

Temas al día

Aneurisma de aorta abdominal, una etiología infrecuente de trombosis venosa profunda

María Fuentes-Spínola¹, Juan Criado-García², Rafael Madrid-Barceló², Laura Limia-Pérez², Marta Fernández-Morales³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). España

²Unidad de Medicina Interna y Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Córdoba. España

³Servicio de Medicina Interna. Hospital do Salnés. Vilagarcía de Arousa (Pontevedra). España

Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Recibido: 03/07/2018

Aceptado: 04/07/2018

En línea: 31/12/2018

Citar como: Fuentes-Spínola M, Criado-García J, Madrid-Barceló R, Limia-Pérez L, Fernández-Morales M. Aneurisma de aorta abdominal, una etiología infrecuente de trombosis venosa profunda. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 93-95.

Autor para correspondencia: María Fuentes-Spínola. mariafuentes88@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Trombosis venosa profunda
- ▷ Compresión de vena cava inferior
- ▷ Aneurisma de aorta abdominal
- ▷ Endoprótesis

Keywords

- ▷ Deep vein thrombosis
- ▷ Inferior vena cava compression
- ▷ Abdominal aortic aneurysm
- ▷ Endovascular repair

Resumen

Las causas más frecuentes de la enfermedad tromboembólica venosa son el cáncer, las intervenciones quirúrgicas y la inmovilización. Junto con éstas, existen otras cuya frecuencia es menor, pero que debemos tener en cuenta para poder diagnosticarlas, como las malformaciones anatómicas o las compresiones extrínsecas del sistema venoso. Se presenta un caso clínico de un aneurisma de aorta abdominal complicado que debutó como una trombosis venosa profunda secundaria a la compresión de la vena cava inferior. Además, se discute la indicación de antiagregación y anticoagulación en este escenario de manejo complejo.

Abstract

The most frequent causes of venous thromboembolic disease (VTE) are cancer, surgical interventions and immobilization. In addition, there are more infrequent causes of VTE, such as anatomical malformations or extrinsic compressions of the venous system. Despite the low frequency of the latter, we need to take them into account when diagnosing. We present a clinical case of extensive proximal deep vein thrombosis in a resting setting of course of nephritic colic. The final diagnosis was vein cava compression by complicated abdominal aortic aneurysm which required surgical intervention by endovascular repair. The indication of antiagregant treatment and anticoagulation is discussed in this scenario of complex management, as well.

Puntos destacados

- ▷ La relevancia del caso radica en la importancia de plantear causas menos frecuentes de enfermedad tromboembólica venosa, como los síndromes de compresión venosa, y destaca la importancia de un equipo multidisciplinar para el manejo de estos pacientes complejos.
- ▷ No se recomienda la anticoagulación en el caso de un trombo mural dentro de un aneurisma de aorta porque no hay un incremento de embolismos periféricos.

Introducción

Las causas de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se diferencian en hereditarias y adquiridas¹. En las primeras, hay que tener en cuenta las trom-

bofilias, como el factor V Leiden, la mutación G20210A de la protrombina o las deficiencias de proteína C, S o de antitrombina III. Las causas adquiridas más importantes son el cáncer, la cirugía, la inmovilización, la ETV previa, la gestación, el tratamiento con estrógenos, la quimioterapia, las reagudizaciones de patologías previas como insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), o el síndrome antifosfolípido, entre otras. Existen otras menos conocidas como son los síndromes de compresión venosa. En estos casos, la trombosis está provocada por la compresión extrínseca de una vena por una estructura que se relaciona anatómicamente con ella. Los más importantes son el síndrome de Paget-Schroetter, el síndrome de May-Thurner y la obstrucción de la vena cava inferior², bien por malformaciones congénitas como la agenesia o hipoplasia o por patología abdominal que produzcan compresión extrínseca (aneurismas de aorta, tumores renales, miomas uterinos...), síndrome de Budd-Chiari, cirugía abdominal o trombosis de

un filtro a dicho nivel. Aunque son menos frecuentes, debemos de tenerlos en cuenta a la hora del diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 58 años con hipertensión arterial y diabetes de larga evolución y mal control, dislipemia, hiperuricemia, cardiopatía isquémica revascularizada quirúrgicamente 10 años antes y cólicos nefríticos de repetición, que consulta por aumento de diámetro de miembro inferior derecho de una semana de evolución. Días antes, sufrió cuadro de malestar general, fiebre alta y dolor lumbar derecho, irradiado a genitales y asociado a disuria, polaquiuria y hematuria, similar a episodios previos de cólicos nefríticos. Destaca que el dolor lumbar era más intenso que en los anteriores cólicos y refractario a tratamiento analgésico habitual, lo que motivó reposo en cama durante unos días.

- Exploración física. Aceptable estado general. Tensión arterial 129/91 mmHg; frecuencia cardíaca 85 lpm. Saturación oxígeno basal 96%. Peso 110 kg. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen: cicatriz de herniorrafia, blando, sin masas ni megalias, puñopercusión renal derecha positiva. Extremidades inferiores: miembro inferior derecho con aumento de diámetro respecto a contralateral, empastamiento en muslo derecho y cara posterior dolorosa a la palpación. Signos de insuficiencia venosa crónica bilateral con trastornos tróficos severos.
- Analítica. Dímero-D 1.291 ng/ml (0-500). Glucosa 146 mg/dl (74-106), GGT 101 U/l (3-60), FA 131 U/l (46-116), c-LDL 36 mg/dl (80-130), triglicéridos 204 mg/dl (50-150). PCR 149 mg/l (0-5), HbA1c 8,1% (< 6,5%). Hemograma, tiempos de coagulación, función renal, iones, transaminasas, CK, proteinograma, marcadores tumorales y TSH normales. Orina: esterasa 25, leucocitos 10-20/campo.
- Ecografía Doppler venosa. Venas íliaca externa y femoral común derechas con calibre aumentado, no compresibles y con imagen ecogénica en su interior compatible con trombosis, con ausencia de flujo. Hallazgos en relación con trombosis venosa profunda (TVP) aguda.
- Ecografía de riñón y vía urinaria. Riñones de tamaño y ecoestructura normales con algún quiste cortical en polo inferior de riñón derecho, sin dilatación de la vía excretora. Se aprecia una dilatación aneurismática de aorta abdominal, con calibre máximo de 6 cm.
- Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste (**Figura 1**). Litiasis en polo superior del riñón derecho. Dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal de 61 x 70 mm con trombo mural e irregularidad de la pared.

Presencia de una úlcera a nivel posterolateral derecho, con trombo alrededor (síndrome aórtico agudo). Llama la atención el engrosamiento concéntrico de la pared aórtica y el colapso completo de la vena cava inferior por el aneurisma, con dilatación marcada de ambas venas ilíacas externas, estando más dilatada la vena íliaca derecha hasta prácticamente femoral común. Se observan distintas densidades en el interior de las venas, lo que puede estar en relación con pequeños coágulos por el estasis venoso (distal al colapso de la cava por compresión).

Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis plenas. Ante el hallazgo radiológico de aneurisma de aorta abdominal complicado con trombo mural y úlcera, se consultó con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, decidiéndose intervención quirúrgica con exclusión del aneurisma mediante endoprótesis bifurcada, sin complicaciones inmediatas.

Al alta, se pautó tratamiento con ácido acetilsalicílico y HBPM a dosis plenas. En la revisión en consultas externas de Cirugía Cardiovascular, a los 2 meses de la cirugía, se sustituye la HBPM por acenocumarol, que mantiene en la actualidad. En la angio-TC de control se objetiva la endoprótesis que excluye completamente aneurisma trombosado, sin imágenes de endofuga (**Figura 2**), persistiendo la compresión de la vena cava inferior por el aneurisma.

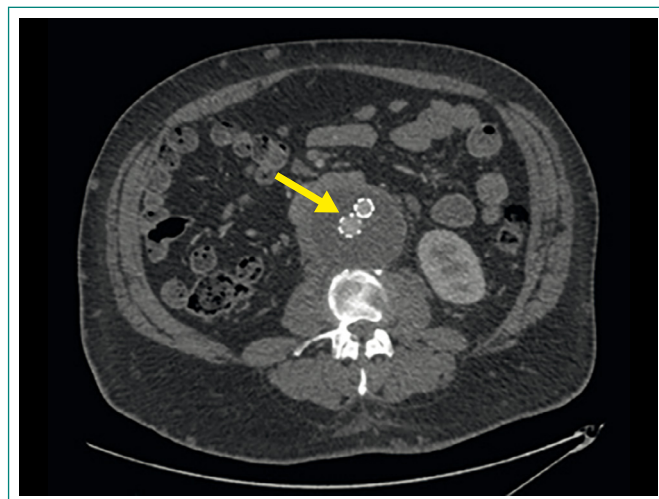


Figura 2. Prótesis bifurcada dentro del aneurisma (flecha amarilla)

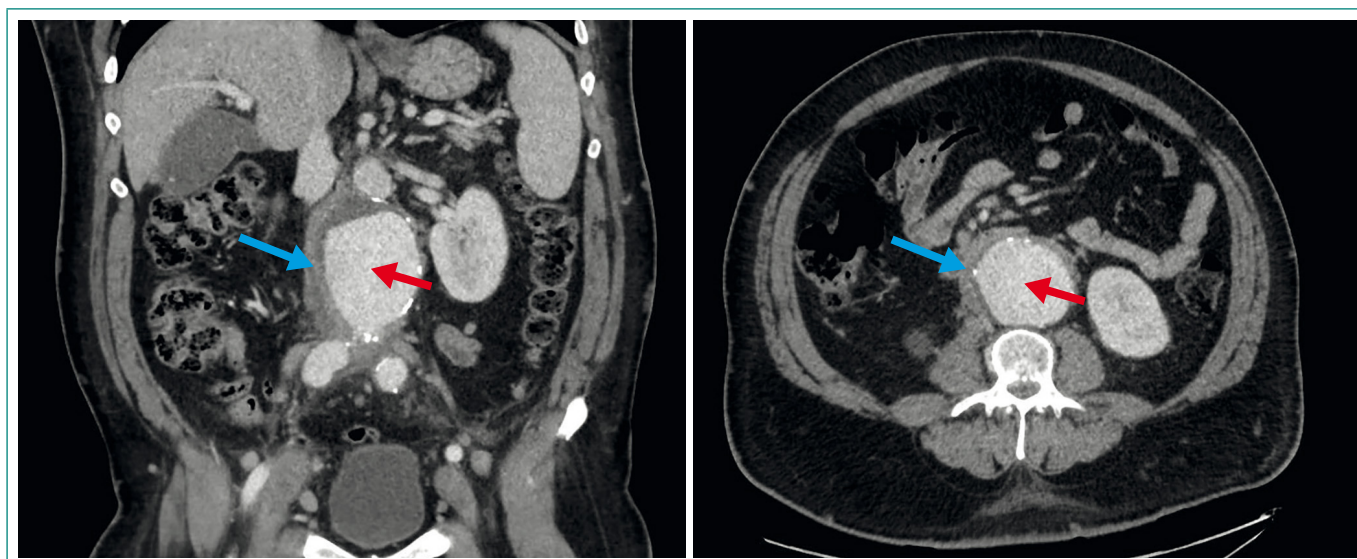


Figura 1. Aneurisma de aorta (flecha roja) con engrosamiento concéntrico de la pared aórtica (flecha azul) y colapso completo de la vena cava inferior por el aneurisma

Diagnóstico

Trombosis venosa profunda de miembro inferior secundaria a inmovilización y a compresión de vena cava inferior por aneurisma de aorta infrarrenal complicado, en enfermo con alto riesgo cardiovascular.

Discusión y conclusiones

Nos encontramos ante un paciente con una TVP proximal extensa, en principio relacionada con reposo previo debido a dolor lumbar refractario a tratamiento médico. El estudio de dicho dolor lumbar mediante ecografía y TAC de abdomen nos llevó al diagnóstico definitivo de aneurisma de aorta abdominal complicado, con obstrucción de la vena cava.

Los aneurismas de la aorta abdominal pueden provocar frecuentemente compresión de los uréteres o del tubo digestivo. La afectación de las estructuras vecinas a un aneurisma es más frecuentemente ocasionada por la fibrosis secundaria a la inflamación perianeurismática. Sin embargo, se han descrito algunos casos de compresión de vena cava inferior por un aneurisma aórtico sin fibrosis, causando una trombosis de miembros inferiores³. Para que un aneurisma no inflamatorio comprima la cava debe presentarse como una masa de al menos 6 cm de diámetro. En nuestro paciente, la TVP estuvo desencadenada por el estasis secundario a la compresión del aneurisma de tamaño importante, y a la inmovilización causada por el dolor secundario a la complicación del mismo. Nuestro enfermo presentaba factores de riesgo para desarrollar una enfermedad aneurismática como sexo masculino, tabaco, diabetes, hipertensión arterial con mal control e hiperlipemia⁴.

El tratamiento de un aneurisma de aorta abdominal sintomático, que además muestra datos de riesgo de ruptura inminente, consiste en la reparación precoz⁵. La técnica de reparación endovascular (endoprótesis) es preferible a la cirugía abierta, siempre que sea anatómicamente posible y se disponga de personal y equipo experto. Esta técnica endovascular se asocia con una reducción de la morbilidad y mortalidad en pacientes seleccionados⁶. En cuanto al tratamiento médico de los síndromes aórticos, el uso de antivitaminas K no ha demostrado un claro beneficio⁷. La existencia de un trombo mural dentro del

aneurisma no se ha relacionado con un incremento de embolismos periféricos, por lo que no se recomienda la anticoagulación. Los antiagregantes están indicados en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, así como la optimización del tratamiento de estos factores. En nuestro paciente, se mantuvo el ácido acetilsalicílico (que tomaba previamente por antecedente de cardiopatía isquémica) y se intensificó el tratamiento con estatina, hipotensores e insulina. Respecto al manejo de la anticoagulación de la ETV, se optó por HBPM en la fase aguda y durante el posoperatorio, con paso posterior a acenocumarol⁸. La decisión de mantener el tratamiento anticoagulante a largo plazo estuvo basada en la persistencia de la compresión de la vena cava por el aneurisma a pesar de la endoprótesis (véase **Figura 2**) y la insuficiencia venosa crónica y severa que presentaba el paciente.

Bibliografía

1. Lijfering WM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Risk factors for venous thrombosis-current understanding from an epidemiological point of view. *Br J Haematol.* 2010; 149: 824-833.
2. Alkhoul M, Morad M, Narins CR, Raza F, Bashir R. Inferior vena cava thrombosis. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016; 9: 629-643.
3. Moore RD, Rutter ED, Zapko DR, Kolade VO, Ayyoub SM. Abdominal aortic aneurysm with inferior vena cava compression in association with deep venous thrombosis. *Am J Med Sci.* 2013; 346: 521-522.
4. Kent KC, Zwolak RM, Egorova NN, Riles TS, Manganaro A, Moskowitz AJ, et al. Analysis of risk factors for abdominal aortic aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals. *J Vasc Surg.* 2010; 52: 539-548.
5. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018; 67: 2.
6. Mehta M, Byrne J, Darling RC 3rd, Paty PS, Roddy SP, Kreienberg PB, et al. Endovascular repair of ruptured infrarrenal abdominal aortic aneurysm is associated with lower 30-day mortality and better 5-year survival rates than open surgical repair. *J Vasc Surg.* 2013; 57: 368-375.
7. Caron F, Anand SS. Antithrombotic therapy in aortic diseases: A narrative review. *Vasc Med.* 2017; 22: 57-65.
8. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jiménez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest.* 2016; 149: 315-352.