

Fracaso renal anúrico asociado a trombosis de aneurisma gigante de aorta abdominal

Ana Esther Sirvent¹, María del Carmen Ojados-Hernández², Ana Ródenas¹, Ricardo Enríquez³, Gonzalo Martínez Fernández¹, Concepción Alcázar Fajardo¹, Fernanda Ramos Carrasco¹, Antonio Pérez-Pérez¹, Dolores Morales-Cano², Alberto Javier Andreu-Muñoz¹

¹Sección de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

³Nefrólogo sénior. Investigador independiente

NefroPlus 2021;13(2):63-65

© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 77 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y claudicación intermitente tratada mediante derivación aortobifemoral, que consulta por dolor abdominal y anuria de 2 días. Estaba diagnosticado, 15 años antes, de un aneurisma aórtico abdominal de 6,5 cm de diámetro; en el presente ingreso se evidencia la expansión de este y el efecto compresivo crónico sobre el riñón izquierdo. La tomografía computarizada con contraste revela la evolución de la trombosis del aneurisma y la hipoperfusión renal bilateral sin datos de infarto. Este caso ilustra las complicaciones nefrológicas en relación con la evolución natural de un aneurisma de aorta abdominal.

Palabras clave: Fracaso renal agudo. Aneurisma de aorta abdominal. Trombosis

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 77 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y claudicación intermitente tratada mediante derivación aortobifemoral, que consulta por dolor abdominal y anuria de 2 días.

Diagnosticado en otro hospital, 15 años antes, de un aneurisma aórtico abdominal (AAA) de 6,5 cm de diámetro, con un trombo excéntrico, el paciente rechazó la reparación quirúrgica. Ingresado 3 meses antes por molestias abdominales, la tensión arterial era de 126/82 mmHg en tratamiento con valsartán y diltiazem. La tomografía computarizada (TC) con contraste mostraba un AAA gigante en expansión (11 x 12 x 20 cm) con efecto compresivo en el riñón izquierdo (fig. 1A) que tenía vas-

cularización colateral; la arteria renal derecha se mantenía permeable (fig. 2A). También se observaba un trombo mural que ocupaba el 80% de la luz aórtica (fig. 1C). Fue dado de alta asintomático con una concentración de creatinina sérica de 1,3 mg/dl, en tratamiento conservador.

En el ingreso actual, la presión arterial se mantiene estable sin cambios en el tratamiento. En la exploración física destaca la ausencia de pulsos arteriales de miembros inferiores. Los hallazgos de laboratorio más relevantes son: urea de 73 mg/dl, creatinina sérica de 3,26 mg/dl, hemoglobina de 10,3 g/dl; plaquetas, coagulación, alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), lactato deshidrogenasa (LDH), troponina y proteína C-reactiva normales; ECG en ritmo sinusal. La ecografía Doppler no es concluyente en un enfermo poco colaborador. La TC sin contraste muestra un tamaño estable del aneurisma, sin signos de uropatía obstructiva. Se suspenden el valsartán y el diltiazem, se administra analgesia y se inicia hemodiálisis por anuria persistente. El TC con contraste revela una trombosis del AAA en progresión hasta la transición toracoabdominal; por debajo de este nivel no se observa ninguna arteria visceral (fig. 2B); el nefrograma demuestra hipoperfusión renal bilateral sin datos de infarto (fig. 1B y 1D), por lo que se diagnostica de trombosis aórtica con síndrome de mala perfusión

Correspondencia: Ana Esther Sirvent

Sección de Nefrología.

Hospital Universitario Reina Sofía.

Avda. Intendente Jorge Palacios, 1, 30003 Murcia.

anaesipe@gmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

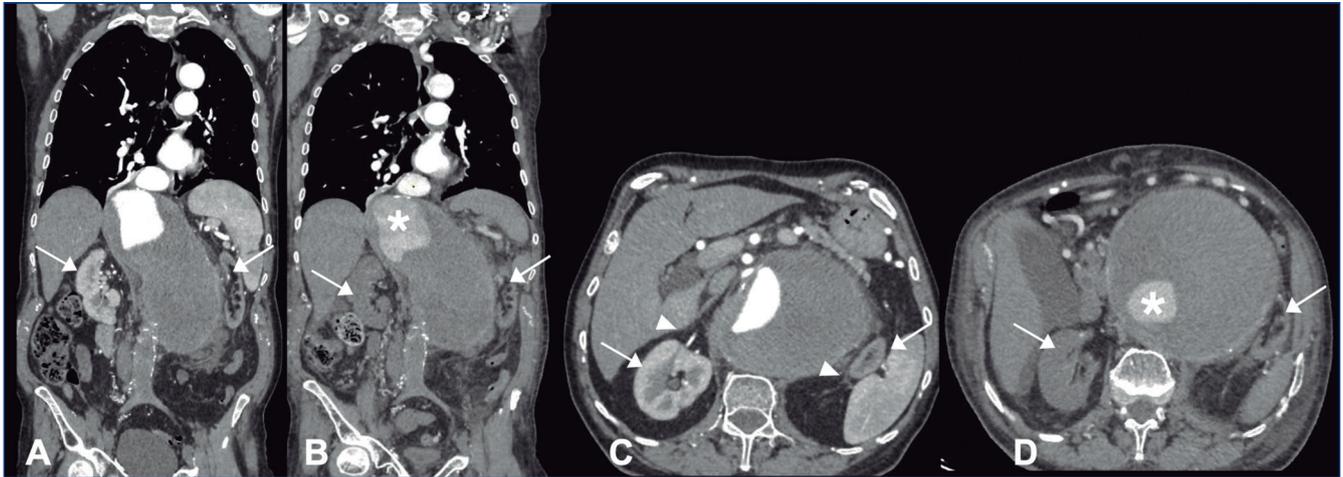


Figura 1. Angiografía por tomografía computarizada (TC) con reconstrucción de la aorta abdominal; proyecciones coronal y axial (A y C) al inicio del estudio y en el paciente anúrico (B y D), respectivamente. A) Angiografía por TC que demuestra trombosis del aneurisma aórtico abdominal y trombosis completa de la derivación aortobifemoral. La luz aórtica verdadera se realza con medio de contraste. El riñón izquierdo, más pequeño y muy comprimido, denota un realce de contraste diferente del derecho (flechas blancas). B) Obsérvese la diferencia de realce entre la aorta torácica con la disminución de la densidad de contraste en la luz aórtica verdadera debido a un trombo intraluminal parcial (asterisco blanco). C) Proyección axial. Aneurisma parcialmente trombosado con la luz aórtica realzada con medio de contraste. El riñón izquierdo más pequeño intensamente comprimido denota un realce de contraste diferente (flecha) del derecho (flecha); vascularización de ambos riñones (cabezas de flecha). D) Existe una disminución de la densidad de contraste en la luz aórtica verdadera debido a un trombo intraluminal parcial. Se observa hipoperfusión generalizada de vísceras y de ambos riñones.

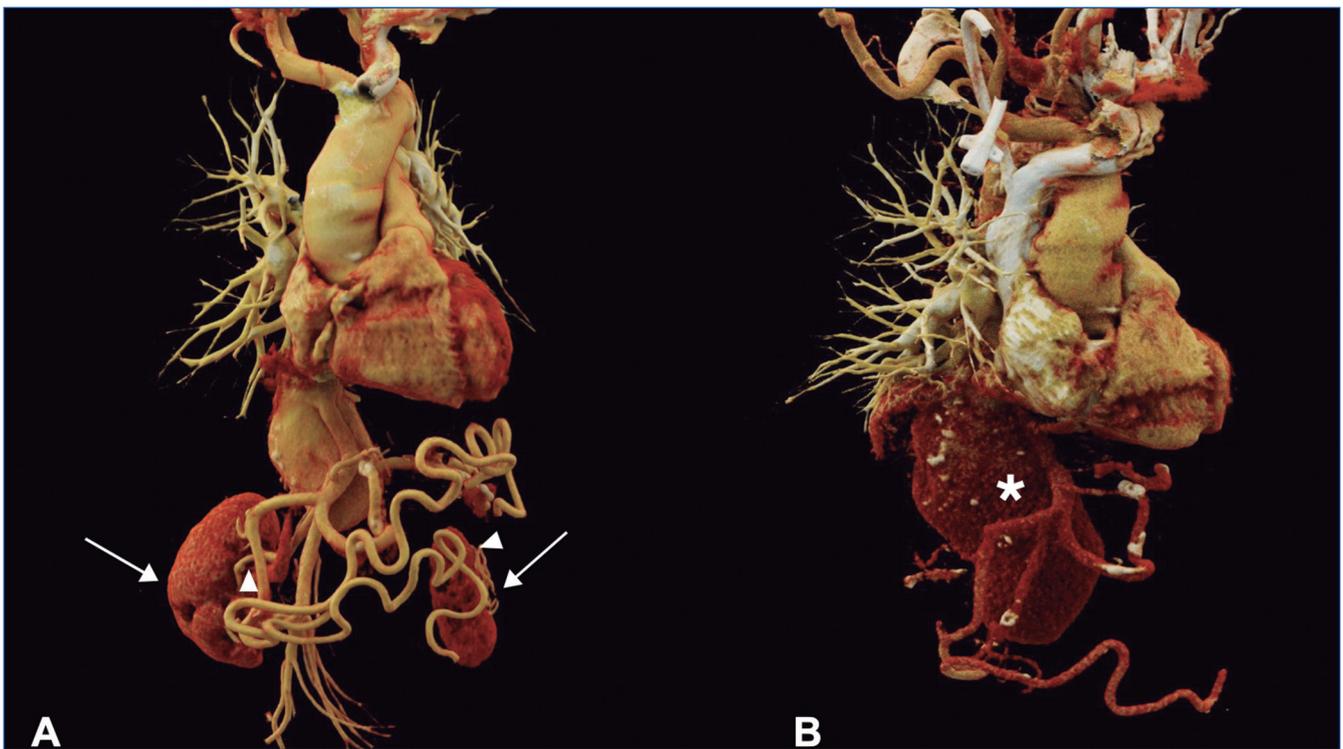


Figura 2. Angiografía por tomografía computarizada de reconstrucción volumétrica de la aorta abdominal al inicio del estudio (A) y en el paciente anúrico (B). A) Muestra aneurisma aórtico abdominal (AAA) gigante, normal opacificación renal derecha (flecha) y de la arteria renal derecha (cabeza de flecha). El riñón izquierdo es más pequeño, también está contrastado (flecha) y se observan arterias colaterales capsulares que lo irrigan (cabeza de flecha). B) Muestra AAA con trombosis en progresión (asterisco blanco) con flujo lento por debajo de la aorta torácica. Los riñones no se opacifican, tampoco la arteria renal derecha ni las arterias capsulares del riñón izquierdo.

visceral y renal. El paciente presenta dolor lumbar importante y mala tolerancia a la hemodiálisis; a petición suya y de la familia se remite a domicilio con tratamiento paliativo.

La trombosis aguda de un AAA es un evento raro y más infrecuente que la disección. Puede ser precipitada por diversos factores, como depleción de volumen, hipotensión arterial, estados de hipercoagulabilidad, tromboembolia cardiaca o embolización distal de un fragmento de un trombo mural proximal¹. La trombosis de un AAA puede complicarse con fracaso renal fundamentalmente por la progresión del trombo y oclusión de las arterias renales con o sin infarto, y por tromboembolia desde el trombo mural a los vasos colaterales². En este paciente se ilus-

tran las complicaciones nefrológicas en relación con la evolución natural del AAA. Inicialmente, sufrió la compresión del riñón izquierdo por el aneurisma; la función renal se mantuvo estable durante varios años a pesar de las proporciones del aneurisma. Finalmente, la extensión distal del trombo determinó hipoperfusión, sin infarto, del riñón derecho con anuria y deterioro de la función renal. No es posible descartar que, en este deterioro, haya desempeñado algún papel el antagonista del receptor de la angiotensina II.

Conflicto de intereses

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirose H, Takagi M, Hashiyada H, Miyagawa N, Yamada T, Tada S, et al. Acute occlusion of an abdominal aortic aneurysm--case report and review of the literature. *Angiology*. 2000;51:515-23. doi: 10.1177/000331970005100611.
2. Le Goff C, Ryckelynck JP, Levaltier B, Henri P, Lobbedez T, Hurault de Ligny B. Reversible acute renal failure following aortic thrombosis inducing bilateral renal-artery occlusive disease. *Nephrol Dial Transplant*. 1995;10:879-81.