



Lumbalgia y osteólisis vertebral como primera manifestación de un aneurisma de aorta abdominal

M.J. Pérez Galisteo, J.L. Pérez Fijo, F. Varela Ruiz, A. Gómez José, R. Rosado Donado

SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL VICTORIA EUGENIA. CRUZ ROJA ESPAÑOLA. SEVILLA.

RESUMEN

Exponemos el caso de un paciente que consulta por lumbalgia de un mes de evolución, de características osteo-musculares con escasa respuesta a tratamiento sintomático y que en un primer estudio radiológico muestra una amplia lesión osteolítica de vértebras lumbares L3 y L4, y masa abdominal calcificada con desplazamiento de aorta abdominal. Se inician nuevas pruebas complementarias como tomografía y resonancia magnética, demostrándose la existencia de un aneurisma de aorta abdominal, con hematoma crónico, que por pulsión ha erosionado gravemente L3 y L4 con la secundaria aparición de lumbalgia, motivo por el que acudió a urgencias. El diagnóstico definitivo se realizó mediante arteriografía de aorta. Se revisa la patogenia de la lesión y se discuten los métodos diagnósticos.

Palabras Clave: *Aneurisma de aorta abdominal. Lumbalgia. Osteólisis vertebral.*

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y de Atención Primaria^{1,2,3}, siendo en un 90% de curso benigno², generalmente secundarias a sobrecargas músculo-esqueléticas o a procesos degenerativos crónicos como la artrosis.

En la mayoría de los casos, en los servicios de urgencias el juicio clínico de lumbalgia se realiza por criterios clínicos, no siendo necesarios con frecuencia estudios analíticos ni radiológicos², iniciándose tratamiento sintomático, siendo remitidos con posterioridad a consultas de especialidades para estudio y diagnóstico definitivo.

ABSTRACT

Lumbar pain and spine erosions as the first sign of an abdominal aorta aneurysm

In the case of the patient with lumbar pain one month in development, we found a low response to symptomatic treatment, and that the first radiological study shows a wide osteolytic erosion of the lumbaric vertebrae L3 and L4, and a calcified abdominal mass with displacement of the abdominal aorta. New complementary studies like tomography and magnetic resonance have begun, demonstrating the existence of an aneurysm in the abdominal aorta, with chronic hematoma, that have gravely eroded L3 and L4 with a secondary appearance of lumbar pain, for which the patient came to the emergency room. The definitive diagnosis was realized through an arteriography of the aorta.

Key Words: *Abdominal aortic aneurysms. Lumbar pain. Spine erosions.*

La erosión de vértebras lumbares y lumbalgia secundaria debida a pulsión de un aneurisma aórtico es una extraña forma de manifestación clínico/radiológica de los mismos^{6,11}. Dada su potencial gravedad se deben incluir en el diagnóstico diferencial de toda lumbalgia con escasa respuesta a tratamiento convencional a pesar de la infrecuente correlación clínica entre el dolor lumbar y la existencia de afección aórtica^{6,11}.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años, fumador de 45 cigarrillos/día, con antecedentes personales de episodio de prostatitis un año antes, dislip-

mia sin tratamiento y úlcera duodenal en tratamiento esporádico con omeprazol, que acude a urgencias por cuadro de dolor lumbar de carácter mecánico de un mes de evolución, que irradia a hipogastrio y genitales, tratado inicialmente con AINEs y antineuríticos, sin presentar mejoría, que en la última semana cambia de características, aumentando de intensidad, haciéndose continuo y despertándolo por las noches.

En la exploración física presenta buen estado general, bien hidratado y perfundido, tensión arterial 140/75 mmHg, sin focalidad neurológica. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no se aprecian masas ni soplos. Dolor a palpación en apófisis espinosas lumbares con limitación a movilización lumbar activa y pasiva. Pulsos periféricos simétricos (algo más débiles en arterias pedias), sin edemas ni signos de trombosis venosa.

En la analítica destaca discreta leucocitosis sin neutrofilia, glucemia 121 mg/dl, encontrándose el resto del hemograma, bioquímica y estudio de coagulación dentro de la normalidad. En ECG destaca amputación de onda R en V1, V2 y aplanamiento de T en I y AVL. La radiografía lateral de abdomen (Figura 1) muestra masa retroperitoneal, con calcificación de aorta abdominal y osteolisis de cuerpos vertebrales L3 y L4. La ecografía abdominal confirmó la existencia de un aneurisma de aorta abdominal de 6 cm de diámetro máximo. En la tomografía computarizada (TC) se aprecia que el aneurisma tiene un trombo mural periférico que ha sangrado, acompañándose de un hematoma crónico, que desplaza ambos psoas y provoca lesiones osteolíticas por pulsión en la cara anterior de las cuerpos vertebrales.

La resonancia magnética de abdomen confirma el diagnóstico



Figura 1. Rx lateral de abdomen.

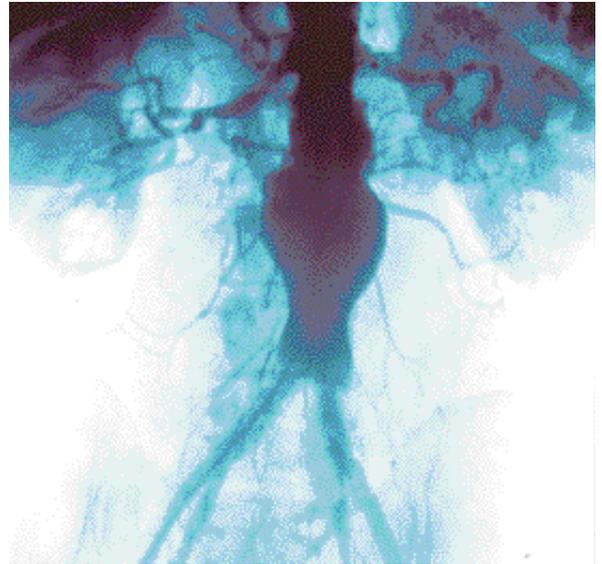


Figura 2. Aortografía abdominal.

de la TC, aunque plantea el diagnóstico diferencial con un aneurisma micótico o de etiología tuberculosa.

Finalmente se hizo aortografía abdominal (Figura 2) y arteriografía de miembros inferiores donde se aprecia aneurisma fusiforme que afecta a la aorta subrenal en su totalidad con diámetro máximo intraluminal de 6 cm. y estenosis proximal de arteria ilíaca interna con buen vaso distal.

El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos donde se controló la tensión arterial inicialmente con labetalol i.v. y posteriormente con IECAs v.o., manteniéndose en cifras de tensión sistólica inferiores a 110 mmHg.

Fue valorado por el servicio de Cirugía Cardiovascular indicando la necesidad de intervención, pero una vez estabilizado el paciente solicitó el alta voluntaria por motivos económicos para ser trasladado a su centro de referencia. Un mes después fue intervenido quirúrgicamente, falleciendo en el postoperatorio por fracaso multiorgánico.

DISCUSIÓN

El dolor de espalda es un motivo de consulta en urgencias muy frecuente: se estima que el 80% de las personas presentará dolor raquídeo en algún momento de su vida. La columna vertebral es una estructura compleja con múltiples orígenes de dolor, y al mismo tiempo protege estructuras nerviosas que pueden ser afectadas al desplazarse o lesionarse sus estructuras óseas ocasionando dolor. La mayor parte de los dolores de espalda son transitorios y no amenazan la vida del paciente² ni guardan relación con importantes lesiones estructurales; no obstante, hay que tener en



cuenta que, en raras ocasiones, ciertas enfermedades potencialmente mortales pueden manifestarse con dolor raquídeo².

En el caso presentado el paciente fue orientado como lumbalgia de carácter mecánico y tras fracasar el tratamiento y modificarse las características del dolor, acudió a urgencias donde se detectó el aneurisma.

Los aneurismas de aorta abdominal habitualmente son asintomáticos, y su rotura es la primera manifestación clínica en el 25% de los casos⁴. También pueden ser expansivos, en cuyo caso las manifestaciones clínicas pueden variar desde una lumbalgia con irradiación escrotal, que recuerda a un cólico nefrítico, hasta la existencia de algias abdominales inespecíficas.

El aneurisma roto generalmente constituye una situación de extrema gravedad, con frecuencia mortal (estimada en un 80-90%). Según la superficie rota y el grado de contención ejercida por las estructuras adyacentes, puede producirse un shock hipovolémico irreversible, con muerte súbita por paro cardíaco, o un shock hipovolémico moderado manteniéndose dentro de los límites hemodinámicos recuperables⁵.

En raras ocasiones, la ruptura es posterior y permanece sellada por el hematoma pudiendo mantenerse en esa situación durante años⁶, bien asintomáticos o bien con una amplia variedad de síntomas entre los que se incluye el dolor lumbar inespecífico⁷ o simular un síndrome de hernia discal y paraplejía^{8,9}, afectando sobre todo a pacientes generalmente normotensos¹⁰. En estos casos el diagnóstico puede ser difícil y retrasarse porque los pacientes se presentan con ambos tipos de síntomas, crónicos y atípicos^{11,12}. Del mismo modo, puede influir en esta dificultad diagnóstica el que se produzca erosión de la pared anterior de las vértebras lumbares, ya que amplía el diagnóstico diferencial a múltiples procesos entre los que destacan las metástasis óseas (carcinoma de pulmón¹³), tumores primitivos como el condrosarcoma¹⁴, espondilodiscitis avanzada¹⁵, o procesos reumáticos¹⁶ o infecciosos (abscesos fríos, tuberculosis osteoarticular¹⁷).

La patogenia de estas erosiones no está del todo clara, pues aunque se acepta que la acción mecánica ejercida sobre la vértebra por los movimientos pulsátiles del aneurisma es el mecanismo

fundamental, esta teoría parece insuficiente para tener en cuenta la totalidad de los aspectos anatomohistológicos lesionales, pues no parece haber relación entre el tamaño de la ectasia y el remodelado espinal.

Así, varios autores proponen teorías que incluyen desde la relación con trombosis de arterias vertebrales responsable de isquemia ósea vertebral fragilizante, asociado a alteración en el retorno venoso intraóseo¹⁵, hasta la necesidad de afectación séptica o metastásica en otros¹⁴.

Para el diagnóstico preciso de estos pacientes es necesaria una buena historia clínica y exploración física, acompañada de pruebas de imagen entre las que destacan la radiografía de columna lumbar en proyecciones anteroposteriores y laterales que muestran el estado de la columna y la presencia de masas calcificadas, la ecografía abdominal que permite apreciar la existencia del saco aneurismático y sus características (dimensiones, trombo intramural...) y, sobre todo la TC que permite valorar el origen y tamaño del saco aneurismático, su diámetro total y la luz real, la presencia de trombos y su relación con la salida de los troncos viscerales y si se hace con contraste, apreciar el calibre de la luz, la existencia de doble luz o de extravasación hemática y el estado del tejido perianeurismático⁵. La arteriografía convencional o de sustracción digital se hace una vez establecido el diagnóstico y permite apreciar sólo la luz permeable, pero no el tamaño real; sin embargo, nos ofrece información sobre afectación o no de las arterias renales o ilíacas, y sobre el estado y permeabilidad del lecho arterial distal, de suma importancia para la cirugía⁵.

La revisión de este caso nos obliga a tener presente en el diagnóstico diferencial de la lumbalgia la coexistencia de patología intraabdominal potencialmente grave, como el aneurisma de aorta abdominal, aunque sea poco frecuente, ya que con medios de bajo coste como una radiografía simple de abdomen en dos proyecciones o una ecografía abdominal (siempre dirigidas por la clínica y una buena exploración¹⁸), podemos descartar dicha patología o bien, ante signos de sospecha, orientar al paciente para la realización de pruebas más específicas que nos den un diagnóstico de certeza.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moya F, Grau M, Riesco N, Nuñez M, Brancos MA, Valdés M. Chronic low back pain: multispecialty assessment of 100 patients. *Aten Primaria* 2000;26: 239-44.
- 2- Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. *Am Fam Phys* 2000;61:1779-86,1789-90.
- 3- González Viejo MA, Condon Huerta MJ. Disability from low back pain in Spain. *Med Clin (Barc)* 2000;114:491-2.
- 4- Estevan Solano JM, Valle González A, Menéndez Pérez A. Epidemiología de los aneurismas de aorta abdominal. *Med Clin (Barc)* 1993;100:464-8.
- 5- Miquel Abbad C. Arteriopatías orgánicas ectasiantes. En: Rozman C, Ferreras P. *Medicina Interna*. 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1.995;1: 650.
- 6- Villegas-Cabello O, Siller J. Asymptomatic rupture of an aortoiliac aneurysm. *Tex Heart Inst. J* 1999;26: 219-22.
- 7- Gutowski P, Cnotliwy M, Trojnacka B, Szumilowicz G. Prolonged abdomi-

nal aortic aneurysm rupture penetrating the lumbar spine. *Wiad Lek* 1997;50:81-4.

8- Marsman JW. Risk of small field of view in lumbar spine computed tomography for assumed lumbar disc herniation: beware contained ruptured aortic aneurysm. *Australas Radiol* 1995;39: 153-8.

9- Tsolakis I, Korovessis P, Spastris P, Kakkos S, Androulakis J. Acute rupture of an aortic aneurysm mimicking the discus hernia syndrome. A case report. *Int Angiol* 1992;11:142-4.

10- Grevitt MP, Fagg PS, Mulholland RC. Chronic contained rupture of an aortic aneurysm mimicking infective spondylitis. *Eur Spine J* 1996;5:128-30.

11- Nakagawa Y, Masuda M, Shiihara H, Furukawa H, Hayashida N, Kasega-

wa H, Abe H, Okui K. A chronic contained rupture of an abdominal aortic aneurysm complicated with severe back pain. *Ann Vasc Surg* 1990;4:189-92.

12- Latif S, Wasti A, Grundy DJ, Isdale A, Iveson JM. Direct erosion of lumbar spine by an abdominal aortic aneurysm, resulting in paraparesis: unusual presentation. Case report. *Paraplegia* 1995;33:480-1.

13- Carruthers R, Sauerbrei E, Gutelius J, Brown P. Sealed rupture of abdominal aortic aneurysm imitating metastatic carcinoma. *J Vasc Surg* 1986; 4: 529-32.

14- Mason RJ, Lund RJ, Chung TS, Veller MG. An unusual cause of back pain in a patient with an abdominal aortic aneurysm. A case report. *S Afr J Surg* 1995;33:167-9.

15- Husson JL, Polard JL, Mehdi M, Roy-Camille R. Extensive pseudotumoral lumbar spine lesions of vascular origin. *Chirurgie* 1996;121:223-4.

16- Vandecandelaere M, Cotten A, Cortet B, Boutry N, Flipo RM. Abdominal aortic aneurysm. A rare cause of destructive lesions of the spine. *Rev Rhum Engl Ed* 1996;63: 296-9.

17- Auxina Ruiz V. Tuberculosis. En: Rozman C., Farreras P. *Medicina Interna*. 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1.995;II:2362.

18- Pérez Torres F, Morales Suárez-Varela M, Pérez Caballero P, Ybáñez García D, Llopis González A. The clinical history and physical examination in patients with chronic lumbar pain. Patient classification by a decision tree. *An Med Interna* 2000;17: 127-36.