

Aneurisma de aorta. Hallazgo casual al intervenir una neoplasia de sigma.

¿Fallo diagnóstico?

A. Carbonell-Tatay, M. Garay, Fj. Landete, V. Casp, C. Manzanares. Servicio de cirugía general. .
Servicio de cirugía general. Hospital de Ontinyent.(Valencia)
R. Torró. Muvale (Valencia) .

Resumen

Se trata de un paciente de 64 años de edad, diagnosticado de una neoplasia de sigma, que al practicar la laparotomía nos encontramos con un aneurisma de aorta infrarenal, tomando la decisión de NO actuar quirúrgicamente sobre él.

Generalidades

El aneurisma de la aorta infrarenal se considera cuando su diámetro de pared a pared alcanza los 3 cm o más. Su incidencia aumenta claramente con la edad y la mayoría de los pacientes diagnosticados corresponde a hombres de más de 60 años, grupo de edad en el que la incidencia es más alta. Existen otros factores de riesgo como el tabaquismo, hipertensión arterial, raza caucásica y antecedentes familiares de Aneurisma abdominal de aorta.. La incidencia del mismo se ha incrementado significativamente durante las últimas cuatro décadas, pasando del 4.7 al 31.9 por 100,000 personas.¿ Mejoran los medios diagnósticos? ¿Aumenta el tabaquismo y la HTA?.

La mayoría de los pacientes se encuentran clínicamente asintomáticos cuando el aneurisma se diagnostica por el examen físico o en forma fortuita, por diversos estudios radiológicos (radiografía simple de abdomen o radiografías de columna lumbar) o de Imagen (Ultrasonido o TAC) y practicados por otras indicaciones. La sintomatología se puede presentar cuando existe rápida expansión del aneurisma, que causa dolor abdominal o en la espalda y hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentarse con ruptura del mismo que clínicamente se manifiesta con los síntomas clásicos de dolor abdominal o lumbar, masa abdominal pulsátil e hipotensión arterial. La ruptura del aneurisma es la complicación más común y temida; y que está en íntima relación con el diámetro del aneurisma. El crecimiento del aneurisma se estima en promedio de 0.4 a 0.5 cm por año, aunque el índice de crecimiento puede ser impredecible en forma individual; se considera de alto riesgo cuando el diámetro rebasa los 5 cm, de tal forma que un aneurisma no tratado mayor de estas dimensiones tiene un riesgo de ruptura de por lo menos el

25%. Mas del 60% de los pacientes con ruptura del aneurisma no sobrevive y la mortalidad de una cirugía de emergencia puede rebasar el 75%.

Los adelantos en las técnicas anestésicas y quirúrgicas han reducido significativamente la morbimortalidad de la cirugía y la aparición de técnicas endovasculares con anestesia local y regional han ampliado aun mas la frontera intervencionista, operandose cada vez con mas frecuencia pacientes de mas elevado riesgo.

De momento las indicaciones en le tratamiento de los aneurismas so las mismas en la cirugía convencional, que en la endovascular.

Las contraindicaciones quirúrgicas son en general relativas e incluyen:

1. Aneurismas pequeños (menores de 5,5 mm de diámetro). El riesgo de ruptura tiene relación directa con la velocidad de expansión del aneurisma y cuando la misma es superior a 5 mm en 6 meses o 10 mm en 12 meses es considerado de alto riesgo.
2. Comorbilidad que incrementa el riesgo quirurgico mas del 10%. La cardiopatía coronaria severa se asocia en un alto porcentaje de pacientes. Su diagnóstico es mas indicación de tratamiento adicional de su cardiopatía que una contraindicación del tratamiento de su aneurisma.
3. Expectativa de vida menor de 1 año.
4. Otros.

Caso clínico

Paciente de 64 años de edad, remitido por el servicio de digestivo, con diagnóstico de neoplasia de sigma, que sigue todo el protocolo preoperatorio, instaurado en nuestro servicio, (análisis, ecg, rx, estudio de estadiaje, visita anestésica...) y se da el V°B° para intervenirse en nuestro centro.

Se practica laparotomía media supra e infraumbilical, apreciándose además de la neoplasia diagnosticada, una tumoración retroperitoneal, a nivel de bifurcación de aorta abdominal, que corresponde a un aneurisma de la misma.

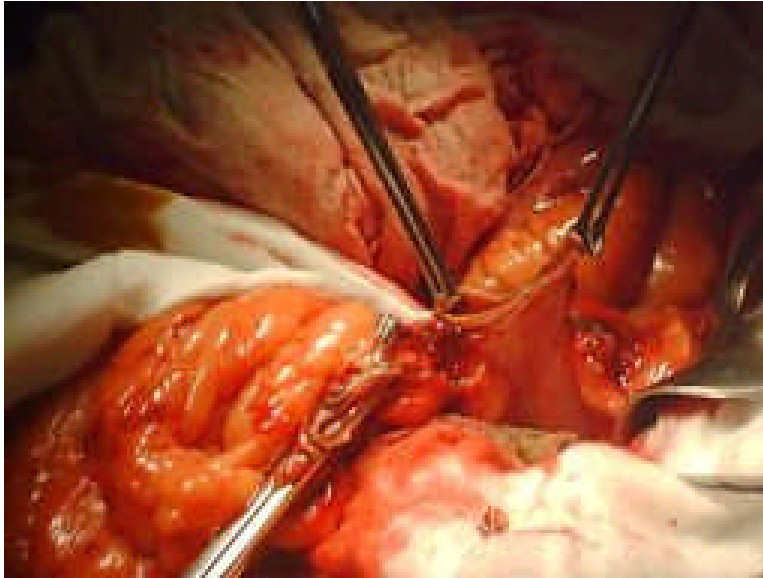
En el caso que nos ocupa, la presencia de la tumoración de colon, que ya suponía una patología importante, y el tamaño del aneurisma, añadido todo esto al encontrarnos en un hospital de primer escalón, nos llevó a la decisión de no actuar quirurgicamente sobre la Aorta.



Peritoneo posterior, visión global del aneurisma

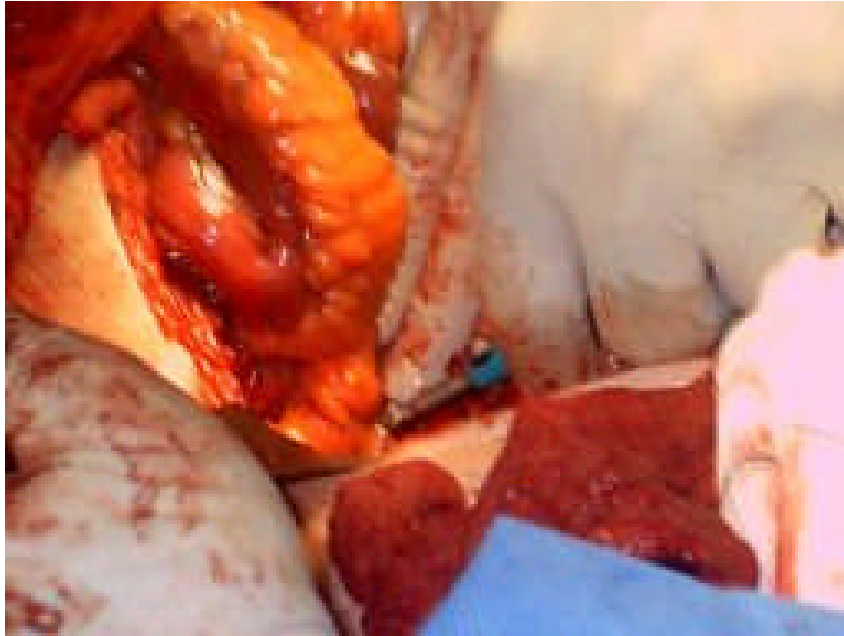


Tumoración de sigma



Resección anterior de sigma

La intervención se llevó a cabo sin problemas, practicándose una resección anterior de sigma, si incidencias operatorias dignas de mención, y con un postoperatorio muy favorable.



Anastomosis mecánica



Discusión

Pensamos que la decisión de no intervenir el aneurisma en el momento de la resección de sigma fue acertada, dadas las características de nuestro Hospital, y pensando que la intervención debía de ser realizada por cirujanos generales, al no existir en nuestro centro servicio de cirugía vascular. (Sólo se realiza cirugía vascular de urgencia inescusable).

Lo que nos preocupa de este caso, es el que el aneurisma de aorta abdominal, pasara desapercibido, a pesar de ser un paciente que había sido estudiado por diversos servicios (digestivo, cirugía, radiología...) y haberse tenido en cuenta los antecedentes personales y la edad del paciente, que aumentan las probabilidades de este tipo de patologías.

El paciente evolucionó favorablemente de su patología de colon y fue remitido a un servicio de cirugía vascular, para su valoración.

Bibliografía

Johnston KW, Rutherford RD, Tilson MD, et al. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. J Vasc Surg 1991; 13: 452

Johansen K, Kohler TR, Nicholls SC, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysm: The Harbor view experience. J Vasc Surg 1991; 13:240

Melton NJ, Bickerstaff LK, Hollier LH, et al. Changing incidence of abdominal aortic aneurysms: a population based study. Am J Epidemiol 1984; 120: 379-386