

Aneurisma de la aorta abdominal asociado a íctero

Aneurysm of the abdominal aorta associated with icterus

Rubén Tomas Moro Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0611-9777>

José Luis Valdés Cantero¹ <https://orcid.org/0000-0002-3956-9857>

Daylin Ricardo Olivera¹ <https://orcid.org/0000-0001-6847-7081>

Mario Enrique Nápoles Lizano¹ <https://orcid.org/0000-0001-8973-8121>

Rafael A Ibáñez Azan¹ <https://orcid.org/0000-0001-7148-6587>

Sergio Alfredo Landa Vallejo¹ <https://orcid.org/0000-0001-9526-4663>

¹Cardiocentro “Ernesto Guevara”. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rubentomasm3@gmail.com

RESUMEN

El aneurisma de la aorta abdominal como causa de íctero obstructivo es una situación de excepción en la clínica. El objetivo de esta presentación fue exponer la coexistencia del aneurisma de la aorta abdominal y el íctero. Una asociación muy poco frecuente y de difícil diagnóstico, que coloca al cirujano vascular en la toma de una especial conducta terapéutica. La cuidadosa revisión de los antecedentes patológicos y el análisis del comportamiento clínico del paciente permitieron la solución terapéutica adecuada.

Se logró demostrar que el íctero obedecía a una lesión maligna de vías biliares conocida como colangiocarcinoma, que concomitó con la existencia de un aneurisma del V segmento aórtico y no fue el resultado de una compresión extrínseca de la dilatación de la aorta, sobre las vías biliares. La conducta quirúrgica, encaminada a erradicar el íctero y evitar la ruptura aneurismática con resección del aneurisma y colocación de prótesis, no resultó posible por lo

avanzado de la lesión tumoral y el grado de metástasis ya establecidos. Solo se realizó resección de la vesícula biliar y seguimiento posterior por oncología.

Palabras clave: íctero obstructivo; aneurisma; colangiografía; colangiocarcinoma.

ABSTRACT

Abdominal aortic aneurysm as a cause of obstructive icterus is an exceptional situation in the clinic. The aim of this presentation was to expose the coexistence of abdominal aortic aneurysm and icterus. A very rare and difficult to diagnose association, which places the vascular surgeon in a special therapeutic approach. The careful review of the pathological history and the analysis of the patient's clinical behavior allowed the appropriate therapeutic solution.

It was possible to demonstrate that the icterus was due to a malignant lesion of the biliary tract known as cholangiocarcinoma, which concomitated with the existence of an aneurysm of the V aortic segment and was not the result of extrinsic compression of the dilatation of the aorta on the biliary tract. The surgical procedure, aimed at eradicating the icterus and avoiding aneurysmal rupture with aneurysm resection and prosthesis placement, was not possible due to the advanced tumor lesion and the degree of metastasis already established. Only gallbladder resection was performed and subsequent follow-up by oncology.

Keywords: obstructive icterus; aneurysm; cholangiography; cholangiocarcinoma.

Recibido: 30/11/2020

Aceptado: 04/12/2020

Introducción

El aneurisma de la aorta (AA) es una dilatación localizada permanente de la aorta que abarca las tres capas de la pared del vaso y que al menos excede el diámetro normal de la arteria en un 50 %.

El problema subyacente es un debilitamiento en la pared que conduce a su dilatación progresiva que, si no se trata, puede resultar en la rotura, la exsanguinación y la muerte.

Su frecuencia se estima en el 4 % de los varones con más de 50 años, y llega hasta el 8 % en hombres con 60 años o más. La frecuencia estimada global oscila entre 1,5 %-6,5 % y su incidencia es de 22 pacientes por 1000 habitantes al año.

La evolución natural resulta de 50 % en roturas anualmente. Se presenta como la décima causa más común de mortalidad y representa el 2 % de todas las muertes. La rotura es su principal y más grave complicación.

El crecimiento medio de un aneurisma varía entre 0,4 y 0,7 cm por año y el diámetro alcanzado se considera como el principal factor de riesgo de rotura.^(1,2)

Presentación del caso

Paciente JPC, masculino, de 70 años, obrero agrícola en activo con antecedentes de salud y fumador inveterado, que solo refiere hipertensión arterial controlada con tratamiento a base de enalapril de 20 mg e hidroclorotiazida de 25 mg, ambos con dosis de una tableta diaria.

Desde hacía algunas semanas había comenzado con dolor abdominal difuso y aumento de volumen en el abdomen con latido y pulsatilidad, lo que motivó la consulta con el médico de familia y realizar ultrasonido abdominal. Cinco días después notó coloración amarilla de mucosas, orina oscura, heces acólicas y prurito intenso. Se remitió al servicio de Angiología con el diagnóstico de aneurisma de la aorta abdominal y compresión de vías biliares extrahepáticas como causante del íctero.

Examen físico

Coloración amarilla-verdínica de piel y mucosas. Tumoración abdominal que late y expande, y ocupa desde el epigastrio e hipocondrio derecho casi hasta fosa ilíaca derecha. Se delimita de apéndice xifoides y el reborde costal. Hubo soplo sistólico sobre la tumoración. Todos los pulsos periféricos estaban presentes. El resto del examen fue normal.

Complementarios

A continuación, se declaran los complementarios:

- Hb 11,9 g/dl. Ionograma Normal. Glicemia 5,6 mmol/l.
- TGP [ALT]: 56U/L. Valores normales entre 7 y 50U/L.
- TGO [AST]: 38U/L. Valores normales entre 5 y 40U/L.
- Fosfatasa alcalina: 889U/L. Valores normales entre 44-147 U/L.
- Colesterol total: 6,8mg/dl. Valores normales entre 200-239 mg/dl.
- Bilirrubina: total (8,87mg/dl). Valores normales entre 0,3 y 1,9 mg/dl.
- Directa: 6,24mg/dl. Valores normales entre 0 y 0,3 mg/dl.
- ECG: signos sugerentes de cardiopatía isquémica.
- Calcio: score 350 ua.
- ECO: válvulas cardiacas sin alteraciones. Movimientos paradójicos con disquinesia de la cara anterior y punta del corazón. FEVI 56 %.
- US Abdominal: imagen de dilatación aórtica del V segmento, con laminación de coágulos en su interior. Luz aórtica previa a la dilatación de 22 mm y luz aneurismática de 39 mm, que involucra a las arterias ilíacas con cambios ateromatosos en todo el eje aorto-ilíaco. Riñones normales. Signos de hepatomegalia con dilatación del colédoco sin llegar a visualizarse vesícula biliar y sin evidencia de litiasis.
- US Arterial: ejes femorales permeables con cambios ateromatosos y espectros de velocidad de flujo de 3 componentes en toda su extensión.
- Ejes carotídeos: permeables con discretos cambios ateromatosos. CIM 1,4 mm.
- Índices hemodinámicos: dentro de límites normales.

En la figura 1, correspondiente a AngioTC, puede observarse dilatación aórtica del V segmento con laminación de coágulos y luz del aneurisma de 39 mm, que se muestra desplazado a nivel sub hepático.



Fig. 1 - AngioTC (1).

En el AngioTC de la figura 2 se observa dilatación del colédoco y aneurisma del V segmento aórtico.



Fig. 2 - AngioTC (2).

En la figura 3, el Angio TC muestra aneurisma del V segmento aórtico, que se extiende hasta la ilíaca común derecha y se proyecta hacia una posición infra hepática; además, arterias ilíacas permeables, así como el tronco celiaco y la arteria mesentérica superior.



Fig. 3 - AngioTC (3).

El paciente fue dado de alta con seguimiento por cirugía vascular para su aneurisma y oncología para el seguimiento de su tumor maligno de vías biliares.

Discusión

El paciente se presentó con síntomas digestivos de afectación de vías biliares y dolor abdominal, que fue interpretado inicialmente para ser unicistas como manifestación compresiva del aneurisma sobre las vías biliares, pero dada la infrecuente causalidad reportada en la literatura, colocamos como segunda opción, la presencia de lesiones tumorales de las mismas.

Está bien establecido que en Medicina hay que ser unicista, pero, en ocasiones, tener en cuenta el dualismo es una realidad objetiva. El presente caso hizo tomar esta postura, por la poca sintomatología referida en ambas direcciones y el desencadenamiento de su cuadro clínico. Sobre la base de los resultados de los estudios realizados, se llegó a la conclusión estratégica de realizar exploración quirúrgica y definir sus diagnósticos positivos y conducta a seguir.

Previo consentimiento informado por parte de paciente y familiares, se constituyó un equipo quirúrgico de cirujanos vasculares y oncológicos, ante la posibilidad de un colangiocarcinoma, además de un aneurisma de la aorta abdominal.

Se realizó colangiografía intraoperatoria, revisión de toda la cavidad abdominal en busca de metástasis hepáticas, ganglionares, etcétera, y se decidió hacer solamente colecistectomía, pues el diagnóstico operatorio arrojó que el paciente era portador de aneurisma de la aorta abdominal del V segmento lateralizado a la derecha, posicionado por debajo del hígado, y de un colangiocarcinoma. ^(3,4,5)

Estos tumores malignos pueden presentar tres tipos atendiendo a su origen anatómico: el intrahepático, el distal y el perihiliar.

El colangiocarcinoma extrahepático que aparece en la unión de los conductos hepáticos principales derecho o izquierdo para formar el conducto hepático común, ha sido denominado tumor de Klatskin, en honor al cirujano Gerald Klatskin, considerado el precursor de la biopsia hepática y todo un experto en la cirugía de este órgano. ^(6,7)

El tumor de Klatskin es una neoplasia muy agresiva, por lo general silente, con síntomas inespecíficos hasta sus estadios finales. Su diagnóstico generalmente es tardío, su solución quirúrgica depende del tamaño, la metástasis y la afectación ganglionar o vascular. ⁽⁸⁾

Conclusiones

La conducta quirúrgica, encaminada a erradicar el íctero y evitar la ruptura aneurismática con resección del aneurisma y colocación de prótesis, no resultó posible por lo avanzado de la lesión tumoral y el grado de metástasis ya establecidos. Solo se realizó resección de la vesícula biliar y seguimiento posterior por oncología

Referencias bibliográficas

1. Grima MJ, Behrendt CA, Vidal-Diez A, Altreuther M, Björck M, Boyle JR, *et al.* Assessment of Correlation Between Mean Size of Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysm at Time of Intact Repair Against Repair and Rupture Rate in Nine Countries. *Eur J VascEndovasc Surg.* 2020 Jun;59(6):890-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.01.024>
2. Ali MU, Fitzpatrick-Lewis D, Kenny M, Miller J, Raina P, Sherifali D. A systematic review of short-term vs long-term effectiveness of one-time abdominal aortic aneurysm screening in men with ultrasound. *J Vasc Surg.* 2018 Aug;68(2):612-23. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2018.03.411>. PMID:30037679
3. K Dohi Y, Fukuda K, Nakagawa M, Takenaka H, Yahata E, Ono H, *et al.* A case of obstructive jaundice due to abdominal aneurysm compression. *Hiroshima J Med Sci.* 1984 Dec;33(4):819-23.

4. N van Someren M, Benson J, Jacomb-Hood P. Aneurysmal dilation of the abdominal aorta: a rare cause of obstructive jaundice. *Gastrointest Endosc.* 1993;39(1):85-7. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/s0016-107\(93\)70021](https://dx.doi.org/10.1016/s0016-107(93)70021)
5. Henrik CR, Tsilimparis N, Behrendt ChA, Wipper S, Debus ES, Larena-Avellaneda A. Jaundice as a Rare Indication for Repair Aortic Aneurysm *Ann Vasc Surg.* 2015 Oct;29(7):1454.e1-3. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2015.04.080>
6. ORPHANET. Tumor de Klatskin. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp
7. Changal KH, Lim F, Sunkara T, Uzair Hamdani S. Unusual presentation of silently growing abdominal aortic aneurysm causing biliary obstruction. *PMIDBMJ Case Rep.* 2017 Sep 25;2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bcr-2017-220539>
8. Kyuragi R, Matsumoto T, Okadome J, Kawakubo E, Homma K, Iwasa K. Endovascular aneurysm repair for an abdominal aortic aneurysm and a left ruptured common iliac artery aneurysm in a patient with hepatocellular carcinoma: report of a case. *Surg Today.* 2014 Aug;44(8):1548-51. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s00595-013-0519-3>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Rubén Tomas Moro Rodríguez: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición, y aprobación de la versión final.

Jose Luis Valdés Cantero: Curación de datos, investigación, validación, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Daylin Ricardo Olivera: Conceptualización, análisis formal, investigación, validación, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Mario Enrique Nápoles Lizano: Conceptualización, análisis formal, investigación, validación, visualización y aprobación de la versión final.

Sergio Alfredo Landa Vallejo: Investigación, validación. análisis formal, investigación, validación, visualización y aprobación de la versión final.

Rafael Ibañez Azan: Conceptualización, investigación, validación, visualización y aprobación de la versión final.