

Carta al Director

Felipe Sáinz¹
María Noelia Alonso¹
José Barberán²
Manuel Fernández-
Domínguez
Antonio Pérez-Piqueras¹

Aneurisma ilíaco solitario y test FTA-Abs positivo

¹Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Central de la Defensa, Gómez Ulla, Madrid.

²Hospital Madrid Universitario Montepríncipe, Universidad CEU San Pablo, Madrid

Sr. Editor: la sífilis vascular ocurre en el 5-10% de los pacientes no tratados con una sífilis terciaria. Da lugar a la formación de aneurismas, la mayor parte saculares. La mitad de ellos afectan a la aorta ascendente. Presentamos una infrecuente asociación entre aneurisma ilíaco solitario y FTA-Abs (+).

Varón de 92 años, sin factores de riesgo cardiovascular. Aqueja dolor abdominal leve y anorexia de varios meses de evolución. Se le realiza ecografía abdominal detectándose como único hallazgo aneurisma ilíaco derecho de 7 cm de diámetro máximo. Un angioTC tóraco-abdomino-pélvico lo confirma. Se trata de un aneurisma de morfología sacular, dependiente de arteria iliaca primitiva derecha, próximo a bifurcación aórtica. El estudio óseo no revela patología lumbosacra. No hay signos de endocarditis infecciosa en estudio ecocardiográfico. Los hemocultivos, urocultivo y coprocultivo son negativos. Las seroaglutinaciones para *Salmonella* (S. Tiph y O; S. Paratyph A y B) negativas. La detección de antígeno neumocócico en orina negativo. En estudio serológico positividad del test FTA-Abs, con VDRL indetectable. En la punción de LCR, VDRL negativa. En la anamnesis dirigida no refiere síntomas ni tratamiento de sífilis. Al tratarse de un paciente de alto riesgo quirúrgico y que el *Treponema pallidum* no es una bacteria altamente virulenta se opta por tratamiento endovascular programado y penicilina G benzatina 2,4 MUI i.m. semanal durante 3 semanas. El seguimiento se realiza con angioTC al mes, 6, 12, 24 y 36 meses (figura 1), evidenciándose la ausencia de fugas y una disminución del calibre aneurismático, como resultado de la adecuada exclusión del aneurisma. El paciente se encuentra asintomático en la actualidad.

La aortitis luética fue una causa frecuente de aneurisma de aorta torácica, afectando a raíz aórtica. Hoy en día, sigue siendo una rara causa de aneurismas, sin embargo aumenta la comunicación de nuevos casos, en especial relación con la infección por VIH^{1,2}. Suele observarse en edades comprendidas entre los

40-55 años, aunque hemos encontrado casos documentados en paciente octogenarios³. El diagnóstico puede perderse si los primeros síntomas son leves y transitorios. Se notifican también aneurismas luéticos aislados de troncos supraaórticos⁴. Existen casos publicados con afectación de la aorta abdominal^{5,6}, pero la mayoría de ellos con afectación simultánea de la aorta torácica. Tan sólo hemos identificado un caso de aneurisma aislado de arteria iliaca interna sobre una cadena de Charcot⁷, en el probable contexto postraumático o de infección por contigüidad. La anatomía patológica de la aortitis sífilítica, que obviamente no resulta posible en nuestro caso, mostraría necrosis focal, infiltración linfocitaria y depósitos de calcio en la capa media. La fisiopatología del aneurisma luético consiste en que la espiroqueta coloniza pared arterial sana, a la que accede a través de los vasa vasorum. El paso siguiente, un proceso de aterosclerosis acelerada con formación de aneurismas⁸. A la inversa de lo que ocurre en la arteritis microbiana aneurismática, donde el germen asienta sobre la placa de ateroma. Por otro lado, la incidencia del aneurisma ilíaco aislado es inferior al 2% de los aneurismas de aorta abdominal. Característicamente tienen probabilidades más altas de rotura que los aneurismas aórticos. Ciertos autores⁹ relacionan esta probabilidad con diferentes etiologías para esta entidad frente a los aneurismas de aorta que en su mayoría van a ser de origen aterosclerótico. No son pocas las ocasiones en que aneurismas aislados en localizaciones poco habituales, por ejemplo arteria femoral superficial¹⁰, son etiquetados de ateroscleróticos, a pesar de ausencia de aterosclerosis difusa, a falta de evidencia de sífilis, causa infecciosa, inmunológica, inflamatoria o trastorno del tejido conectivo.

La semiología radiológica clásica de aneurisma infeccioso presente en nuestro caso, la especificidad del test FTA-Abs (+), la rareza del aneurisma ilíaco solitario y las hipótesis sobre su especial etiología, sirven para apoyarnos en el diagnóstico de aneurisma luético ilíaco aislado.

Correspondencia:
María Noelia Alonso Gómez
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Central de la Defensa, Gómez Ulla,
Madrid.
E-mail: nelinew@hotmail.com

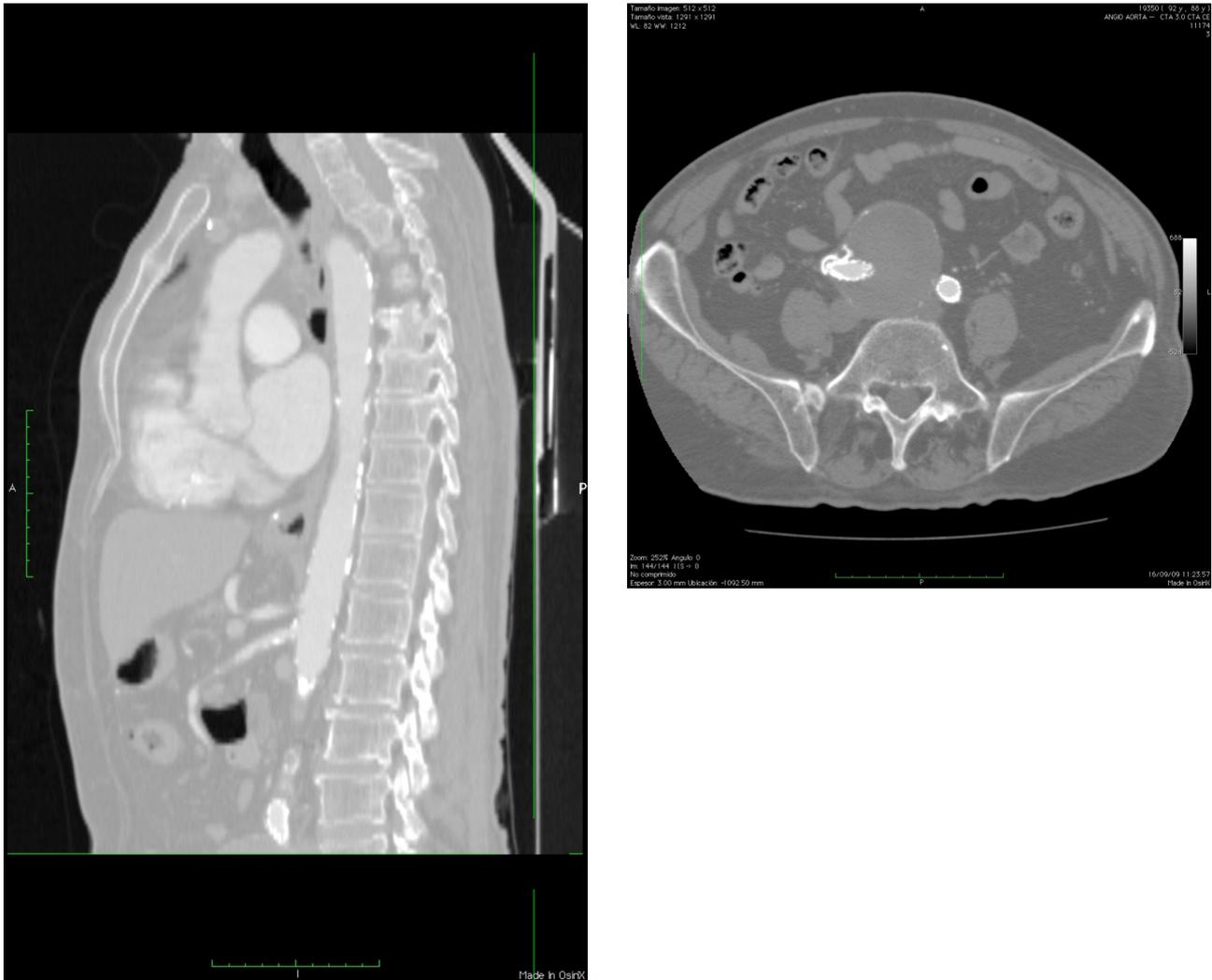


Figura 1 (A) AngioTC torácico. Sagital. Aorta torácica sin signos de aortitis sifilítica (B) AngioTC pélvico. Axial. Endoprótesis bifurcada EXCLUDER® 23 x 12 x 12 excluyendo el aneurisma iliaco derecho. Se observa la morfología asimétrica del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cataño JC, Ramirez IC. Syphilitic Aortic Aneurysm in a Young HIV-Infected Man: Case Presentation. *Case Rep Infect Dis* 2011; 2011:935271
- Gowland PA, Musleh G, Koukis I, McLaughlin KE. Syphilitic aneurysm. *Int J STD AIDS*. 2010 Mar; 21:222-3
- Bossert T, Battellini R, Kotowicz V, Falk V, Gummert JF, Mohr FW. Ruptured giant syphilitic aneurysm of descending aorta in an octogenarian. *J CardSurg* 2004; 19:356-7
- Lin CM. Left subclavian artery aneurysm secondary to syphilitic arteritis presenting with a right ischemic cerebellar infarction. *Neurol India* 2009; 57: 344-6.
- Cina G, Ferrante AM, Carbone A, Tullo, Casale S, Viola G. Syphilitic aneurysm of the abdominal aorta *Eur J Dermatol* 1999; 9:399-401.
- Marconato R, Inzaghi A, Cantoni GM, Zappa M, Longo T. Syphilitic aneurysm of the abdominal aorta: report of two cases. *Eur J Vasc Surg* 1988; 2:199-203.
- Boynton EL, Paley D, Gross AE, Silverstein E, Goldberg MR. False aneurysm in a Charcot hip. Report of a case. *J Bone Joint Surg Am* 1986; 68:462-4
- Ruiz-Grande F, Magallón-Ortín P, Jiménez-Cossío JA. Aneurismas infecciosos. En: Estevan-Solano JM. *Tratado de Aneurismas*. Ed. Uriach & Cía, SA. Barcelona; 1997
- Descottes J, Brudon JR, et al. L'anéurysm des artères iliaques, une entité anatomo-clinique? *Chirurgie*, 1990; 116:130-5
- Rigdon EE, Monajjem N. Aneurysms of the superficial femoral artery: a report of two cases and review of the literature. *J Vasc Surg* 1992; 16: 790-3.