

Caso	(636) Aneurisma aórtico inflamatorio idiopático como causa de aortitis.
Autores	Jenifer Rubio Medina, Irene Donoso Esteban; Irene Pérez Saus; Enrique Marcos Naranjo; Isabel Esther Lizarran Parra; Manuel Martínez Villalba.
Centro	Hospital General Universitario De Albacete

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 68 años hipertenso controlado y fumador con antecedentes familiares de aneurisma de aorta, que acude a urgencias por dolor intenso en epigastrio no irradiado, que no se relaciona con las comidas ni asocia cortejo vegetativo. Refiere astenia desde hace algo más de un mes sin pérdida de peso cuantificada. Afebril y sin sensación distérmica.

Ante la ausencia de mejoría tras administración de analgesia de tercer escalón se realiza TC abdomino-pélvico sin y con contraste intravenoso bifásico en fases arterial y venosa, identificando un manguito de partes blandas con forma de semiluna rodeando la vertiente anterior y lateral del aneurisma de aorta infrarrenal, respetando su pared posterior. No se observan extravasaciones de contraste. Asocia cambios inflamatorios de la grasa retroperitoneal regional.

DISCUSIÓN

Se denomina aortitis a la inflamación anormal de la pared aórtica que generalmente es debida a causas no infecciosas, siendo mucho más infrecuentes las de causa infecciosa. Entre las afecciones no infecciosas se incluyen las vasculitis de grandes vasos como etiología más frecuente, las idiopáticas y las yatrogénicas por fármacos o radioterapia.

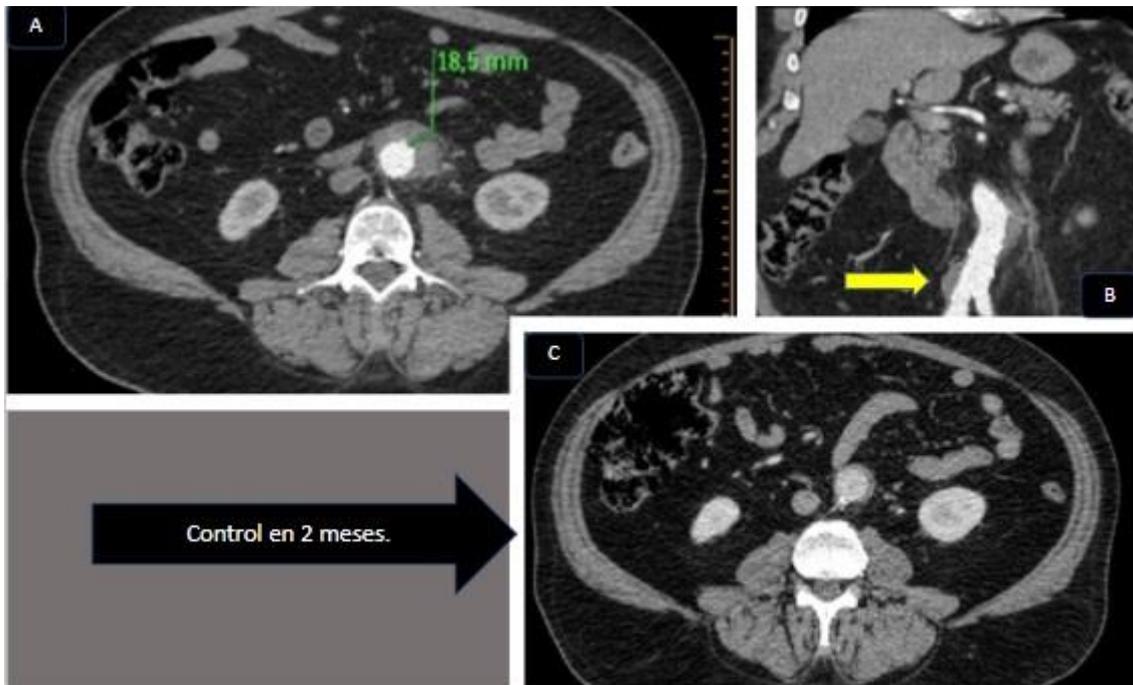
La presentación clínica de esta entidad es variable e inespecífica, siendo el dolor el síntoma más frecuente. Cuando se sospecha el diagnóstico de aortitis, la prueba de elección es la angiografía por TC que permite evaluar los cambios de la pared arterial y permite descartar otras entidades que pueden simular la aortitis como son la disección, el hematoma intramural y la úlcera aterosclerótica penetrante. La PET-TC puede ser útil para confirmar la presencia de tejido inflamatorio.

Una vez establecido el diagnóstico los objetivos de la terapia incluyen tanto el tratamiento inmediato de la inflamación aórtica (o de la infección en su caso), como la vigilancia y el tratamiento de las complicaciones.

CONCLUSIÓN

Demos tratar de estar familiarizados con los hallazgos de imagen asociados con los diferentes tipos de aortitis. En nuestro caso, se trataba de un aneurisma aórtico inflamatorio idiopático que es una de las causas de aortitis idiopática más frecuente

en la que debemos pensar ante la presencia de un engrosamiento de la pared aneurismática anterior y lateral, con respecto de la pared aórtica posterior.



Figuras A y B: Angio-TC de aorta completa en fase arterial cortes axial (figura A) y coronal (figura B) identificando un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal por encima de su bifurcación de 42 mm con trombo mural parcial (flecha amarilla en B), llamando la atención un manguito de partes blandas con forma de semiluna de aproximadamente 18.5 mm de espesor máximo y una extensión aproximada de 40mm, que rodea a la aorta infrarrenal aneurismática. Asocia leve aumento de la densidad de la grasa retroperitoneal regional. No se observan extravasaciones de contraste. Todos estos hallazgos en relación con aortitis aguda. En el control realizado dos meses más tarde (Figura C), tras tratamiento con corticoides, se observa importante disminución de tamaño del manguito de partes blandas peri aórtico en relación con mejoría de aortitis.

BIBLIOGRAFÍA

Gornik HL, Creager MA. Aortitis. *Circulation*. 2008;117(23):3039-3051. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.760686. Restrepo CS, Ocazonez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: imaging spectrum of the infectious and inflammatory conditions of the aorta. *Radiographics*. 2011;31(2):435-451. doi:10.1148/rg.312105069