

CARTAS CIENTÍFICAS

Pseudoaneurisma postraumático tardío de aorta torácica

Delayed pseudoaneurysm after thoracic aortic injury

M. Hernando Rydings*, I. Martínez López, S. González Sánchez, A. Saíz Jerez y F.J. Serrano Hernando

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 6 de diciembre de 2011; aceptado el 4 de abril de 2012

Disponible en Internet el 21 de junio de 2012

Los pseudoaneurismas tardíos de aorta torácica descendente son una entidad poco frecuente, cuyo manejo es controvertido. A continuación presentamos el caso de un pseudoaneurisma tardío tratado de forma intravascular.

Se trata de un varón de 46 años, con antecedentes de hipertensión y traumatismo torácico 15 años antes por accidente de motocicleta de elevada energía. Es remitido por aumento de la silueta aórtica en la aorta torácica descendente en una radiografía de tórax realizada durante el preoperatorio de una cirugía menor. En angio-TC se evidencia un pseudoaneurisma calcificado de 40 mm de diámetro a 20 mm del origen de la arteria subclavia izquierda (fig. 1). La exploración física era rigurosamente normal, sin masas pulsátiles, con pulsos distales e índice tobillo-brazo normal en miembros inferiores. Dada la localización de la lesión aórtica, las características radiológicas y el antecedente de traumatismo torácico se consideró un pseudoaneurisma postraumático tardío y se decidió realizar tratamiento endovascular (TEV). Bajo anestesia general y mediante acceso femoral derecho, se implantó una endoprótesis TAG (W. L. Gore & Associates, Flagstaff, Ariz, EE.UU.) de 32 × 100 mm, inmediatamente distal a la subclavia izquierda, con la correcta exclusión del pseudoaneurisma en la angiografía de control. El post-operatorio inmediato transcurrió sin incidencias siendo dado de alta al tercer día post-operatorio. La evolución fue favorable con correcta exclusión del



Figura 1 Pseudoaneurisma postraumático de aorta torácica descendente.

pseudoaneurisma en la angio-TC de control al mes y al año (fig. 2).

Los traumatismos de aorta torácica se asocian con una elevada mortalidad, próxima al 85% en las primeras 24 h¹. Un metanálisis publicado recientemente que incluyó 7.768 pacientes concluyó que el manejo conservador de estas lesiones está asociado con un aumento significativo de la mortalidad, estando actualmente recomendada la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhydings@hotmail.com
(M. Hernando Rydings).

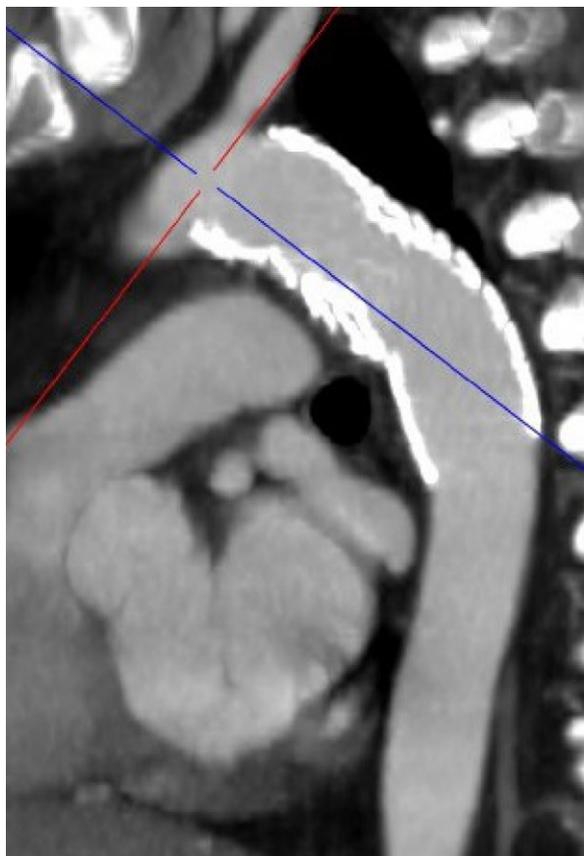


Figura 2 TC de control (un año) tras la exclusión endovascular de pseudoaneurisma de aorta torácica descendente.

reparación urgente (< 24 h) de todas las lesiones aórticas salvo las intimales que pueden ser manejadas de forma conservadora. Así mismo, el TEV está asociado con una disminución significativa de la mortalidad, isquemia medular y renal, y riesgo de infección respecto a la cirugía abierta. Sin embargo, no existe evidencia de los resultados a largo plazo del TEV, si bien precisan un mayor número de reintervenciones en los primeros 2 años².

Un 2% de los pacientes con un traumatismo de aorta torácica tratado de forma conservadora o con lesiones aórticas no diagnosticadas desarrollan un pseudoaneurisma tardío, y de estos, más del 90% se localizan en el istmo aórtico^{3,4}. El manejo de estas lesiones es controvertido debido a su baja incidencia, y a la escasa información en cuanto a su evolución clínica.

Existen publicaciones que reportan una baja mortalidad en pacientes asintomáticos tratados de forma conservadora^{4,5}. Katsumata et al. publicaron en 1998 una serie de 9 pseudoaneurismas tardíos, de los cuales 2 se trataron de forma conservadora con buena evolución⁴. De igual forma Bacharach et al. publicaron una serie similar con idénticos resultados. Por ello, estos autores concluyen que el tratamiento conservador puede ser una opción válida en pacientes asintomáticos sin cambios en las pruebas radiológicas de control⁵.

Por otro lado, un estudio que incluyó 401 pseudoaneurismas tardíos muestra unas cifras de supervivencia a 5, 10 y 20 años del 71, 66 y 62%, respectivamente, en los pacientes

tratados de forma conservadora, frente al 93 y 85% a los 5 y 10 años en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, siendo esta diferencia significativa. Además, el 42% de los pacientes no intervenidos presentaron síntomas dentro de los 5 primeros años de seguimiento, llegando hasta el 82% en aquellos pacientes con un seguimiento mayor de 20 años⁶.

Así, dada la baja edad media de los pacientes que sufren un traumatismo torácico en los estudios publicados⁷, la baja morbilidad reportada en la cirugía programada y en función del elevado número de complicaciones que aparecen durante el seguimiento de los casos tratados de forma conservadora, numerosos autores proponen tratar todos los pseudoaneurismas tardíos en pacientes de bajo riesgo quirúrgico^{8,9}.

Existen pocas series publicadas en cuanto al tratamiento quirúrgico de estas lesiones siendo la mayoría, con pocos casos. Kieffer publicó en 2005 una serie de 21 pseudoaneurismas tardíos tratados mediante resección y anastomosis aórtica terminoterminal, con unos excelentes resultados a 5 años de seguimiento. En función de estos resultados propone reservar la opción endovascular para aquellos pacientes de elevado riesgo quirúrgico⁸. Por otro lado, en 2008, un estudio con 116 pseudoaneurismas postraumáticos tratados de forma endoluminal, comunicó unos resultados a corto y medio plazo comparables con la cirugía abierta, con menor morbilidad pero con un mayor número de reintervenciones¹⁰.

A pesar de la escasa evidencia en cuanto al tratamiento tardío de las lesiones postraumáticas de la aorta torácica descendente, el TEV se presenta actualmente como la primera opción terapéutica, dada su baja morbilidad y sus buenos resultados a medio plazo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Fabian TC, Richardson JD, Croce MA, Smith Jr JS, Rodman Jr G, Kearney PA, et al. Prospective study of blunt aortic injury: multicenter trial of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma*. 1997;42:374-80.
2. Murad MH, Rizvi AZ, Malgor R, Carey J, Alkatib AA, Erwin PJ, et al. Comparative effectiveness of the treatments for thoracic aortic transaction. *J Vasc Surg*. 2011;53:193-9.
3. Nzewi O, Slight RD, Zamvar V. Management of blunt thoracic aortic injury. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2006;31:18-27.
4. Katsumata T, Shinfeld A, Westaby S. Operation for chronic traumatic aortic aneurysm: when and how? *Ann Thorac Surg*. 1998;66:774-8.
5. Bacharach JM, Garratt KN, Rooke TW. Chronic traumatic thoracic aneurysm: report of two cases with the question of timing for surgical intervention. *J Vasc Surg*. 1993;17:780-3.

6. Finkelmeier BA, Mentzer Jr RM, Kaiser DL, Tegtmeyer CJ, Nolan SP. Chronic traumatic thoracic aneurysm. Influence of operative treatment on natural history: an analysis of reported cases, 1950-1980. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1982;84: 257-66.
7. Lee WA, Matsumura JS, Scott Mitchell R, Farber MA, Greenberg RK, Azizzadeh A, et al. Endovascular repair or traumatic thoracic aortic injury: Clinical practice guidelines of the Society of Vascular Surgery. *J Vasc Surg.* 2011;53: 187-92.
8. Kieffer E, Leschi JP, Chiche L. Open repair of chronic post-traumatic aneurysms of the aortic isthmus: The value of direct aorto-aortic anastomosis. *J Vasc Surg.* 2005;41:931-5.
9. Fraedrich G, Spillner G, Schlosser V, Beyersdorf F. Surgical therapy of chronic traumatic aortic aneurysm. *Zentralbl Chir.* 1996;121:756-60.
10. Brown KE, Eskandari MK, Matsumura JS, Rodriguez H, Morasch MD. Short and midterm results with minimally invasive endovascular repair of acute and chronic thoracic aortic pathology. *J Vasc Surg.* 2008;47:714-22. Discussion 722-3.