

“TROMBOS FLOTANTES AÓRTICOS: DETECCIÓN RÁPIDA POR IMAGEN, CLAVE PARA UN BUEN PRONÓSTICO”

Maria del Mar Rogles Jiménez, Cristina Ponce Balaguer,
Miriam Onecha Vallejo, Jonathan Murillo Abadía,
Julio Pérez Dublang, María Moreno Barrero

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, ES.

OBJETIVO DOCENTE

- Revisar los hallazgos radiológicos característicos de los trombos flotantes aórticos en la angiografía por tomografía computarizada.
 - Reconocer los trombos flotantes aórticos como causa de embolización sistémica.
 - Revisar la afectación multiorgánica secundaria.
 - Destacar la importancia del diagnóstico precoz por imagen y el papel del radiólogo, dada la elevada morbimortalidad asociada y el impacto en el pronóstico.
-

REVISIÓN DEL TEMA

- Los trombos flotantes aórticos se definen como formaciones trombóticas intraluminales parcialmente adheridas a la pared aórtica y con un extremo libre en la luz vascular, lo que confiere un alto potencial embolígeno.
 - Esta morfología favorece la inestabilidad mecánica del trombo, incrementando el riesgo de embolización sistémica, que puede afectar a territorio cerebral, visceral (mesentérico, hepático, esplénico, renal) y periférico.
 - Se trata de una entidad poco frecuente pero potencialmente letal, especialmente cuando aparece en ausencia de aneurisma o aterosclerosis significativa, contexto en el que suele asociarse a estados protrombóticos subyacentes.
 - En la aorta torácica, las localizaciones más habituales incluyen el istmo aórtico y la porción distal del cayado aórtico, especialmente en el lado opuesto al origen de la arteria subclavia.
-

- La **angio-TC** constituye la técnica de elección, ya que permite:
 - Identificar defectos de repleción endoluminales
 - Determinar localización y extensión
 - Evaluar el grado de fijación a la pared
 - Detectar complicaciones embólicas asociadas
 - El diagnóstico precoz es clave, dado que el pronóstico depende directamente de la rapidez en su identificación y manejo.
 - El manejo de los trombos flotantes aórticos debe instaurarse de forma precoz por su elevado potencial embolígeno. El tratamiento de primera línea es la anticoagulación sistémica, con consideración de fibrinólisis en casos seleccionados. Las estrategias invasivas, tanto quirúrgicas como endovasculares, quedan reservadas para fracaso del tratamiento médico, recurrencia embólica o morfología trombótica de alto riesgo.
-

Presentación del caso

- Paciente de 65 años, institucionalizado, remitido a Urgencias por dolor abdominal de inicio brusco, continuo, de predominio epigástrico, irradiado a ambos hipocondrios y espalda, acompañado de sudoración. No presentaba fiebre, náuseas ni vómitos. Desde el inicio del cuadro, anuria.
 - Antecedentes de isquemia arterial aguda de un miembro inferior, tratada inicialmente mediante trombectomía por abordaje transpoplíteo, con evolución desfavorable hacia isquemia crítica irreversible que precisó amputación supracondílea, además de eventos trombóticos previos (trombosis esplénomesentérica y portal), sospecha de síndrome antifosfolípido, y fístula colovesical conocida.
 - A la exploración, el paciente se encontraba consciente y orientado, con palidez mucocutánea y sudoración. Presentaba ruidos cardiacos apagados, murmullo vesicular conservado y un abdomen globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Además, se objetivó globo vesical.
-

Hallazgos en el angio-TC

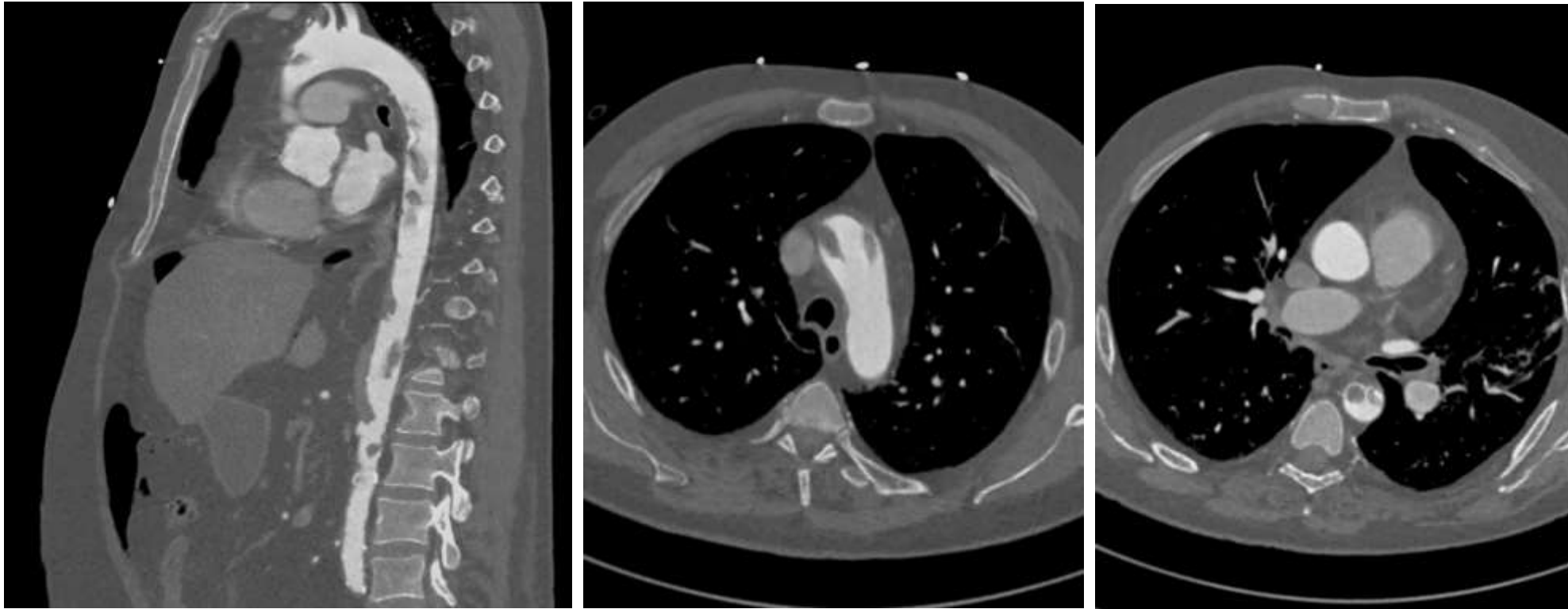


Figura 1. Múltiples trombos intraluminales flotantes a nivel del cayado aórtico, aorta torácica ascendente y descendente y aorta abdominal, con diferentes morfologías.

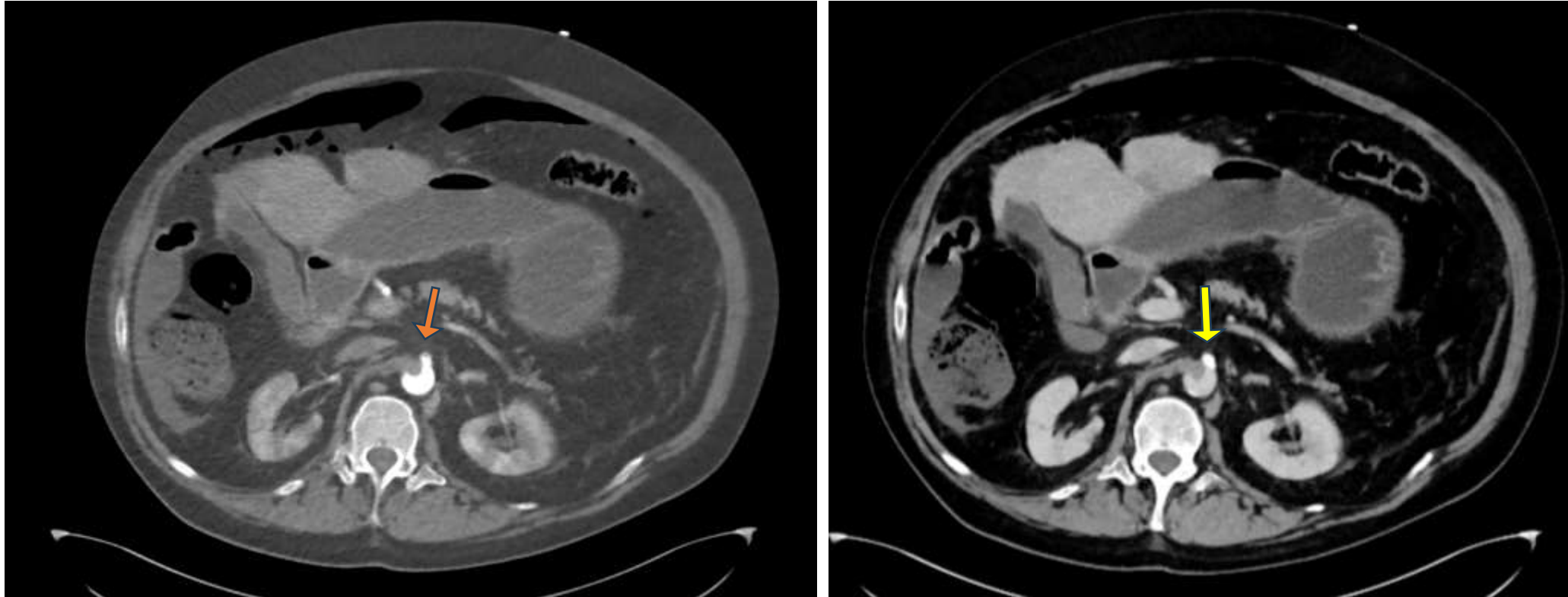


Figura 2. Trombosis en el origen de la AMS parcialmente oclusiva. Defecto de repleción intraluminal en la arteria mesentérica superior en relación con trombo arterial (flecha naranja). Adyacente al mismo, se observa una placa de ateroma calcificada (flecha amarilla).

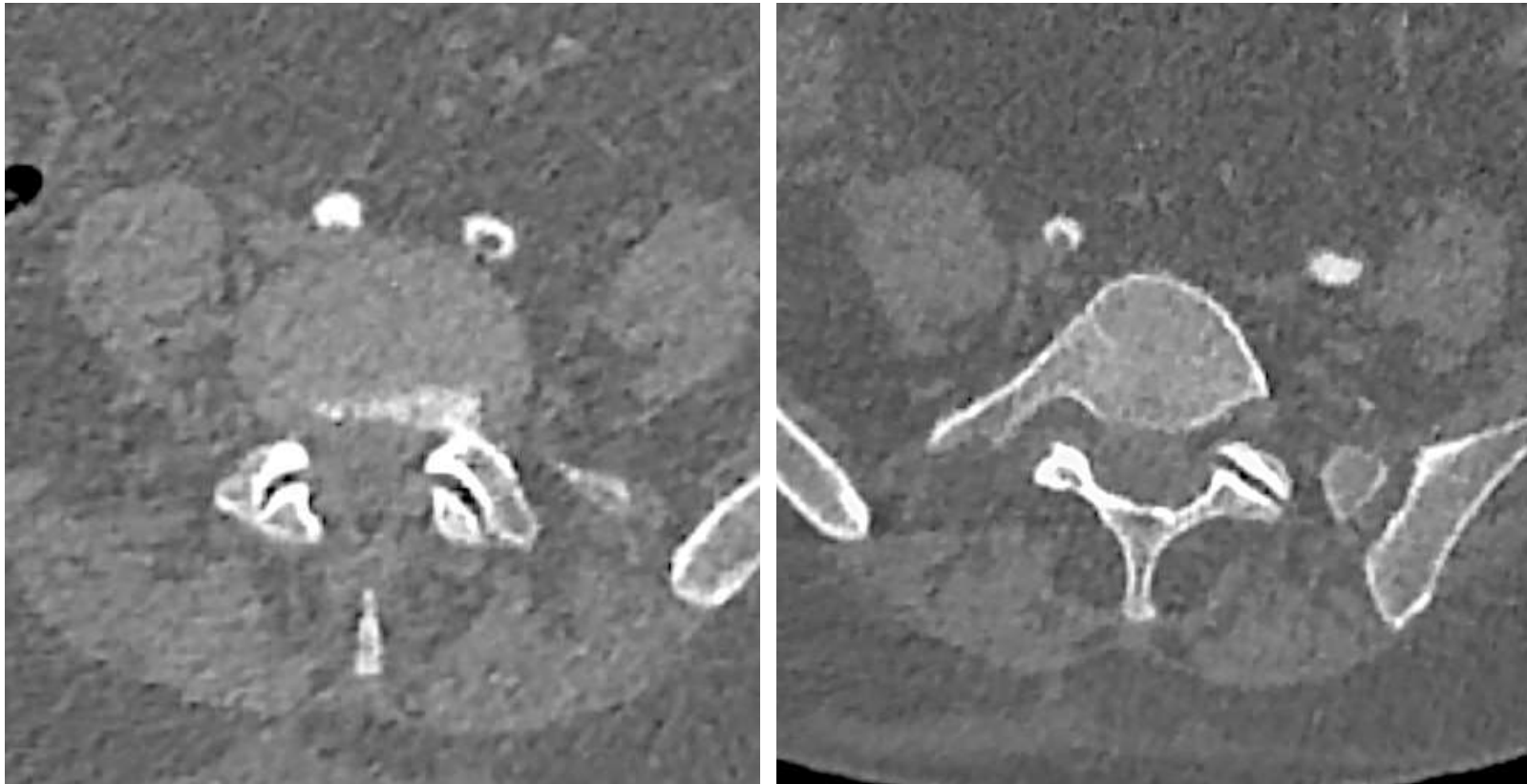


Figura 3. Oclusión parcial de ambas arterias ilíacas.

Complicaciones embólicas

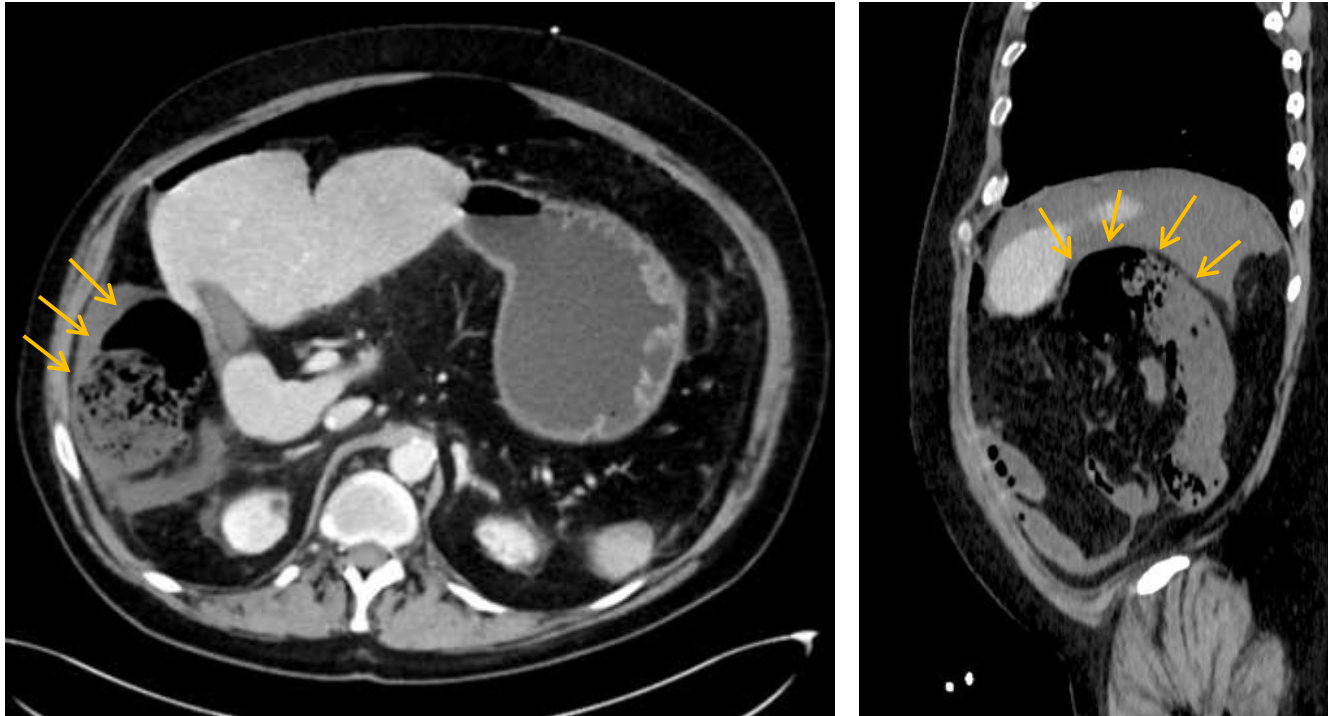


Figura 4. Isquemia intestinal con perforación de víscera hueca. Dilatación de algunas asas de intestino delgado con disminución del realce parietal (flechas amarillas) en relación con isquemia arterial aguda.

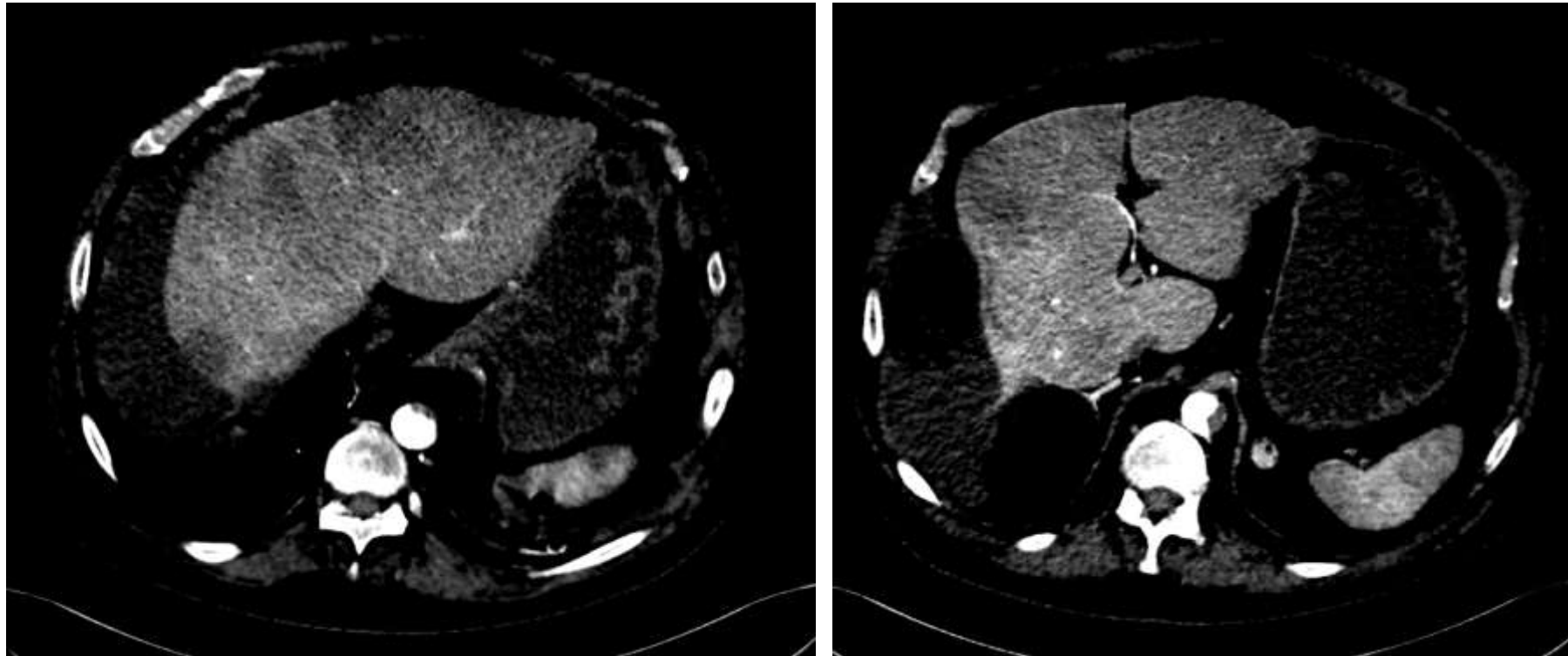


Figura 5. Infartos hepáticos. Áreas hipodensas periféricas hepáticas en segmento VII en cúpula y a nivel posterior que podrían corresponder con áreas isquémicas.

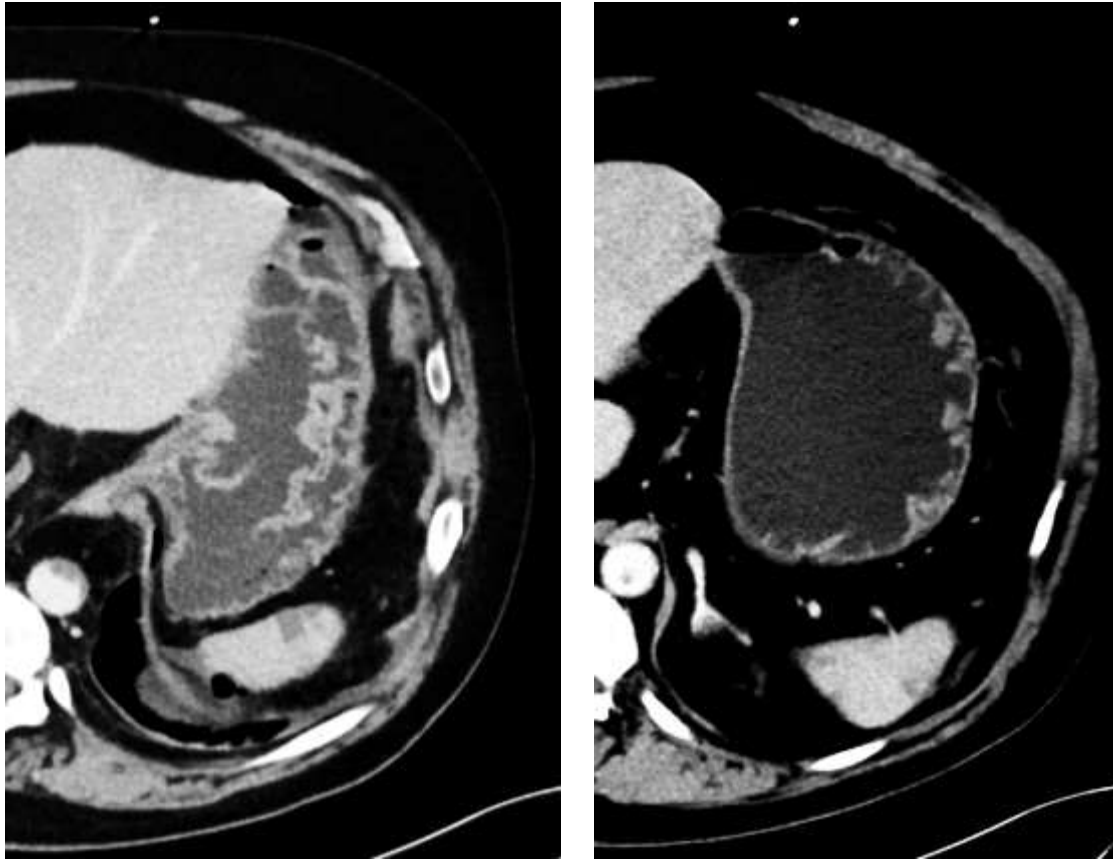


Figura 6. Infartos esplénicos. Áreas focales hipodensas esplénicas, la más significativa en el polo superior, en relación con infartos esplénicos.

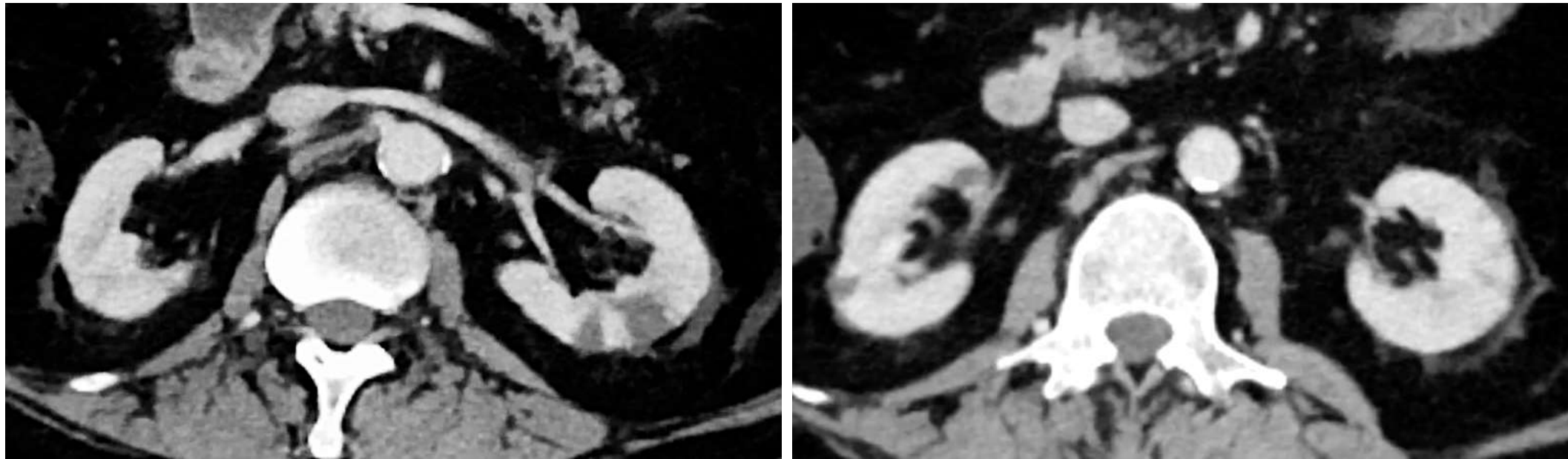


Figura 7. Infartos renales. Ambos riñones muestran áreas hipodensas triangulares mesorrenales que sugieren infartos isquémicos renales.

Otros hallazgos

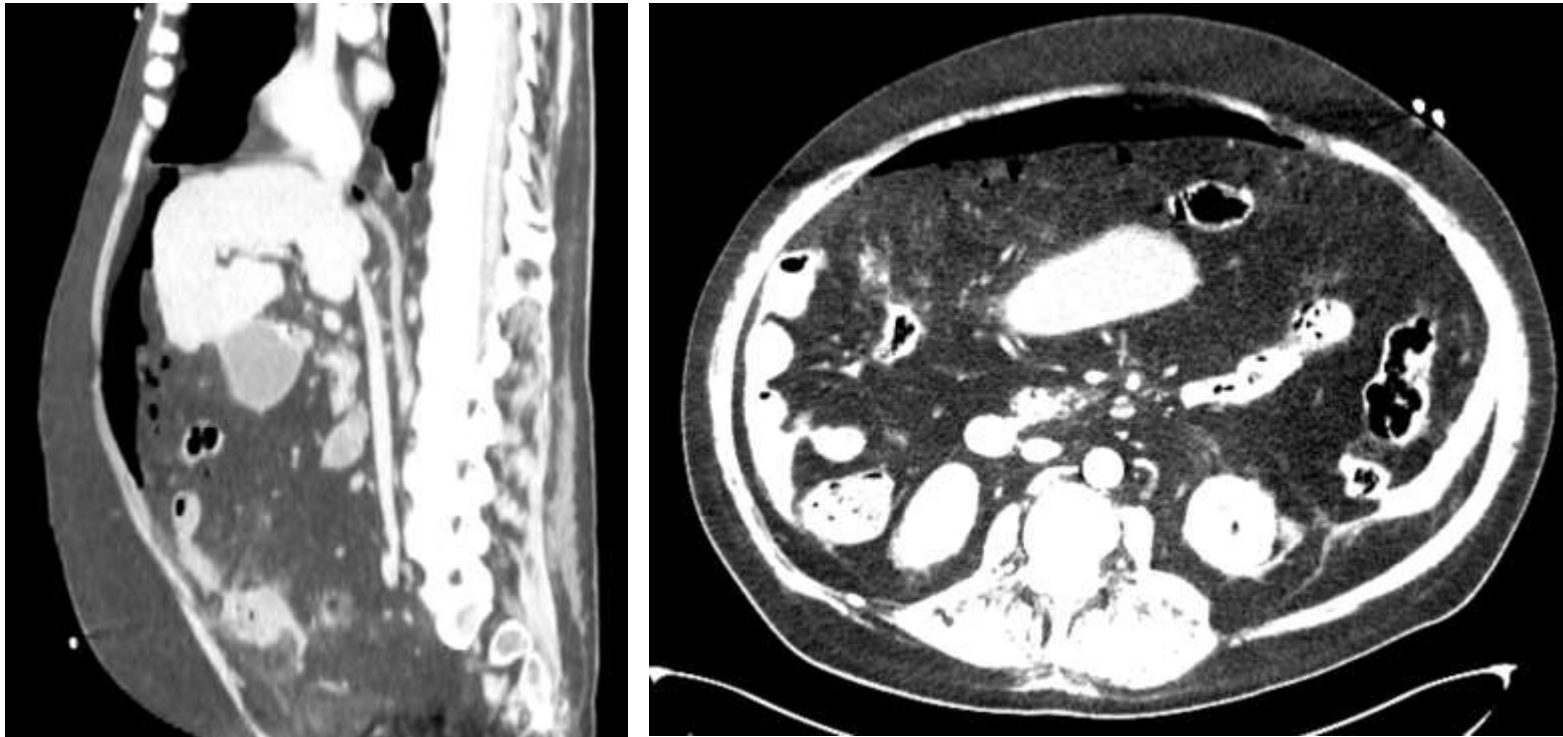


Figura 8. Neumoperitoneo, evidenciado por la presencia de gas libre intraperitoneal.

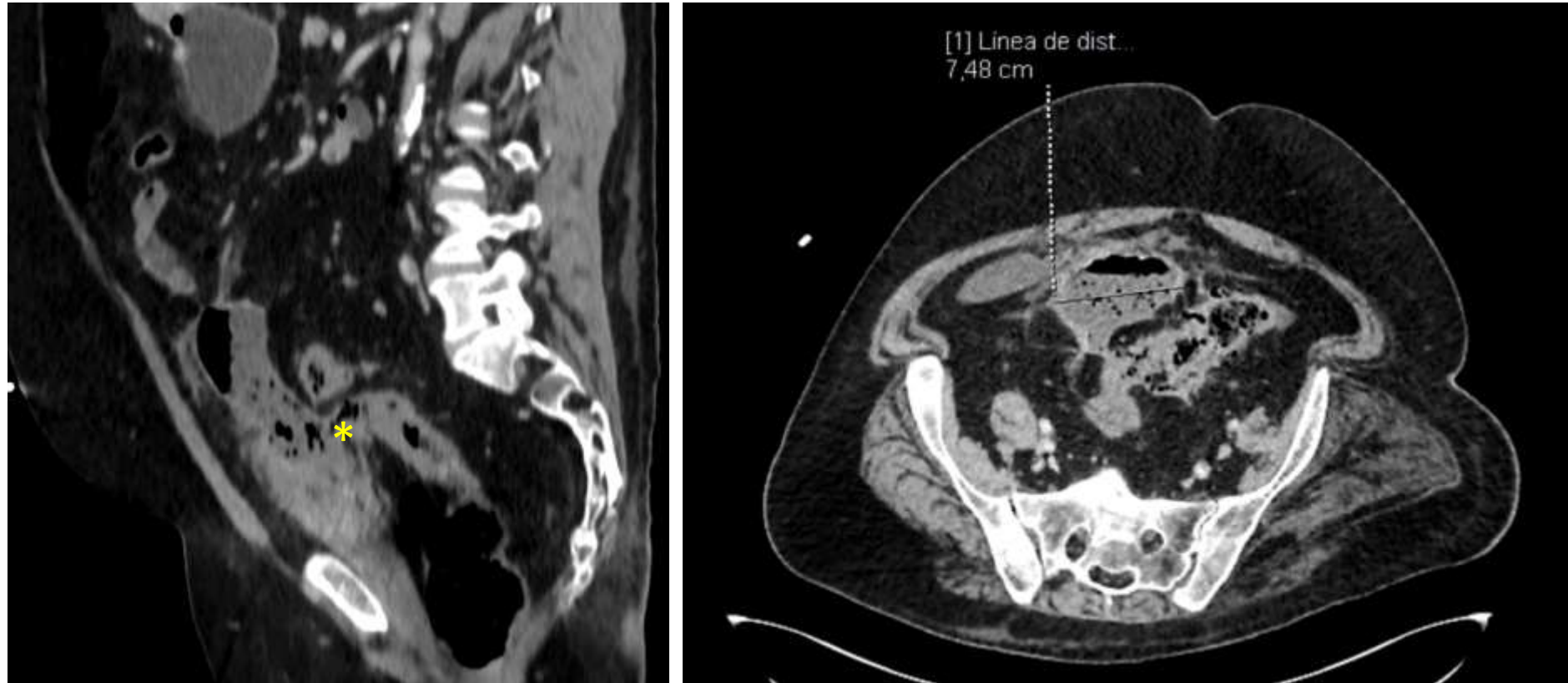


Figura 9. Trayecto fistuloso (*) entre sigma y colección con contenido aéreo/fecaloideo con cambios inflamatorios y líquido libre asociado.

Evolución

- Desarrollo de shock séptico
- Cirugía urgente:
 - Peritonitis fecaloidea
 - Necrosis vesical
 - Colostomía derivativa
- Inestabilidad hemodinámica persistente
- Ingreso en UCI
- Pronóstico desfavorable

CONCLUSIONES

- Los trombos flotantes aórticos son una causa infrecuente pero grave de embolización sistémica.
 - El caso presentado destaca por la extensa distribución del trombo (aorta torácica y abdominal), la embolización multiorgánica y la presencia de antecedentes trombóticos, lo que sugiere un posible estado protrombótico subyacente no completamente caracterizado.
 - La angio-TC desempeña un papel fundamental, permitiendo un diagnóstico rápido, la evaluación de complicaciones y la planificación terapéutica.
 - Debe sospecharse esta entidad ante embolismos múltiples de origen no filiado, dado que se asocia a alta morbilidad y mortalidad por afectación multiorgánica.
 - Un enfoque multidisciplinar precoz es esencial para optimizar el manejo y mejorar el pronóstico.
-

BIBLIOGRAFÍA

1. Noh TO, Seo PW. Floating thrombus in aortic arch. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;46:464–6.
 2. Tsilimparis N, Hanack U, Pisimisis G, et al. Thrombus in the non-aneurysmal, nonatherosclerotic descending thoracic aorta—an unusual source of arterial embolism. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011;41:450–7.
 3. Kim SD, Hwang JK, Lee JH, et al. Free floating thrombus of the aorta: an unusual cause of peripheral embolization. J Korean Surg Soc. 2011; 80:204–11.
 4. John SH, Kim NH, Lim JH, et al. Floating thrombus in the aortic arch: a case report. Korean Circulation J. 2005;35:180–2.
 5. Meyermann K, Trani J, Caputo FJ. Descending thoracic aortic mural thrombus presentation and treatment strategies. Vas Surg. 2017;66:931–6.
-