresión de estructuras vecinas: erosiona las vértebras, compromete las vías urinarias o comprime el duodeno (oclusión intestinal), isquemia de órganos intraabdominales, aneurisma inflamatorio, lisis espinal, rotura en la vena renal izquierda, disección aórtica (8).

La fiebre que presentó el paciente no obedeció a una etiología infecciosa, pues los hemocultivos fueron negativos, sí parece corresponderse con la presencia del trombo en el interior del aneurisma. Este paciente sufrió osteólisis vertebral y trombosis del saco aneurismático como complicaciones. Dos factores de riesgo estuvieron presentes en el mismo, el tabaquismo y el sexo masculino. La edad del paciente se corresponde con la literatura revisada (9).

ABSTRACT

Aneurysm is defined as a localized arterial dilatation, greater than 50% of normal size of considered glass. In patients over 70 years, the normal maximum diameter of abdominal aorta is: up to 21 mm in men and up to 19 mm in women. Dilatation of 30 mm and over is called "aneurysm." Abdominal aneurysms, affecting 2-5% of those aged 60 years and more in men than in women, in a ratio 4/1. Most of aneurysms are arteriosclerotic, being the most frequent cause. There are risk factors for developing an aortic aneurysm, emphysema, genetic factors, hypertension, hypercholesterolemia, obesity, male gender, smoking, trauma, infection. A 66 years patient arrived with low back pain, 7 months of evolution with osteolysis images of lumbar vertebrae and thrombosed aneurysm of abdominal aorta in multi-scan axial tomography, this being a rare clinical/radiological manifestation of abdominal aortic aneurysm.

Key words: ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM, PERSISTENT BACK PAIN.

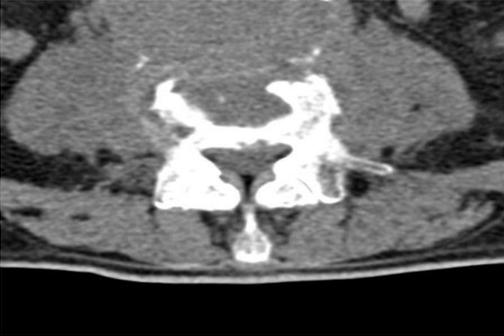
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isselbacher EM. Enfermedades de la aorta. En: Branwald D, editor. Tratado de Cardiología: Medicina Cardiovascular. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1738-1774.
2. Ortega Martín JM, Fernández Morán MC, Alonso Álvarez MI, García Gimeno M, Fernández Samos R, Vaquero Morillo F. Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en una población de riesgo. Angiol [Internet]. 2007 [citado 12 Sep 2011]; 59(4):305-315. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/294/294v59n04a13189553pdf001.pdf>
3. Richards T, Dharmadasa A, Davies R, Murphy M, Perera R, Walton J, et al. Natural history of the common iliac artery in the presence of an abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2009; 49:881-5.
4. Martínez Pérez R. Lumbalgia crónica como primer síntoma en la rotura de aneurisma aórtico abdominal: a propósito de 2 casos clínicos. Reumatol Clin [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2011]; 6(5):273-4. Disponible en: [http://www.reumatologiaclinica.org/ficheros/eop/S1699-258X\(10\)00048-3.pdf](http://www.reumatologiaclinica.org/ficheros/eop/S1699-258X(10)00048-3.pdf)
5. Ozkavukcu E, Cayli E, Yagci C, Erden I. Ruptured iliac aneurysm presenting as lumbosacral plexopathy. Diagn Interv Radiol. 2008; 14:26-8.
6. Pérez Galisteo MJ, Pérez Fijo JL, Varela Ruiz F, Gómez José A, Rosado Donado A. Lumbalgia y osteólisis vertebral como primera manifestación de un aneurisma de aorta abdominal. Emergencias [Internet]. 2001 [citado 12 Sep 2011]; 13:283-286. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-reumatologia-29/mujer-joven-dolor-lumbar-fiebre-imagenes-8883-reumatologia-clinica-2000>
7. Aydogan M, Karatoprak O, Mirzanli C, Ozturk C, Tezer M, Hamzaoglu A. Severe erosion of lumbar vertebral body because of a chronic ruptured abdominal aortic aneurysm. Spine J. 2008; 8:394-6.
8. Saiki M, Urata Y, Katoh I, Hamasaki T. Chronic contained rupture of an abdominal aortic aneurysm with vertebral erosion: report of a case. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2006; 12:300-2.

9. Barba A, Vega de Céniga M, Estallo L, de la Fuente N, Viviens B, Gómez R, et al. Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en varones de 65 años de la Comarca Interior de Bizkaia (Estudio PAV65) . Angiol. 2011; 63(1):18-24.

ANEXOS

Figura No.1



TAC multicortes: 1

Figura No.2



TAC multicortes: 2