

Caso	(155) Aneurisma inflamatorio de aorta abdominal en la urgencia
Autores	Elena María Molina Terrón, Susana Gallego García, Sara Serrano Martínez, Enrique Díaz Gordo, Francisco Damián Salamanca, Rodrigo Blanco Hernández
Centro	Complejo Asistencial De Zamora

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 58 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal irradiado a espalda de unas horas de evolución. A la exploración física se palpa una masa abdominal pulsátil en mesogastrio. Ante la sospecha de patología aórtica aguda se le realiza una angioTC de aorta toracoabdominal, en la que se confirma la presencia de un aneurisma de aorta abdominal que se extiende desde el origen de las arterias renales hasta la bifurcación aortoiliaca, con trombo mural de hasta 37 mm, sin signos de rotura asociados.

Llama la atención la existencia de un extenso componente de tejidos blandos rodeando las vertientes anterior y lateral del aneurisma, contactando con la tercera y cuarta porciones duodenales, y con probable compromiso de la arteria renal derecha, objetivándose una disminución de la perfusión del riñón derecho, hallazgos en relación con extensos cambios inflamatorios periaórticos.

DISCUSIÓN

El aneurisma inflamatorio de aorta abdominal es una entidad poco frecuente que representa un 3-10% de todos los aneurismas de aorta abdominal¹. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal inespecífico irradiado a espalda y región lumbar, anorexia, pérdida de peso, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y masa abdominal pulsátil^{1,2}.

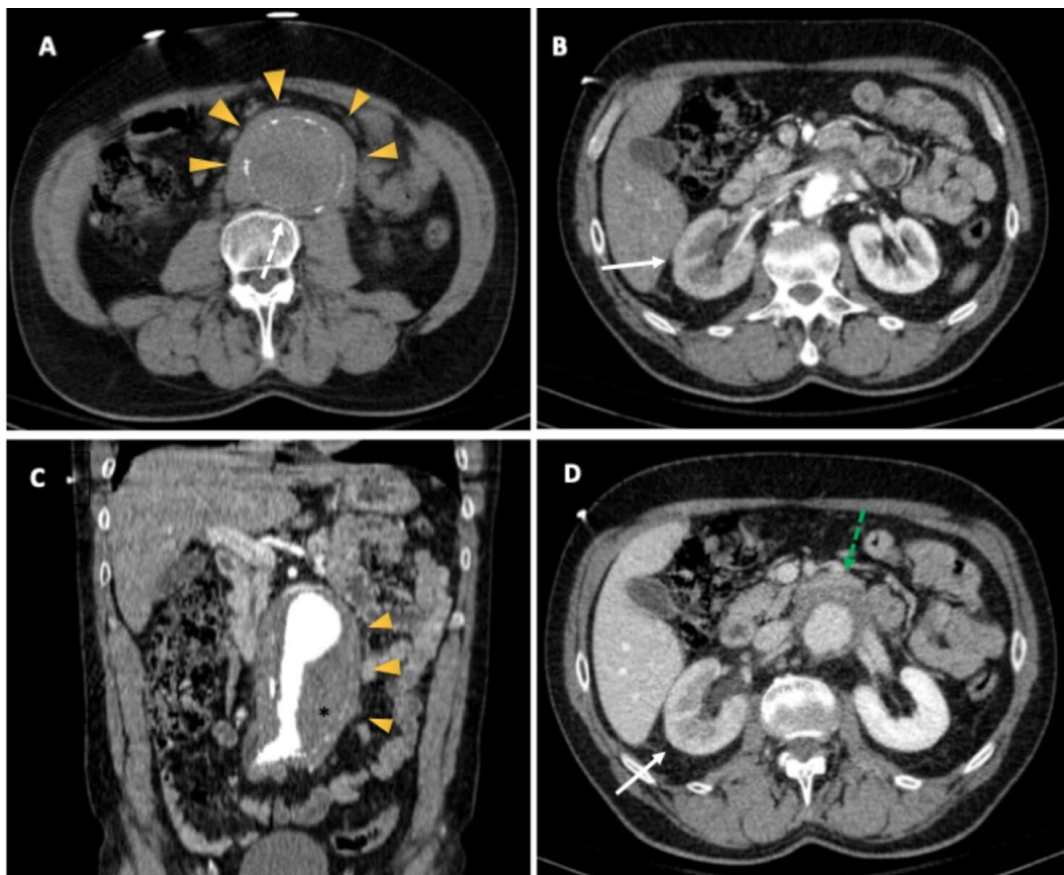
La prueba de imagen más sensible y específica para su diagnóstico es la angioTC con triple fase (sin contraste intravenoso, fase arterial y fase venosa tardía), que mostrará una dilatación aneurismática de la aorta abdominal con leve engrosamiento parietal y con tejido de partes blandas rodeando la vertiente anterolateral del aneurisma, con respeto de la pared posterior. Este tejido de partes blandas circundante representa un componente inflamatorio-fibrótico, que se mostrará hipodenso en el estudio sin contraste, con realce tardío en fase venosa, al contrario que la luz aórtica permeable^{1,2}.

Entre las posibles complicaciones destacan el atrapamiento ureteral con hidronefrosis secundaria, fístulas aorto-intestinales, infección y presencia de adherencias del tejido fibrótico a las asas intestinales y estructuras vasculares adyacentes, generalmente de localización retroperitoneal³.

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con la rotura de un aneurisma de aorta abdominal con signos de sangrado, la fibrosis retroperitoneal y la aortitis^{3,4}.

CONCLUSIÓN

El aneurisma inflamatorio de aorta abdominal es una variante poco frecuente del aneurisma aterosclerótico caracterizado por la presencia de cambios inflamatorios y fibróticos rodeando la pared de la aorta. Esta inflamación y fibrosis se extienden a la región periaórtica, pudiendo atrapar estructuras retroperitoneales adyacentes como los uréteres, el duodeno o estructuras vasculares. Será fundamental realizar un reconocimiento y tratamiento precoz de esta entidad, por lo que debemos ser capaces de establecer un adecuado diagnóstico diferencial con aquellas patologías que cursan con hallazgos similares por imagen, así como de identificar las posibles complicaciones asociadas.



A. TC abdominopélvico sin contraste intravenoso donde se visualiza una dilatación aneurismática de la aorta abdominal con calcificación parietal continua, rodeada de tejido de partes blandas en su vertiente anterolateral (cabezas de flecha amarillas), con respecto de la región posterior (flecha discontinua blanca). B. La angioTC en fase arterial muestra una disminución de la perfusión del riñón derecho (flecha blanca) por compromiso de la arteria renal ipsilateral. C. Reconstrucción coronal en la que se visualiza el aneurisma con extenso trombo mural (asterisco negro) y tejido de partes blandas circundante (cabezas de flecha amarilas) D. Fase venosa que muestra cambios inflamatorios periaórticos de predominio en la vertiente anterior del aneurisma, en íntimo contacto con la cuarta porción duodenal (flecha discontinua verde), y disminución de la perfusión renal derecha (flecha blanca).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hellmann DB, Grand DJ, Freischlag JA. inflammatory abdominal aortic aneurysm. *JAMA* 2007; 24:395-400. DOI: 10.1001/jama.297.4.395
2. Ketha SS, Warrington KJ, McPhail IR. Inflammatory abdominal Aortic aneurysm: a case report and review of literature. *Vasc Endovascular Surg* 2014; 48:65-69. doi: 10.1177/1538574413510616
3. Ishizaka N, Sohmiya K, Miyamura M, Umeda T. Infected aortic aneurysm and inflammatory aortic aneurysm-In search of an optimal differential diagnosis. *J cardiol* 2012; 59:123-131 doi: 10.1016/j.jjcc.2011.10.006
4. Maeda H, Umezawa H, Nakamura T, Umeda T. Early and late outcomes of inflammatory abdominal aortic aneurysms: comparison with the outcomes after open surgical and endovascular aneurysm repair in literature reviews. *Int Angiol.* 2013; 32:67-73. doi: 10.21037/cdt.2017.09.03