

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

Oclusión aguda de aorta abdominal. Revisión

Karina Elizabeth Pillajo Cevallos¹,
María del Pilar Cerdá Riche¹, Paula Oleaga Gómez¹,
Enrique Díaz Gordo¹, Susana Gallego García¹, Sara
Serrano Martínez¹, Pedro Hernández Palomino¹, Ignacio
Martín García¹

¹Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

OBJETIVOS

- Realizar un repaso anatómico de la aorta abdominal y sus ramas.
- Revisar la fisiopatología y diagnóstico diferencial de la oclusión aguda de aorta abdominal.
- Describir los hallazgos radiológicos más característicos en la oclusión aguda de aorta abdominal.

REVISIÓN DEL TEMA

- La oclusión trombótica o embólica aguda de la aorta abdominal es una emergencia vascular infrecuente con altas tasas de morbimortalidad, siendo del 100% si no se trata.
- Afecta más a menudo a mujeres en edad media con antecedentes de tabaquismo y dislipemia.
- Dentro de las causas principales están:
 - Embolia de origen cardíaco.
 - Trombosis aórtica secundaria a enfermedad ateromatosa subyacente.
 - Trombosis in situ por síndromes de hipercoagulabilidad.
 - Disección de la aorta torácica extendida a la aorta abdominal o el aneurisma de aorta abdominal trombosado, como entidades menos frecuentes.

- Es un cuadro de difícil diagnóstico que puede simular un evento neurológico, renal o un abdomen agudo quirúrgico.
- Sin embargo, la presentación clínica clásica es una isquemia periférica severa con dolor en ambos miembros inferiores.
- Dependiendo del segmento obstruido pueden aparecer los siguientes signos y síntomas.
 - **Arteria mesentérica superior:** dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal, hematoquecia.
 - **Arterias renales:** dolor en flancos, hematuria.
 - **Aorta inferior y arterias ilíacas comunes:** ausencia de pulsos en miembros inferiores, dolor, cianosis distal.
- La localización anatómica de la lesión influye en la vía colateral desarrollada y repercute en la elección de la modalidad del tratamiento, es por ello fundamental el conocimiento de la anatomía vascular para identificar el punto exacto de la obstrucción. (Figura 1-2)

REPASO ANATÓMICO

RAMAS DE LA AORTA ABDOMINAL

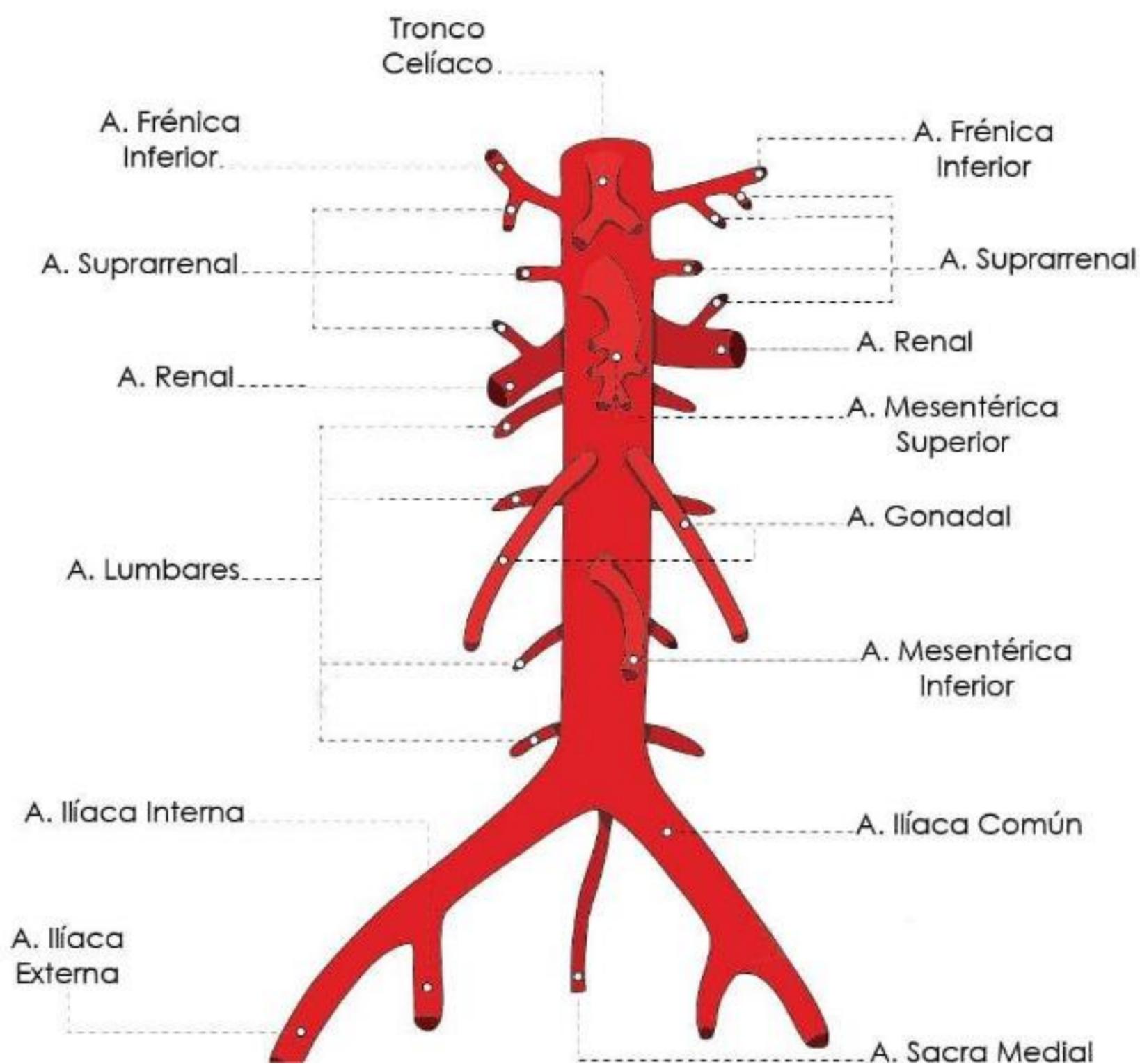


Figura 1. Ramas de la aorta abdominal. Esquema.

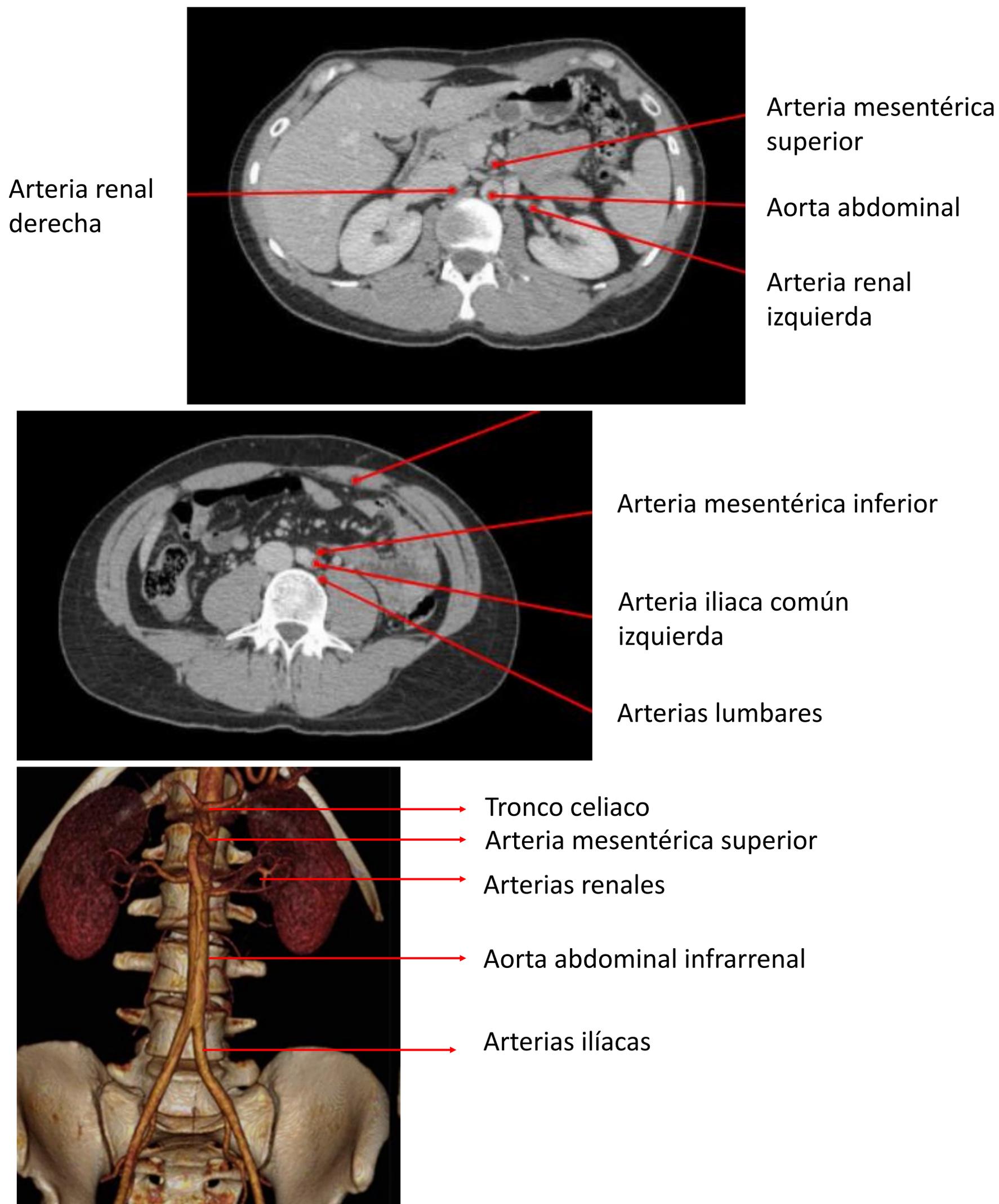


Figura 2. Ramas de la aorta en TC de abdomen sin contraste, cortes axiales (A-B) y reconstrucción 3D (C).

- Ante la sospecha clínica, la tomografía (TC) y Angio TC son las técnicas de elección para el diagnóstico por imagen. Permitiendo planificar un posible abordaje quirúrgico urgente.

Hallazgos radiológicos (Figuras 3-4)

- Ausencia de paso de contraste inmediatamente por debajo del punto de obstrucción.
 - Visualización de trombo.
 - Ateromatosis calcificada.
 - Signos de isquemia intestinal o infarto renal dependiendo del segmento afecto.
 - Cambios inflamatorios asociados.
- El tratamiento es la cirugía de revascularización urgente.

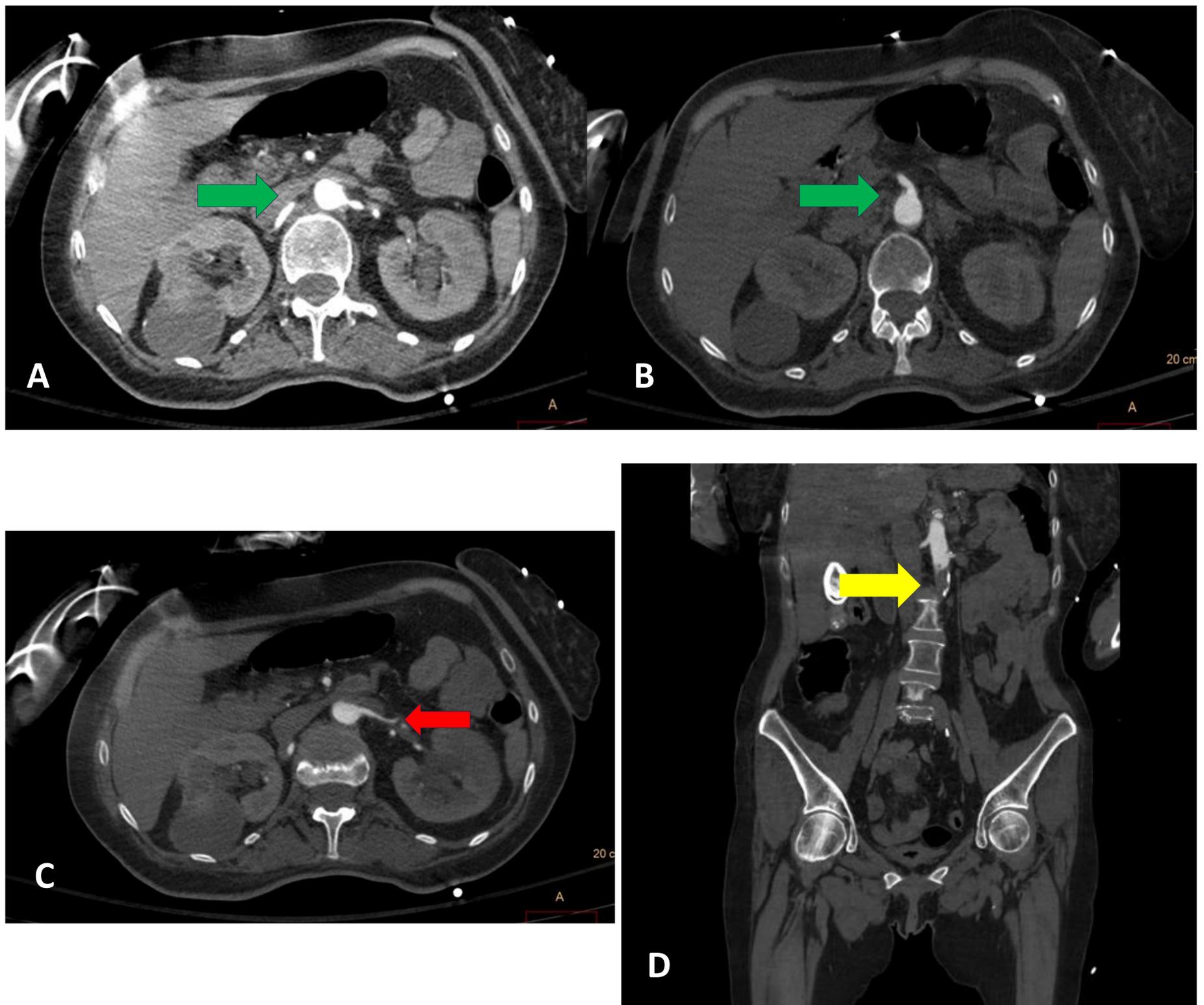


Figura 3. Angio TC de aorta abdominal realizada de forma urgente en una paciente de 62 años con factores de riesgo cardiovascular que ingresó por cetoacidosis diabética y FA de reciente diagnóstico, que posteriormente presentó cuadro brusco de livideces abdominales, ausencia de pulsos femorales y frialdad distal. Cortes axiales (A-C) y corte coronal (D). Se visualiza obstrucción completa, con ausencia total de paso de contraste en la luz aórtica inmediatamente por debajo de las arterias renales (D. Flecha amarilla). Se identifica paso filiforme de contraste en arteria renal izquierda (flecha roja). Origen del tronco celíaco y mesentérica superior permeables (A,B. Flechas verdes).

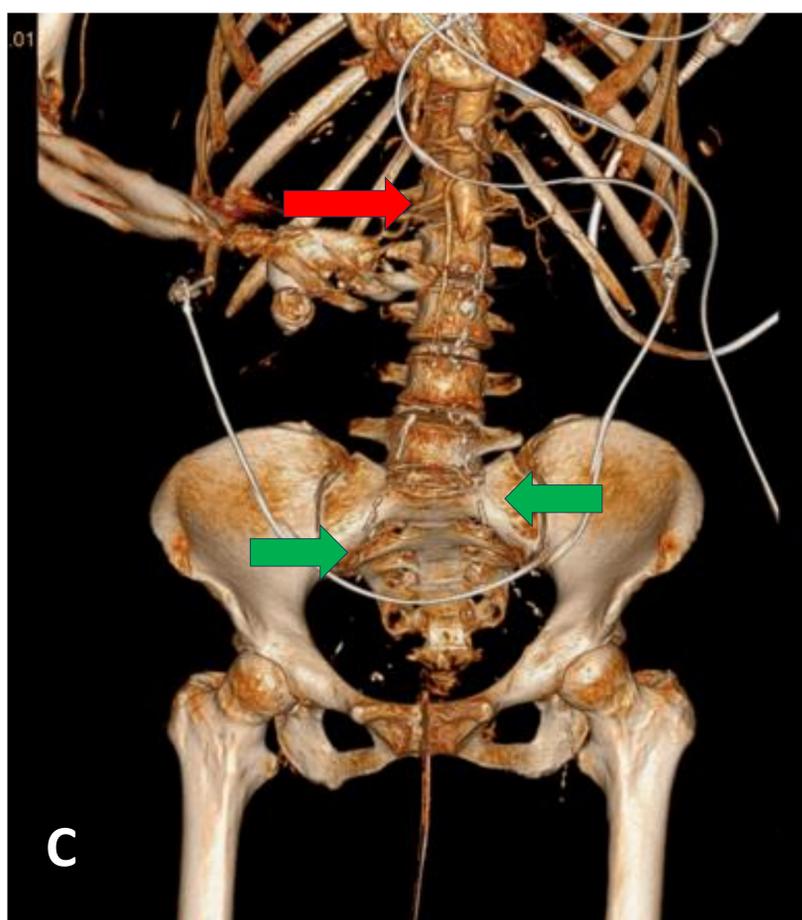
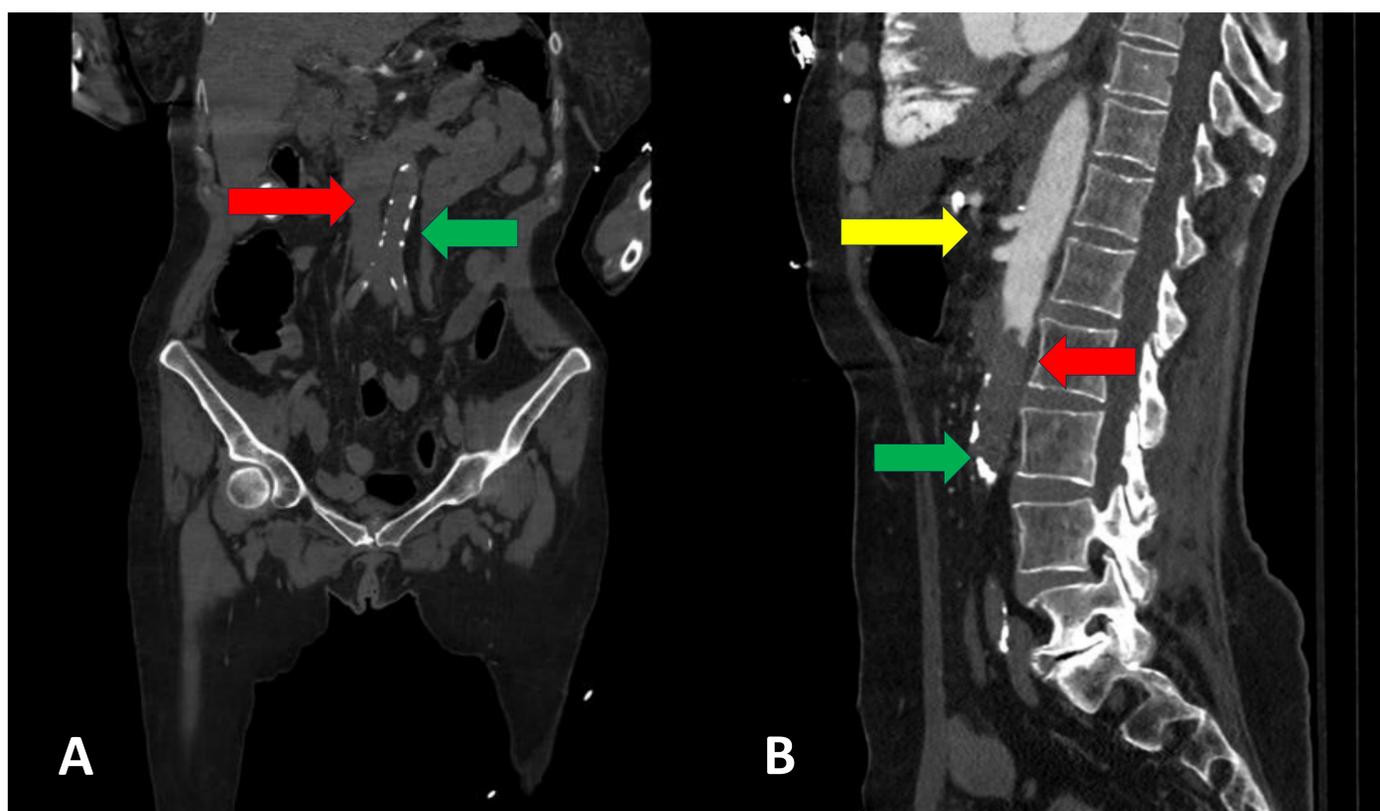


Figura 4. Angio TC de aorta abdominal de la misma paciente. Corte coronal (A), sagital (B) y reconstrucción 3D (C). Obstrucción completa infrarrenal (flechas rojas). Tronco celiaco y arteria mesentérica superior permeables (flecha amarilla). Placas de ateroma calcificado distribuidas por todo el trayecto (flechas verdes).

La paciente fue derivada a un centro de referencia, sin pronóstico por parte de cirugía vascular. Finalmente falleció a las 24h.

- El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con el **síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aortoiliaca crónica**, la ruptura de aneurisma de aorta abdominal o con episodios agudos de patología raquimedular.
- El **síndrome de Leriche** es una enfermedad arterial periférica que se define como la oclusión de las ramas principales de la aorta abdominal por debajo de la salida de las arterias renales con compromiso aortoiliaco y femoral.
- Se presenta con mayor frecuencia a partir de la sexta década, afectando principalmente al sexo masculino expuestos a factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemias, obesidad y diabetes.
- Las placas ateromatosas estenosan la luz vascular ocasionando una disminución del flujo sanguíneo en ramas terminales y miembros inferiores.
- Al tratarse de un cuadro crónico, la clínica suele ser progresiva, siendo la claudicación intermitente, el síntoma más frecuente.

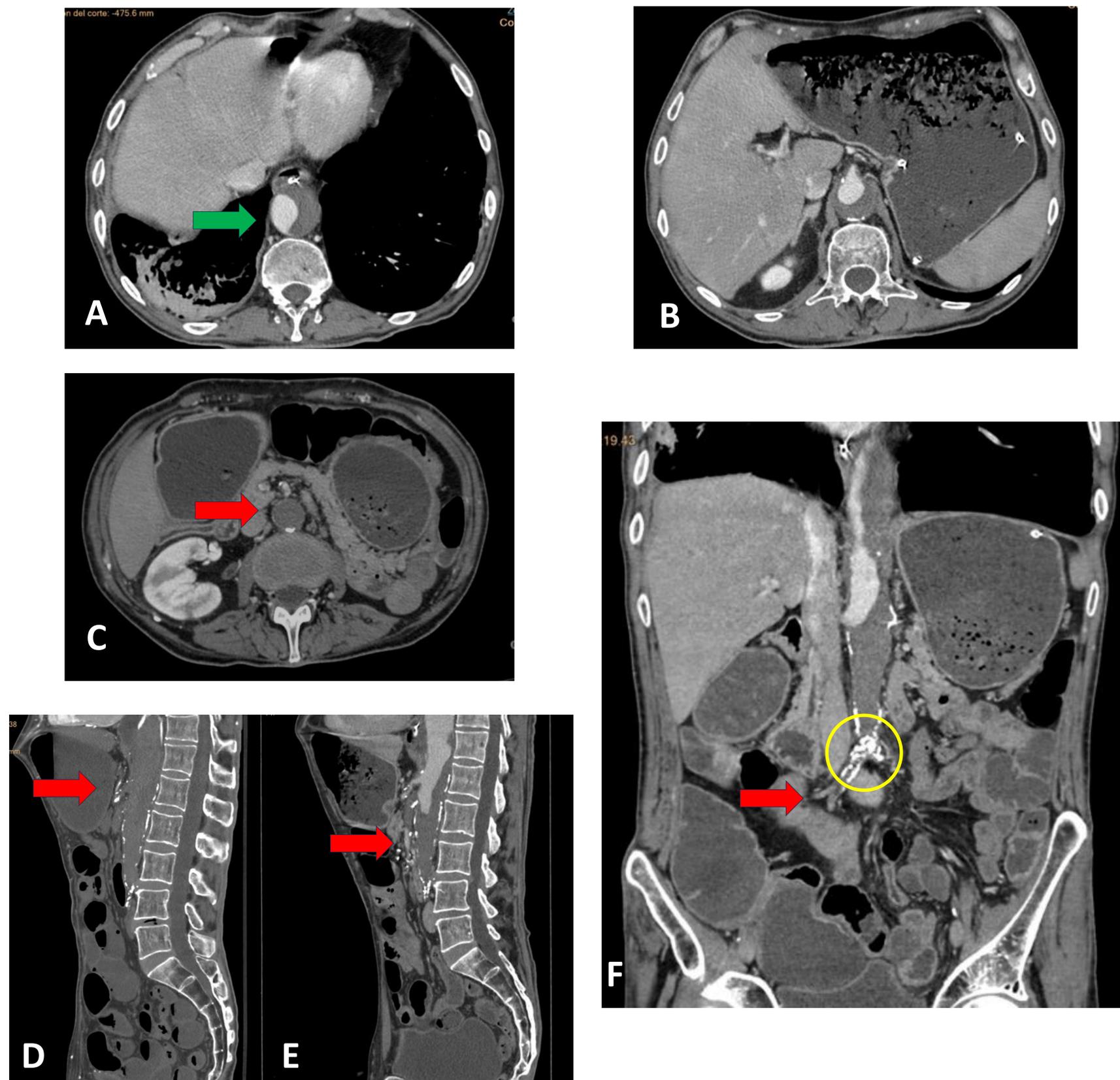


Figura 5. Angio TC de aorta abdominal cortes axiales (A-C), sagital (D,E) y coronal (F), de un paciente de 64 años monorroeno, fumador activo, con antecedentes de diabetes y dislipemia, con cuadro clínico de claudicación intermitente, en el que se visualiza repleción parcial con medio de contraste de la luz de aorta abdominal (flecha verde) hasta salida de arteria renal derecha, no visualizando medio de contraste en resto de luz aórtica ni en arterias ilíacas (flechas rojas). Ateromatosis calcificada en todo su trayecto y ramas, siendo más significativo en bifurcación aortoiliaca (círculo amarillo). El paciente fue diagnosticado de Sd. de Leriche.

CONCLUSIONES

- La oclusión aguda de aorta abdominal, aunque poco frecuente, se trata de un evento potencialmente urgente con una mortalidad del 100% si no se trata precozmente. Por lo que es indispensable la correcta valoración médica clínica y radiológica para lograr un tratamiento eficaz.
- Ante la sospecha clínica es indispensable confirmar el diagnóstico con AngioTC para identificar tanto el nivel de la oclusión como el de la revascularización para planificación de cirugía vascular.
- El principal diagnóstico diferencial se establece con el Síndrome de Leriche.

BIBLIOGRAFÍA

1. García P, Esteban J, Montoro F, et al. Oclusión de aorta abdominal infrarrenal en paciente con enfermedad aterosclerótica. Imágenes en cirugía cardiovascular. Vol 22-Nº6; 333-334, Noviembre-Diciembre 2015. DOI: [10.1016/j.circv.2015.03.004](https://doi.org/10.1016/j.circv.2015.03.004)
2. Guan H, Acute total occlusion of abdominal aorta. Case study, Radiopaedia.org, Nov 2022. DOI: <https://doi.org/10.53347/rID-156192>
3. Marín J, Eulufi A, León P, Olguin R et al. Oclusión aórtica aguda: Una grave emergencia vascular de difícil manejo. Revista Chilena de Cirugía Vol 56-Nº4, Junio 2004; 380-384.
4. Scola F. Aortoiliac occlusive disease. Case study, Radiopaedia.org, Jan 2017. DOI: <https://doi.org/10.53347/rID-50543>
5. Martínez J, Díaz J, Luján V, et al. Enfermedad oclusiva aortoiliaca o syndrome de Leriche. Revista Colombiana de Cirugía 2017; 32: 214-22.
6. Fernández C, Mieres J, Rodríguez M, et al. Oclusión de la aorta abdominal infrarrenal. Reconstrucción endovascular con stent. Revista Argentina de cardiología Vol 76-Nº3, Mayo-Junio 2008.