

Úlcera penetrante de aorta y hematoma mural en progresión secundarios a aneurisma micótico

Ion-Koldobika Iribar-Diéguez, José-María Senosiain-Gascue¹, José-Angel Torena-Ibarguren²

Servicio de Urgencias. ¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Radiología
 Organización Sanitaria Integrada. Hospital Bidasoa. Guipúzcoa. España

Recibido: 10/01/2017

Aceptado: 29/03/2017

En línea: 30/04/2017

Citar como: Iribar-Diéguez IK, Senosiain-Gascue JM, Torena-Ibarguren JA. Úlcera penetrante de aorta y hematoma mural en progresión secundarios a aneurisma micótico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 42-44.

Autor para correspondencia: Ion-Koldobika Iribar-Diéguez. ionkiribar@yahoo.es

Palabras clave

- ▷ Úlcera penetrante de aorta
- ▷ Hematoma mural
- ▷ Aneurisma aórtico

Keywords

- ▷ Penetrating ulcer
- ▷ Murine haematoma
- ▷ Aortic aneurysm

Resumen

Patologías como los aneurismas aórticos, úlceras penetrantes y hematomas murales, sin complicaciones, sólo se diagnostican de manera casual o precisan de una extraordinaria capacidad de sospecha clínica y de una minuciosa semiología para orientar correctamente las pruebas complementarias que llevarán al diagnóstico acertado antes de que las presenten.

Abstract

There are pathologies such as aortic aneurysms, penetrating ulcers and murine haematomas that, without complications, are only diagnosed in a casual manner or require an extraordinary capacity for clinical suspicion and a thorough semiology to correctly guide the complementary tests that will lead to the correct diagnosis before that present them.

Puntos destacados

- ▷ Sospecha clínica: factores de riesgo y semiología.

Introducción

Hay patologías que precisan una extraordinaria capacidad de sospecha clínica para diagnosticarse antes de que presenten complicaciones por su baja prevalencia y/o por la ausencia de síntomas patognomónicos. Éste es el caso de los aneurismas, las úlceras penetrantes de aorta y los hematomas murales, si no presentan complicaciones como rupturas o disecciones.

Caso clínico

Se trata de un hombre de 70 años, autónomo para las actividades de la vida diaria, sin antecedentes de interés ni tratamientos crónicos. Es atendido en Urgencias por 24 horas de evolución de malestar general, debilidad y dolor interescapular e hipogástrico.

Exploración física. Febril (temperatura axilar 38,3 °C), presión arterial 127/44 mmHg, frecuencia cardíaca 78 lpm, saturación de oxígeno 94%, crepitantes bibasales en la auscultación sin otros datos positivos.

Pruebas complementarias. Electrocardiograma, analítica básica (creatinina, urea, ionograma, enzimas hepáticas) y radiografía de tórax normales. Se cursan dos hemocultivos y se ingresa al paciente con el diagnóstico de probable infección respiratoria iniciando tratamiento antibiótico empírico.

Una vez en la planta, tras 6 días de tratamiento con mejoría de la fiebre, pero con reactantes de fase aguda elevados (proteína C reactiva 246,2 mg/l [0-5]) y persistencia del dolor, ahora más focalizado en la región lumbar, se plantea la posibilidad de una patología aórtica y se solicita angio-TC de aorta torácica y abdominal cuyo informe fue: "úlceras penetrantes en aorta torácica descendente proximal con hematoma mural y cambios inflamatorios periaórticos a nivel de la aorta abdominal proximal" (**Figura 1 y Figura 2**), que obliga a derivar al paciente al Servicio de Cirugía vascular de referencia para su intervención.

En un control de TC, a los 10 días de la intervención, se aprecia un crecimiento del saco aneurismático torácico a nivel de la endoprótesis y la presencia de nuevas ulceraciones y pseudoaneurismas a la altura del tronco celiaco (**Figura 3**). Con esta evolución y el resultado positivo a *Clostridium difficile* en el hemocultivo recogido en Urgencias, el diagnóstico final es de aneurisma micótico y el paciente es reintervenido.

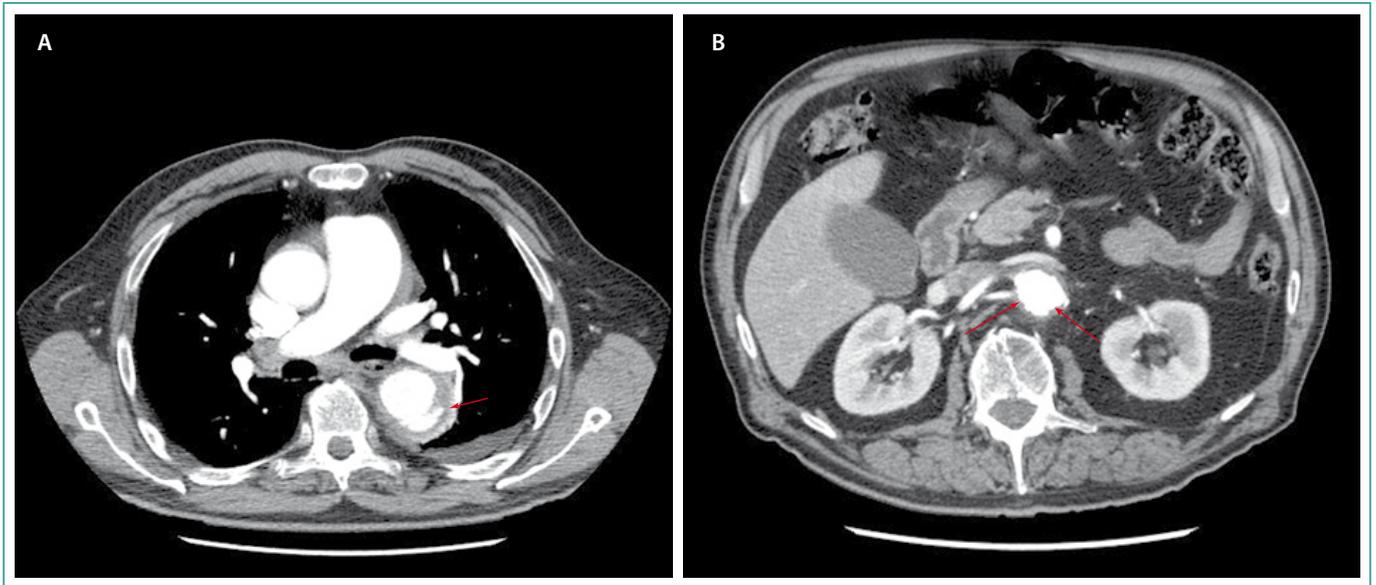


Figura 1. Angio-TC de aorta torácica



Figura 2. Angio-TC abdominal

Discusión

La disección de aorta supone la creación de una falsa luz en la capa medial de la pared aórtica. Clásicamente, se inicia con un desgarro de la íntima, que permite entrar al flujo sanguíneo en la capa media, disecándola distalmente (y ocasionalmente retrógradamente) en longitud variable¹. Ocasionalmente es posible encontrar hematomas intramurales, sin desgarro de la íntima, producidos por la ruptura de los *vasa vasorum*, o hematomas limitados producidos por úlceras penetrantes en una placa de ateroma¹.

La edad, la degeneración tisular y la hipertensión arterial^{1,2} son los factores de riesgo principales. Sin embargo, una disección de aorta puede ser causa también como complicación de un aneurisma¹.

Los aneurismas de la aorta son dilataciones anormales en un área debilitada de la pared y sus causas pueden ser: una degeneración quística o mixoide de la capa media de la pared, arteriosclerosis, enfermedades del tejido conjuntivo, causas infecciosas o postraumáticas^{3,4}. Entre las causas infecciosas (poco frecuentes) se encuentran los aneurismas micóticos. Los gérmenes

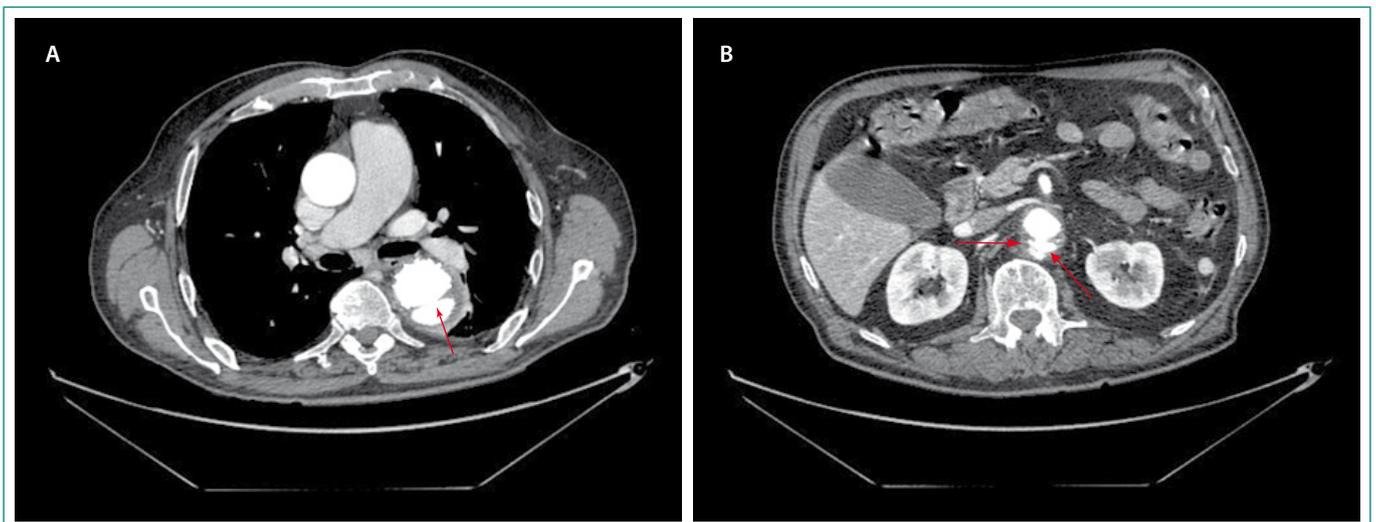


Figura 3. Angio-TC de control de aorta torácica

habitualmente implicados son *Salmonella* y *Staphylococcus aureus*. Existen otros más extraños, como *Clostridium*, *E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Listeria*, *Streptococcus*, *Candida* o *Campylobacter*⁵.

Así, en este caso se enfrenta una patología infrecuente (6 casos por 100.000 habitantes/año¹), producida por un germen proporcionalmente escaso y que se presenta con una clínica atípica.

Es importante un elevado índice de sospecha clínica para diagnosticar a estos pacientes antes de que presenten las complicaciones como ruptura o disección completa de aorta. Debe sospecharse en varones (4:1) entre 50-70 años con dolor, como síntoma cardinal, asociado a la compresión de estructuras vecinas al aneurisma y que dependerá de su localización. Los síntomas que pueden presentar son dolor interescapular o abdominal, tos, disnea, sibilancias, disfonía o disfagia. La fiebre puede actuar como confundidor, retrasando el diagnóstico y afectando negativamente el pronóstico del paciente.

Como pruebas complementarias diagnósticas se utilizarán para su confirmación y medición, según la disponibilidad de cada centro y las características del paciente, RM, angio-TC o endoscopia transesofágica⁴.

La terapia antibiótica no previene la ruptura (historia natural de los aneurismas^{5,6}), por lo que la resección de los segmentos comprometidos o su exclusión por medio de prótesis o derivaciones, es imprescindible^{1,6} para evitar el crecimiento progresivo y una ruptura final^{1,2}.

En este caso, si bien la primera sospecha clínica es la que pone en el camino de la solución definitiva del problema, la localización atípica (torácica) de la lesión, hace que no se sospeche la causa infecciosa y que el tratamiento inicial sea fallido precisando una segunda intervención.

Bibliografía

1. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A, San Román JA, Bañuelos C, Gil Aguado M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2000; 53: 531-541.
2. Contreras Zúñiga E, Zuluaga Martínez SX, Gómez Mesa JE, Ocampo Duque V, Urrea Zapata CA. Disección aórtica: estado actual. Rev Costarr Cardiol. 2009; 11: 19-27.
3. Gutiérrez-Julián JM, et al. Historia natural de los aneurismas de la aorta torácica. Angiología. 2006; 58 (Supl 1): S3-S14.
4. Patel HJ, Deeb GM. Ascending and arch aorta pathology, natural history, and treatment. Circulation. 2008; 118(2): 188-195.
5. Pérez Burkhardt JL. Aneurismas micóticos: particularidades diagnósticas y de tratamiento. Angiología. 2015; 68(1): 46-54.
6. Fajardo D. Enfoque diagnóstico de los aneurismas micóticos. [Consultado 8 nov 2016]. Disponible en: https://www.ncvh.org/pdf/LA2014/03_27_14/1346__Fajardo%20Saavedra_MH/Diego%20Cartagena%202014.pdf