



CARTA CIENTÍFICA

Aneurisma de arteria femoral roto en paciente con arteritis de células gigantes

Ruptured femoral artery aneurysm in a patient with giant cell arteritis

M. Acosta Silva*, S. De Varona Frolov, G. Volo Pérez y E. Martel Almeida

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 25 de octubre de 2012; aceptado el 14 de abril de 2013

Disponible en Internet el 5 de julio de 2013

La arteritis de células gigantes es la más común de las vasculitis idiopáticas que afectan a grandes vasos, con una incidencia anual de 15-33 casos por 100.000 habitantes mayores de 50 años¹. La afectación de grandes vasos se produce en más del 25% de estos pacientes, siendo la incidencia de aneurisma o disección de 18,7 por 1.000 personas-año^{1,2}. En comparación con la población general, el riesgo de desarrollar un aneurisma de aorta torácica es 17,3 veces superior y el riesgo de desarrollar un aneurisma de aorta abdominal, 2,4 veces superior³. Estos podrían suponer complicaciones tardías y ocasionar la muerte, aunque no se han encontrado diferencias en cuanto a la supervivencia global entre pacientes con esta vasculitis y presencia de aneurismas, disección aórtica y/o estenosis arteriales y pacientes con arteritis de células gigantes sin complicaciones de grandes vasos⁴.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 72 años, que acude al servicio de urgencias por dolor inguinal derecho acompañado de 2 masas expansivas que habían aumentado progresivamente de tamaño en el último año. Se ingresa para estudio.

A la paciente se le había realizado 4 años antes resección de un aneurisma de arteria femoral común derecha e interposición de injerto femorofemoral ipsolateral derecho, no asistiendo a revisiones posteriores.

Entre sus antecedentes personales destacaban: cefalea temporal (biopsia de arteria temporal negativa), hipergammaglobulinemia policlonal, hepatopatía crónica criptogénica, un episodio de amaurosis fugax secundaria a trombosis de arteria central de la retina y de arteria carótida interna, insuficiencia aórtica leve, dislipidemia y osteosíntesis de fémur derecho con clavo gamma.

El examen físico evidenció diversas masas expansivas: 2 en región femoral derecha, de unos 6 y 3 cm, respectivamente, localizadas proximal y distalmente a una cicatriz quirúrgica antigua y dos en abdomen, en mesogastrio e hipogastrio. En troncos supraaórticos, miembros superiores e inferiores, los pulsos estaban presentes a todos los niveles de forma bilateral y no se auscultaban soplos.

El hemograma reflejaba una hemoglobina de 8,79 g/dl y una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 120 mm/h.

Se realizó una arteriografía (fig. 1) y se observó la presencia de múltiples aneurismas a lo largo de todo el recorrido de la aorta torácica y abdominal, la arteria mesentérica superior, ambos ejes ilíacos, la arteria hipogástrica izquierda y las arterias femorales común y superficial derechas. La arteria femoral profunda derecha estaba ocluida.

El estudio de imagen se completó mediante TC toracoabdominal. Las formaciones aneurismáticas de mayor tamaño se localizaban a nivel de la arteria hipogástrica izquierda (5,5 cm de diámetro), la arteria mesentérica superior (4,8 cm) y la arteria femoral común derecha (4,7 cm). Las arterias esplénica y renal derecha mostraban un aspecto

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar.acostasilva@hotmail.com
(M. Acosta Silva).

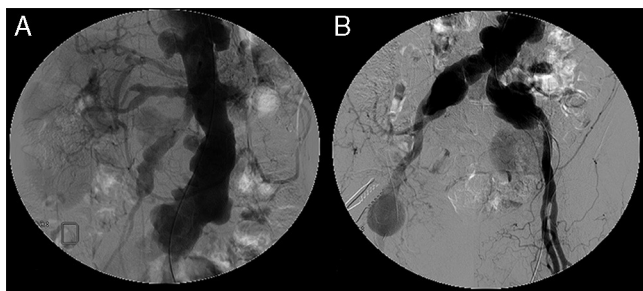


Figura 1 Arteriografía. Múltiples dilataciones aneurismáticas a lo largo de la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. Arteria renal izquierda ocluida.

Aneurismas de arterias ilíacas comunes, arteria hipogástrica izquierda y arteria femoral común derecha.

arrosariado. Estos hallazgos se acompañaban de múltiples adenopatías paraaórticas.

Durante el ingreso la paciente presentó de forma súbita dolor y hematoma en la raíz del muslo derecho y aumento de tamaño de las tumoraciones inguinales (fig. 2). El hemograma evidenció un descenso de hemoglobina hasta 6,7 g/dl. Intervenida quirúrgicamente de forma urgente, se demostró la presencia de un aneurisma de arteria femoral común roto proximal al bypass femorofemoral previo y un aneurisma de arteria femoral superficial íntegro distalmente. Se realizó resección de los sacos aneurismáticos e interposición de un nuevo injerto protésico desde la arteria femoral común proximal no aneurismática a la arteria femoral superficial. La evolución postoperatoria fue favorable.

La paciente fue valorada por el servicio de reumatología, que diagnosticó arteritis de células gigantes con complicaciones de grandes vasos y con mal pronóstico dada la falta de tratamiento previo. La paciente no se consideró candidata a reparación quirúrgica de los aneurismas abdominales y viscerales, por lo que se instauró tratamiento médico y le fue dada el alta. Falleció fuera del ámbito hospitalario por causas desconocidas.

La asociación entre arteritis de células gigantes y complicaciones en la aorta torácica y abdominal está ampliamente documentada¹⁻⁶. Sin embargo, no hemos encontrado datos acerca de la incidencia de aneurismas femorales en estos pacientes y su evolución.



Figura 2 Aspecto del miembro inferior derecho en el momento de la rotura del aneurisma femoral. Se observan 2 masas en región inguinal derecha y hematoma en la cara interna del muslo.

Se han descrito una serie de factores predictores de la presencia de aneurisma o disección aórtica en pacientes con arteritis de células gigantes, entre ellos la dislipidemia y la insuficiencia aórtica¹. En este caso, ambos estaban presentes, lo que nos lleva a pensar que además podrían ser indicadores de aneurismas periféricos, aunque harían falta estudios a gran escala para demostrarlo.

La arteritis de células gigantes en pacientes con complicaciones de gran vaso presenta una serie de características particulares que dificultan el diagnóstico y que se dieron en el caso que presentamos. Por un lado, este subgrupo de pacientes a menudo manifiesta pocos de los síntomas típicos de arteritis de células gigantes⁵ y, por otro, afecta más a mujeres con mayor frecuencia de biopsias de arteria temporal negativas⁶. Ambas circunstancias, unidas al hecho de que la paciente no acudiera a revisiones después de la primera cirugía, supusieron un retraso en el diagnóstico y la instauración de tratamiento corticoideo.

Por todo ello, es crucial recordar la importancia de la arteritis de células gigantes y no atribuir exclusivamente a la aterosclerosis el origen de toda la enfermedad aneurismática y oclusiva en pacientes de edad avanzada⁷.

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 han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

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.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis. A population-based study over 50 years. *Arthritis Rheum.* 2003;48:3522-31.
2. González-Gay M, García-Porrúa C, Piñeiro A, Pego-Reigosa R, Llorca J, Hunder G. Aortic aneurysm and dissection in patients with biopsy-proven giant cell arteritis from northwestern Spain: a population-based study. *Medicine.* 2004;83:335-41.
3. Evans JM, O'Fallon WM, Hunder GG. Increased incidence of aortic aneurysm and dissection in giant cell (temporal) arteritis: a population-based study. *Ann Intern Med.* 1995;122:502-7.
4. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. Mortality of large-artery complication (aortic

- aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis. A population-based study over 50 years. *Arthritis Rheum.* 2003;48:3532–7.
5. Bongartz T, Matteson EL. Large-vessel involvement in giant-cell arteritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2006;18:10–7.
 6. Ceccato F, Paire SO. Compromiso de grandes vasos en arteritis de células gigantes. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2005;6:53–63.
 7. Lie JT. Aortic and extracranial large vessel giant cell arteritis: a review of 72 cases with histopathologic documentation. *Semin Arthritis Rheum.* 1995;24:422–31.