

Hemoptisis masiva en paciente con pseudoaneurisma de aorta

J.M. González Ruiz, M.A. Sojo, J.A. Royo, M. Barrueco, M. Capurro y F. Gómez

Servicio de Neumología. Hospital Clínico de Salamanca.

Se presenta un caso de pseudoaneurisma aórtico arteriosclerótico no fistulizado ni fisurado en un paciente con hemoptisis masiva. La resección fue resolutoria y la brecha se reparó con parche de Dacrón. La tomografía axial computarizada (TAC) hizo sospechar el diagnóstico de pseudoaneurisma de aorta trombosado, que se visualiza en la angiografía digital y en la aortografía. En la literatura aparecen 89 casos de aneurismas aórticos torácicos no disecantes con hemoptisis objetivándose 72 fistulas aortobronquiales. Sólo en un caso se describe integridad de la pared aneurismática, sin fisura o rotura, a pesar de la hemoptisis. La ausencia de observación de fisura o rotura en nuestro caso puede explicarse por el retraso de 10 días desde el último episodio hemoptoico hasta la resección quirúrgica.

Arch Bronconeumol 1994; 30:212-214

Introducción

La hemoptisis masiva constituye un problema de especial gravedad en la práctica clínica por su difícil manejo terapéutico. Su definición, no consensuada, varía en la cantidad de sangre arrojada al exterior del árbol respiratorio entre 500 ml en episodio aislado a 1.000 ml en incrementos en varios días a ritmo de 150 ml/h¹⁻⁵. La situación clínica basal y la repercusión hemodinámica determinarán el pronóstico del enfermo.

Entre las causas de hemoptisis masivas, raramente se describen las fistulas broncovasculares o los aneurismas aórticos rotos. Se presenta un caso con presencia de pseudoaneurisma arteriosclerótico aórtico en un paciente con hemoptisis masiva.

Correspondencia: Dr. J.M. González Ruiz.
Arceidiano, 5. 37001 Salamanca.

Recibido: 1-7-1993; aceptado para su publicación: 29-7-1993.

Massive hemoptysis in a patient with false aneurysm of the aorta

We present a case of non-fistulated, non-fissured arteriosclerotic pseudoaneurysm of the aorta in a patient with massive hemoptysis. The condition was resolved by resection, with the breach repaired with a Dacron patch. The diagnosis of thrombotic false aneurysm of the aorta was suspected after inspection of the digital angiograph and aortograph obtained by computed axial tomography. A review of the literature revealed 89 cases of non-surgically removable thoracic aortic aneurysm with hemoptysis; 72 of these cases involved aorto-bronchial fistulas. In only 1 case was the wall of the aneurysm intact, showing no fissures in spite of hemoptysis. The absence of fissuring or tearing in our patient may be accounted for by the delay of 10 days between the last bout of hemoptysis and surgical resection.

Caso clínico

Mujer de 60 años con antecedentes personales de paludismo, metrorragias, epistaxis, coleditiasis, tromboflebitis e hipertensión arterial. El cuadro actual se remonta a 4 meses antes y se inició con astenia, anorexia y pérdida de peso. Un mes antes refería dolor retrosternal irradiado a cuello. Horas antes de su ingreso tuvo una hemoptisis de 500 ml que recidivó en menor cuantía días después. En la exploración física sólo se halló hepatomegalia discreta de 3 cm. La analítica, gasometría arterial y electrocardiograma eran normales. En la radiografía de tórax se advirtió una masa mediastínica superior izquierda de bordes bien definidos en contacto con cayado aórtico. La fibrobroncoscopia localizó restos hemáticos en bronquio del lóbulo superior izquierdo. La ecografía abdominal reveló existencia de litiasis biliar. En la TAC se evidenció dilatación de la porción descendente del cayado aórtico con signos de ateromatosis aórtica, que con contraste se formaba un realce periférico de la lesión, compatible con un pseudoaneurisma trombosado (fig. 1). La angiografía digital por sustracción mostraba una formación aneurismática en la parte posterior del arco aórtico. La ecocardiografía puso de manifiesto una discreta insuficiencia tricuspídea sin

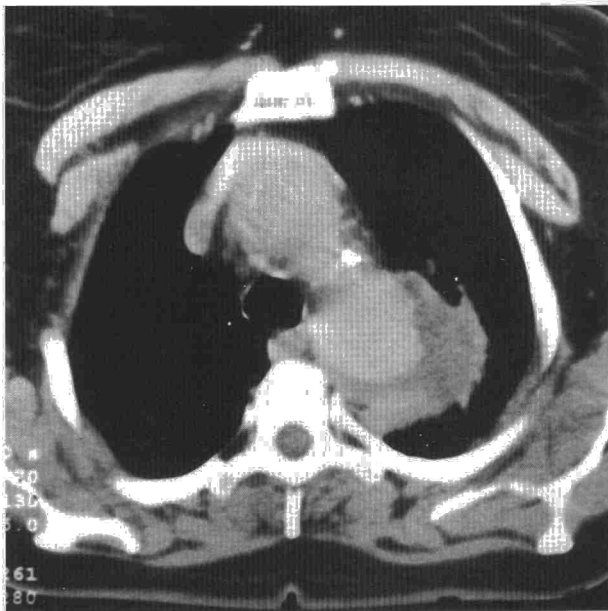
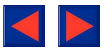


Fig. 1. TAC torácica que muestra pseudoaneurisma trombosado del cayado aórtico con signos de ateromatosis en la pared vascular.

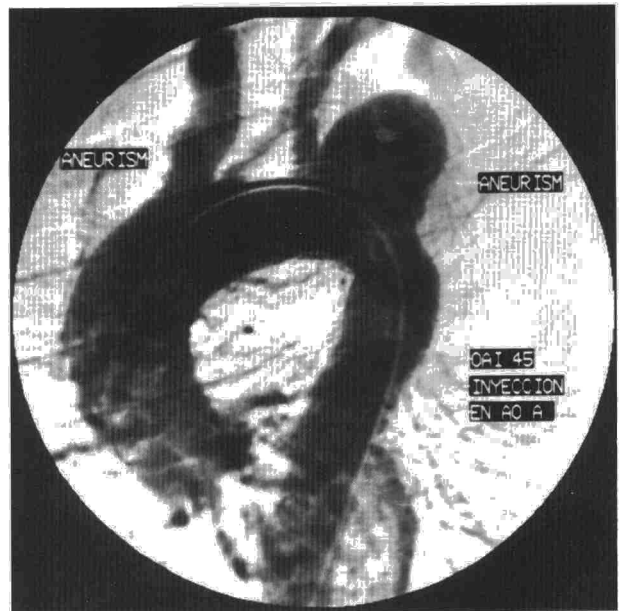


Fig. 2. Angiografía de la aorta y troncos supraaórticos donde se aprecia saco aneurismático en cayado aórtico de 4 x 5 cm, rodeado de una masa menos densa pulmonar. También se visualiza pequeño aneurisma en el origen del tronco innominado.

dissección aórtica. Se realizó angiografía por cateterismo por vía femoral que puso de manifiesto un gran saco aneurismático en cayado aórtico de 4 x 5 cm rodeado por una masa menos densa, posiblemente pulmonar, que se visualizó después de la salida de la arteria subclavia izquierda sin afectarla. También existía un pequeño aneurisma en el origen del tronco innominado (fig. 2). La paciente se sometió a extirpación del pseudoaneurisma del cayado aórtico reparándose la brecha aórtica con parche de Dacrón. El estudio anatomopatológico del mismo reveló arteriosclerosis. El postoperatorio se complicó con la presencia de neuritis periférica transitoria en miembro superior izquierdo.

Discusión

Entre 1969 y 1992 aparecen en la literatura (Medline y búsqueda manual seleccionada) 89 casos descritos de aneurismas aórticos torácicos no disecantes que presentan hemoptisis. Se objetivaron 72 fístulas aortobronquiales. En 3 casos, no traumáticos ni iatrogénicos, sólo existía rotura o fisura del aneurisma, sin disección, que justificaría la aparición de hemoptisis⁶⁻⁸. En sólo un caso de aneurisma tuberculoso se describe hemoptisis masiva sin presentar lesiones de rotura, disección, fístula ni manipulación quirúrgica⁹.

En la revisión de Macintosh¹⁰ sobre 64 casos de aneurismas con fístula bronquial, más del 80% afectan a la aorta torácica, siendo las causas principales de estos aneurismas posquirúrgicas y arterioscleróticas. En nuestro caso el origen fue este último en paciente hipertensa. En la fisiopatología de la fístula se implicaría la compresión traqueobronquial por el aneurisma que podría llevar a necrosis, inflamación crónica o

reacción de cuerpo extraño (sutura, etc.) que produciría adherencias al árbol traqueobronquial y posterior fístula¹⁰. Son más frecuentes en la aorta descendente y árbol bronquial izquierdo, hecho que coincide con nuestro caso. Las características clínicas más comunes son la hemoptisis recurrente y en algunos hemoptisis masiva, características ambas del presente caso. La sospecha diagnóstica debe hacerse ante hemoptisis y masa mediastínica. Los hallazgos radiológicos son poco específicos, aunque también se han descrito infiltrados pulmonares que pueden oscurecer el diagnóstico. La tomografía axial computarizada (TAC) es muy sensible para diferenciar el aneurisma de otras estructuras mediastínicas. Incluso la existencia de fístula se detectó en el 50% de los casos, manifestada como consolidación del pulmón adyacente al aneurisma¹⁰. En nuestro caso se sospechó ya pseudoaneurisma con trombo, sin poder descartar consolidación pulmonar subyacente. La angiografía se reserva especialmente con vista al preoperatorio. En pocos casos se objetivó una fístula bronquial¹¹.

En la pieza quirúrgica de nuestro caso no se encontró la presencia de trayecto fistuloso, ni fisura, describiéndose en la anatomía patológica sólo hallazgos compatibles con ateromatosis. Esto puede explicarse por la demora de 10 días en la intervención desde el último episodio de hemoptisis. La presencia de hemoptisis masiva junto a aneurisma aórtico sólo se justifica con rotura o fístula hacia el árbol bronquial, máxime descartando en este caso traumatismo torácico, bronquiectasias, tuberculosis o tumor. Estos episodios intermitentes de hemoptisis son explicados por la capacidad hemostásica del parénquima pulmonar y su



cantidad dependerá del tamaño de la fisura o fistula y de la lisis del coágulo. Se describe también parada cardiorrespiratoria tras episodios masivos de hemoptisis. En nuestro caso la evolución fue favorable excepto por la complicación menor de la neuritis del miembro superior izquierdo, hecho descrito con frecuencia¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang CT, Berger HW. Conservative management of life-threatening hemoptysis. *Mount Sinai J Med* 1978; 45:329-333.
2. Crocco JA, Rooney JJ, Fankushen DS, Dibenedetto RJ, Lyons HA. Massive hemoptysis. *Arch Intr Med* 1968; 121:495-498.
3. Conlan AA, Hurwitz SS, Krige L, Nicolau N, Pool R. Massive hemoptysis. *J Throac Cardiovasc Surg* 1983; 85:120-124.
4. Bredin CP, Richardson PR, King TKC. Treatment of massive hemoptysis by combined occlusion of pulmonary and bronchial arteries. *Am Rev Respir Dis* 1978; 117:969-973.
5. Thompson AB, Teschler H, Rennard SI. Pathogenesis, evaluation, and therapy for massive hemoptysis. *Clin Chest in Medicine* 1992; 13:69-82.
6. Ramakantan R, Shah P. False aneurysm secondary to aortic cannulation rupture into lung with fatal hemoptysis during aortography. *Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 37:322-323.
7. Gohra H, Seyama A, Furukawa S, Oda T, Esato K. Successful management of a ruptured infected aneurysm of the thoracic aorta: report of a case (abstrac). *Kyobu Geka* 1990; 43:1.084-1.087.
8. Yamada T, Ueda M, Iemura J, Ando F. Successful surgical treatment of ruptured thoracic aortic aneurysm into the lung (abstrac). *Kyobu Geka* 1990; 43:763-766.
9. Sezaki T, Tanji T, Saai I, Nishiya K, Irino S. Nippon Rinsho. Successful diagnosis and surgery in a case of tuberculous aneurysm of the descending thoracic aorta with major symptoms of hemoptysis and tumorous shadow of the thoracic region (abstrac). *Nippon Rinsho* 1971; 29:1.586-1.593.
10. MacIntosh EL, Parrott JC, Unruh HW. Fistulas between the aorta and tracheobronchial tree. *Ann Thorac Surg* 1991; 51:515-519.
11. Posniak HV, Demos TC, Marsan RE. Computed tomography of the normal aort and thoracic aneurysms. *Semin Roentgenol* 1989; 24:7-21.