

Reporte de caso

Ruptura no aneurismática de aorta abdominal

Non-aneurysmatic rupture of the abdominal aorta

Guillermo Uribe,* Luis Sigler,* Luis Arguello,* Anibal Sánchez,* Mercedes Quiróz*

RESUMEN

Las úlceras penetrantes de la aorta son muy raras en el segmento abdominal; son más frecuentes en la aorta torácica y han recibido especial interés desde que se usan procedimientos endovasculares para su tratamiento.

Objetivo: Presentamos un paciente con ruptura fatal de la aorta abdominal por una úlcera aterosclerótica penetrante.

Reporte de un caso: Hombre de 68 años, con antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial; durante una actividad sexual inició dolor abdominal severo y progresivo, palidez y pérdida de la conciencia para fallecer antes de llegar a un hospital. En la autopsia, se encontró hemoperitoneo de cuatro litros y una perforación de 3 mm de diámetro en la pared aórtica a unos 5 cm de la bifurcación; tenía placas duras de aterosclerosis. No se encontró ningún aneurisma.

Conclusión: Cuando las condiciones de un paciente con dolor abdominal lo permiten, son de utilidad los estudios de tomografía computarizada o resonancia magnética, en especial para diagnosticar la presencia de hematoma retroperitoneal o sangrado intraperitoneal. Las úlceras de la aorta abdominal son muy raras y deben sospecharse en personas de más de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y tabaquismo.

Palabras clave: Úlcera aorta abdominal, hemoperitoneo, muerte postactividad sexual.

Rev Latinoam Cir 2013;3(1):44-46

INTRODUCCIÓN

El término úlcera penetrante de la aorta se refiere a una lesión de la íntima a nivel de una placa ateromatosa que se extiende en profundidad y llega a la media. Puede ocasionar una disección intramedial, casi siempre localizada; también se puede romper a la adventicia para formar un pseudoaneurisma o inclusive perforar la pared aórtica, con

ABSTRACT

Penetrating aortic ulcers are rare in the abdominal segment. They are more frequent in the thoracic aorta and have special interest since endovascular treatments are used.

Objective: To present a patient with fatal rupture of the abdominal aorta due to a perforating ulcer.

Case report: A 68 year-old man with history of high blood pressure and smoking, during a sexual activity presented severe progressive abdominal pain, paleness, loss of conscience and expired before reaching to the hospital. Autopsy disclosed a four liter hemoperitoneum and a 3 mm perforation in the aorta at 5 cm from the bifurcation; there were hard atherosclerotic plaques. There was no aneurysm found.

Conclusion: During study of a patient with abdominal pain computerized tomography or magnetic resonance are useful to diagnose retroperitoneal hematoma or free blood. Penetrating aortic ulcers are very rare at the abdominal level and must be suspected in elderly patients with history of hypertension, high cholesterol, diabetes and smoking.

Key words: Abdominal aortic ulcer, hemoperitoneum, death post sexual activity.

Rev Latinoam Cir 2013;3(1):44-46

sangrado contenido o libre hacia alguna cavidad.¹⁻⁶ Casi siempre se trata de pacientes seniles con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo. Es más frecuente a nivel de la aorta torácica que en la abdominal y ha despertado mayor interés desde que se puede atender con procedimientos endovasculares con reducción de las complicaciones que ocurren con la cirugía tradicional. El objetivo del presente trabajo es comunicar

www.medigraphic.org.mx

* SEMEFO en Tijuana, Baja California Norte. México.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Uribe

Centro Médico del Noroeste. Blvd. Sánchez Taboada Núm. 1527-205. Tijuana, Baja California. Tel: (55664) 684-8127. E-mail: drguribe@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>

los hallazgos en un paciente con úlcera penetrante de la aorta abdominal.

INFORME DEL CASO

Un hombre de 68 años con antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial, inició dolor abdominal severo y progresivo durante una relación heterosexual. Presentó palidez, confusión y al pretender levantarse sufrió pérdida de la conciencia con caída al piso. Un equipo de auxilio lo trasladaba a un hospital cuando falleció. En la autopsia realizada se encontraron algunas escoriaciones por la caída al piso y distensión abdominal. No tenía lesiones intracraneanas, ni aparentes en el cuello o tórax. Se encontraron algunas lesiones ateromatosas no oclusivas a nivel de la aorta torácica y las coronarias. No hubo hallazgos de infarto del miocardio. En el abdomen se encontró hemoperitoneo de unos cuatro litros y en una búsqueda prolongada, sólo se apreció un orificio de 3 mm de diámetro en la pared izquierda de la aorta abdominal, a unos 5 cm proximales de la bifurcación. A ese nivel tenía placas ateromatosas duras y con bordes irregulares. No se identificó ningún aneurisma o pseudoaneurisma (*Figuras 1 a 4*).

DISCUSIÓN

En general, los informes de ruptura de aorta por úlcera penetrante se refieren al segmento torácico y la rareza de la ruptura a nivel abdominal está señalada por la presencia de informes aislados de pacientes. Origuchi y colaboradores de Japón, informaron en 1996 que en 14 años habían atendido cuatro pacientes con perforación de aorta abdominal no aneurismática.⁷ Del mismo país, Sato y su grupo en 2012 publicaron una revisión de las publicaciones y encontraron 65 pacientes, incluyendo cuatro que ellos atendieron. De éstos, dos eran asintomáticos y dos tenían perforación de aorta abdominal.⁸

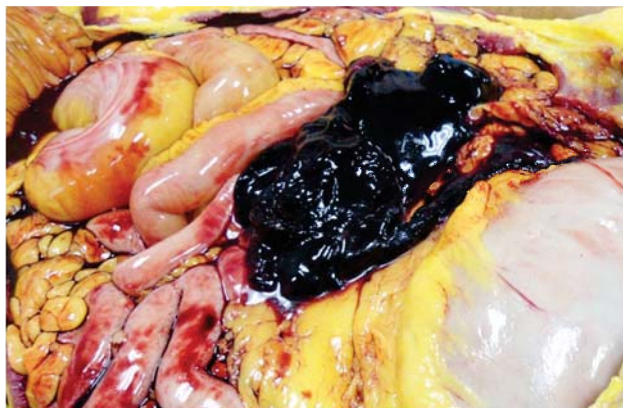


Figura 1. Se aprecia la gran hemorragia al abrir la cavidad abdominal.

Otro informe interesante después de una revisión con tomografía computada de úlceras penetrantes de la aorta es el de Nathan y asociados de la Universidad de

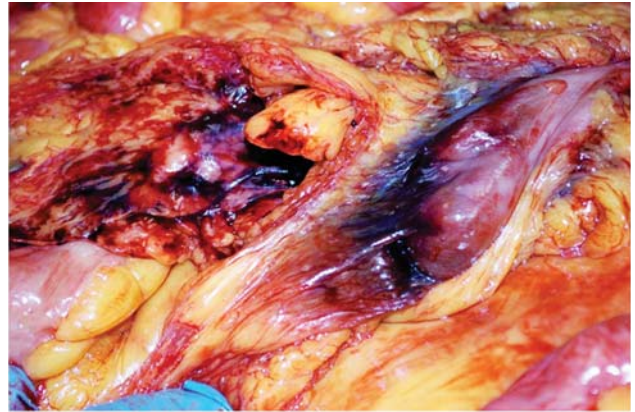


Figura 2. También en el retroperitoneo se aprecia hemorragia.

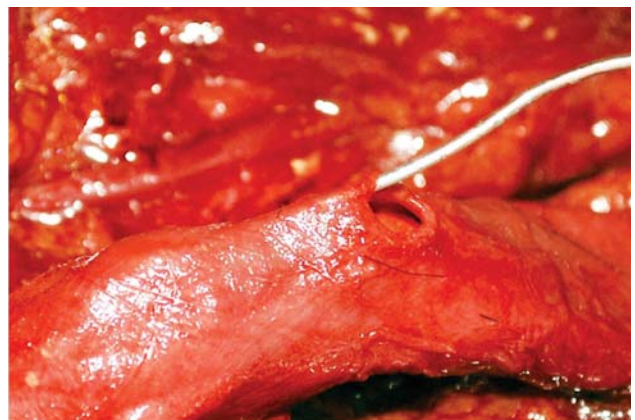


Figura 3. Perforación aórtica de 3 mm a 5 cm de la bifurcación. No hay aneurisma ni disección parietal.



Figura 4. En el interior de la aorta se aprecian placas ateromatosas irregulares.

Pensilvania, quienes diagnosticaron esta condición en 388 pacientes, de los cuales 118 la presentaron en la aorta abdominal.⁹ Aunque se ha reconocido que algunos ejercicios físicos extremos o inclusive una relación sexual pueden motivar alteraciones en la presión arterial que podrían ser causa de ruptura vascular, no tenemos evidencia que tal evento haya sucedido en el paciente aquí presentado.

CONCLUSIÓN

Cuando las condiciones de un paciente con dolor abdominal lo permiten, son de utilidad los estudios de tomografía computarizada o resonancia magnética, en especial para diagnosticar la presencia de hematoma retroperitoneal o sangrado intraperitoneal. Las úlceras de la aorta abdominal son muy raras y deben sospecharse en personas de más de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y tabaquismo que presenten dolor abdominal o lumbar, con o sin evidencia clínica de ruptura. Si las úlceras son pequeñas se pueden vigilar periódicamente, pero el paciente aceptará el riesgo del peligro que corre si tal úlcera rompe la pared en forma significativa. De ahí que el tratamiento endovascular puede reducir el riesgo de estas alteraciones de la pared aórtica.

REFERENCIAS

1. Cooke JP, Kazmier FJ, Orszulak TA. The penetrating aortic ulcer: pathologic manifestations, diagnosis, and management. *Mayo Clin Proc.* 1988;63:718-725.
2. Yada M, Maze Y, Tokui T, Shomura S. Asymptomatic spontaneous rupture of a nonaneurysmal visceral aorta. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;14:336-338.
3. Stanson AW, Kazmier FJ, Hollier LH, Edwards WD, Pairolero PC et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinicopathologic correlations. *Ann Vasc Surg.* 1986;1:5-23.
4. Vasquez J, Poultides GA, Lorenzo AC, Foster JE, Drezner AD, Gallagher J. Endovascular stent-graft placement for nonaneurysmal infrarenal aortic rupture: a case report and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2003;38:836-839.
5. Curi MA, Skelly CL, Woo DH, Desai TR, Winterfield R, Gewertz BL. Spontaneous perforation of a non-aneurysmal visceral aorta. *Cardiovasc Surg.* 2002;10:279-283.
6. Rückert R, Pirlich M, Rogalla P, Ismail M, Kasper A, Gerl H. Endovascular therapy of non-aneurysmal infrarenal aortic rupture. *Zentralbl Chir.* 2006;131:8-12.
7. Origuchi N, Shigematsu H, Nunokawa M, Yasuhura H, Muto T. Spontaneous perforation of a non-aneurysmal atherosclerotic abdominal aorta or femoral artery. *Cardiovasc Surg.* 1996;4:351-355.
8. Sato M, Imai A, Sakamoto H, Sasaki A, Watanabe Y, Jikuya T. Abdominal aortic disease caused by penetrating atherosclerotic ulcers. *Ann Vasc Dis.* 2012;5:8-14.
9. Nathan DP, Boonn W, Lai E, Wang GJ, Desai N, Woo EY et al. Presentation, complications, and natural history of penetrating atherosclerotic ulcer disease. *J Vasc Surg.* 2012;55:10-15.