

CARTAS CIENTÍFICAS

Úlcera penetrante aórtica abdominal y tratamiento endovascular en paciente sintomático



Penetrating abdominal aortic ulcer and endovascular treatment in a symptomatic patient

J.D. Herrera Mingorance*, R. Ros Vidal, J.P. Linares Palomino, S. Lozano Alonso y E. Ros Die

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

La úlcera penetrante aórtica, englobada dentro del síndrome aórtico agudo, hace referencia a una complicación de la placa ateromatosa avanzada, con ulceración de la íntima y media aórtica y consecuente debilidad de la pared, que puede provocar distintas complicaciones como la disección arterial, rotura, fistulización o formación de aneurismas. Con el desarrollo de las técnicas endovasculares se han incrementado y mejorado las posibilidades terapéuticas para esta afección.

Se presenta el caso de un paciente de 72 años con dolor abdominal de semanas de evolución, que finalmente es diagnosticado de úlcera penetrante aguda de aorta abdominal y enviado a nuestro Servicio para tratamiento.

El paciente es derivado a nuestro Hospital por presentar dolor abdominal de 3 semanas de evolución, con múltiples visitas a urgencias por dicho motivo. Se trata de un dolor localizado en meso e hipogastrio, irradiado a ambas ingles, creciente durante los últimos días y lancinante en el momento actual, que se acompaña de una pérdida ponderal de 6-7 kg en un par de meses, sin otros síntomas asociados.

Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial esencial de larga evolución y mal controlada, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, parkinsonismo atípico

y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ex fumador desde hace 20 años.

En el momento del ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, normocoloreado, normoperfundido, con una presión arterial de 152/99 mmHg, a 75 latidos por minuto. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin ruidos patológicos y con murmullo vesicular conservado, con ligera hipoventilación. Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en la zona periumbilical. Exploración neurológica con temblor de reposo como único hallazgo relevante.

Exploración vascular sin soplos en troncos supraaórticos, abdomen doloroso a la palpación profunda sin masa pulsátil, con obstrucción infrapoplíteica en ambos miembros inferiores y buena perfusión en los pies.

Es estudiado por Medicina Interna solicitando una analítica completa incluyendo marcadores tumorales (únicamente destaca una hemoglobina de 10,2 g/dl y un colesterol total de 240 mg/dl, siendo el resto normal), así como ecografía abdominal (sin hallazgos patológicos).

Se realiza entonces tomografía computarizada, donde se aprecia, a nivel de aorta infrarrenal, una dilatación aórtica de 31 mm con imagen compatible con úlcera penetrante en cara anterior de la misma (fig. 1). Descartado razonablemente otro proceso que justifique el dolor, el paciente es remitido a nuestro servicio para el tratamiento de la lesión aórtica.

Se decide la colocación de una endoprótesis recta Endurant de Medtronic (ETTTF2323C70EE) (fig. 2). El paciente es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: damianherrer@gmail.com
(J.D. Herrera Mingorance).

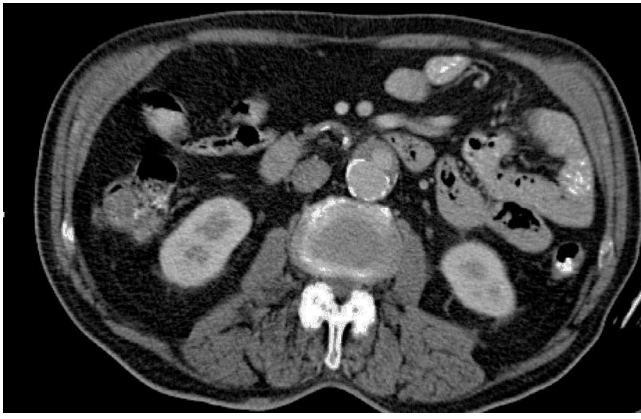


Figura 1 Corte 30 mm por debajo de las arterias renales donde se aprecia úlcera penetrante en cara anterior aórtica.

intervenido sin incidencias y, tras pasar 2 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, es trasladado a planta, con excelente evolución postoperatoria y desaparición del dolor abdominal. De cara al alta, se decide antiagregación de forma indefinida, con revisión a los 3 meses.

El síndrome aórtico agudo, con una incidencia de 20-30 casos por millón de habitantes y año, comprende la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante, representando esta última solo el 5% de los casos. Suele tratarse de pacientes de edad avanzada (72 años de media) con factores de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión el más relevante^{1,2}.

El término «úlcera aórtica penetrante» hace referencia a una progresión del proceso arteriosclerótico que ulcerada una placa ateromatosa y penetra la lámina elástica interna hasta la media, deformando frecuentemente la adventicia³.

La etiopatogenia de la úlcera aórtica suele ser la rotura y posterior ulceración de una placa aterosclerótica². Habitualmente, se localiza en la aorta descendente torácica (raramente a nivel infrarrenal como en nuestro caso), y a veces se rodea de un halo de hematoma intramural o de área de disección muy limitada^{1,3}.



Figura 2 Control intraoperatorio tras la colocación de una endoprótesis recta de 23 × 23 × 70 mm tipo Endurant-Medtronic.

Las úlceras penetrantes aórticas suelen ser asintomáticas, apareciendo dolor solo en algunos pacientes. Pueden asociarse a derrame pleural o ateroembolia. Cuando aparecen afectación neurológica, regurgitación aórtica o déficit de pulsos, el cuadro es más indicativo de disección. Como complicaciones pueden aparecer la disección arterial, la formación de aneurismas o pseudoaneurismas, la fistulización hacia órganos adyacentes o una rotura libre⁴.

Para el diagnóstico la tomografía computarizada es la técnica más empleada, aumentando su sensibilidad con el uso de contraste yodado intravenoso. La ecografía transesofágica permite su diagnóstico a nivel torácico, aunque su sensibilidad es baja^{2,4}.

Respecto al tratamiento, cuando la úlcera aórtica es un hallazgo casual en un paciente asintomático, se recomienda control tensional y prueba de imagen cada 6 meses. Si el diámetro aórtico es mayor de 50 mm y/o la úlcera presenta un diámetro mayor de 20 mm y una profundidad mayor de 10 mm, se recomienda plantear cirugía endovascular si la edad y condiciones del paciente así lo permiten^{4,5}.

Cuando se trata de un paciente sintomático, el principal objetivo es el control de la presión arterial. Si se controla el dolor, la presión arterial y no hay progresión de la lesión, se recomienda realizar control a largo plazo, como en el caso del paciente asintomático. Si hay progresión o no se controla el dolor, se recomienda cirugía endovascular mediante colocación de una endoprótesis (de elección por su menor tasa de morbimortalidad respecto a la cirugía abierta en este tipo de pacientes, que suelen ser de alto riesgo^{5,6}).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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.

Bibliografía

1. Nathan DP, Boonn W, Lai E, Wang GJ, Desai N, Woo EYM, et al. Presentation, complications, and natural history of penetrating atherosclerotic ulcer disease. *J Vasc Surg.* 2012;55:10.
2. Evangelista A, González-Alujas G, Mahía P, Rodríguez-Palomares J, Salas A. Síndrome aórtico agudo. Aspectos clínicos y diagnósticos. *Angiología.* 2006;58 Suppl. 1:S37-48.
3. Tsuji Y, Tanaka Y, Kitagawa A, Hino Y, Taniguchi T, et al. Endovascular stent-graft repair for penetrating atherosclerotic ulcer in the infrarenal abdominal aorta. *J Vasc Surg.* 2003;38:383-8.

4. del Río-Prego A, Aparicio Martínez C, González García A. Tratamiento de la úlcera aórtica penetrante y del hematoma intramural tipo B. *Angiología*. 2006;58 Suppl. 1:S91-100.
5. Clough RE, Mani K, Lyons OT, Bell RE, Zayed HA, Waltham MR, et al. Endovascular treatment of acute aortic syndrome. *J Vasc Surg*. 2011;54:1580.
6. Eggebrecht H, Baumgart D, Schmermund A, von BC, Herold U, Wiesemes R, et al. Endovascular stent-graft repair for penetrating atherosclerotic ulcer of the descending aorta. *Am J Cardiol*. 2003;91:1150-3.