

1  
283



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO LA RAZA

ANEURISMAS INFLAMATORIOS  
DE LA  
AORTA ABDOMINAL

T E S I S  
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE  
A N G I O L O G I A  
P R E S E N T A :

DRA. MARIA ISABEL AGUILAR MONTES DE OCA



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INDICE:**

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
Objetivos.....	3
Antecedentes (epidemiología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento)	4
Material y Métodos.....	12
Hallazgos Histopatológicos.....	15
Resultados.....	15
Discusión.....	17
Cuadro I.....	19
APENDICE (cuadros y gráficas).....	
Bibliografía.	

## INTRODUCCION.

Dentro de la clasificación de los aneurismas de la aorta abdominal, se encuentran incluidos los aneurismas inflamatorios; en los reportes mundiales, se menciona una frecuencia de 2.5-15%, siendo el sexo masculino el más afectado. (2,4,19,25,29,30).

Los aneurismas ateroscleróticos en cuanto a sus características clínicas, hallazgos histopatológicos, técnicas quirúrgicas y evolución, son de mayor dominio debido a la frecuencia de aparición; el aneurisma inflamatorio pasa desapercibido al cirujano, si no conoce la patología o no ha tenido la suerte de estar presente en alguna de estas intervenciones.

Es desde 1972, que Walker se refirió a esta patología, que posteriormente se consideró variante inflamatoria del aneurisma aterosclerótico por Rose y Dent en 1981 (2).

Los primeros reportes fueron realizados por James en 1935, de los hallazgos en la necropsia de una mujer de 52 años con un aneurisma aórtico abdominal por abajo de la mesentérica superior hasta la bifurcación, encontrándolo con pared de grosor mayor de una pulgada, erosión de los cuerpos vertebrales, riñones con datos de nefritis intersticial y ureteres adheridos a la pared del aneurisma. (9,12,25,29,30).

Debido a lo interesante y poco común de esta enti-

dad, consideramos de importancia un análisis sistemático de los aneurismas inflamatorios de la aorta abdominal atendidos en nuestro servicio.

OBJETIVOS:

- a) Analizar las características clínico-quirúrgicas de los pacientes con aneurisma inflamatorio de la Aorta Abdominal en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social.
  
- b) Comparar lo anterior con lo descrito en la bibliografía mundial, enfatizando aspectos de cuadro clínico, métodos diagnósticos, quirúrgicos, histopatológicos, morbimortalidad y evolución postoperatoria.

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS:

Un aneurisma arterial, es la dilatación anormal y permanente secundaria a la debilidad de la pared del vaso y acción de la presión intraluminal. (14,22).

La clasificación más usual de los aneurismas es - la mostrada en el cuadro 1. (29).

La aterosclerosis, es la causa más común de aneurismas de la aorta abdominal, hasta en 95% de los casos, y de las causas menores, están el aneurisma micótico, aortoarteritis inespecífica y el aneurisma disecante. (30)

Durante los últimos diez años, se ha descrito el aneurisma inflamatorio de la aorta abdominal (término acuñado por Walker en 1972), como variante inflamatoria del aneurisma aterosclerótico por Rose y Dent en 1981.

Se desconoce su etiología, sólo es posible sospecharlo en un paciente con la tríada clínica de dolor abdominal, pérdida de peso y velocidad de sedimentación globular acelerada. (2,25,29,30).

Enfermedades autoinmunes, fibrosis retroperitoneal de Ormond y la arterioesclerosis se le relacionan. Puede deberse a sífilis, tuberculosis, arteritis de células gigantes generalizada, enfermedades reumáticas, infecciones bacterianas (salmonella, shigella, campylobacter), enfermedad de Behcet, escleroderma, lupus eritematoso sis-

témico, espondilitis anquilosante HLAD 27, parasitosis; son atribuidos a aortitis inespecífica o enfermedad de Takayasu (19,28).

Gaylis introduce la hipótesis de que la obstrucción linfática crónica de los tejidos periaórticos, aumenta los quilomicrones que estimulan la inflamación y fibrosis en los aneurismas inflamatorios. (2).

Varios autores, expresan su punto de vista de que el fenómeno quizá sea una reacción inflamatoria a la aterosclerosis (25).

Es un hallazgo no sospechado en la cirugía de resección del aneurisma de la aorta abdominal; durante el -- transoperatorio, se reporta como "fibrosis periaórtica o perianeurismática, aneurisma en porcelana" (2,25).

Son típicas, la fibrosis e inflamación periaórtica que dificultan la disección quirúrgica aumentando la mortalidad, principalmente porque involucran duodeno y vena cava inferior; ésto provoca que el cirujano en momento dado, decida el tratamiento médico con esteroides y que declare innoperable al paciente. (2,4,25).

#### EPIDEMIOLOGIA:

El aneurisma por aortitis inespecífica se presenta 2:1 a nivel abdominal.

Su pronóstico es pobre en cuanto a la supervivencia, se reporta menor de 1-2 años . (19).

CUADRO CLINICO:

Un 45% son asintomáticos; los síntomas más importantes referidos son la sensación de masa pulsátil abdominal, dolor abdominal, anemia, disminución de peso corporal y los síntomas relacionados a la compresión de órganos vecinos y/o ruptura. (2,4,25).

La sintomatología depende también de la etiología, tiempo de evolución, y edad de aparición, así como de las estructuras comprometidas. (22).

Lo clásico, es la presencia de la tumoración por debajo del angulo costal, pulsátil, expansible en todas direcciones lo que da el diagnóstico en un 65% (11). Si existe compresión de la vena cava inferior, puede haber trombosis venosa profunda iliocaval con edema de miembros inferiores y genitales externos. (4). Al comprimir los riñones provoca cólico nefrítico; en los ureteros, ureteral, hidronefrosis, hematuria. Hacia duodeno semeja úlcera péptica o estenosis pilórica (2,25).

En un aneurisma inflamatorio de aorta abdominal, el peritoneo adyacente, se encuentra adosado a su pared con zonas hiperémicas; se observan también adheridos el duodeno

vena cava inferior, vena renal izquierda, vena gonadal y arteria mesentérica inferior, en ocasiones el colon sigmoidees y asas de intestino delgado (2,25). La adventicia llega a tener un grosor mayor de 3 cm, este grosor se observa en la porción anterior y lateral, desapareciendo en la posterior, permaneciendo una parte delgada en unión de la pared lateral y posterior.

Frecuentemente, no se observa el proceso inflamatorio por arriba de las arterias renales, ni hacia las ilíacas externas, Crawford ha descrito cinco casos de aneurisma toracoabdominal con fibrosis periaórtica (2,8).

Los ureteres pueden quedar involucrados en la fibrosis perianeurismática en un 25% de los casos.

La pared del aneurisma, presenta en no pocas ocasiones, datos de aterosclerosis, con fibrosis de la media, inflamación crónica de la media y adventicia, placas de colesterol, ausencia de fibras elásticas y músculo liso, calcificación, y en la íntima, depósitos fibrinosos; existe infiltración de células inflamatorias y tejido de granulación por fuera de la adventicia. Entre las células inflamatorias, hay linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos (2), denotando inflamación crónica de la media y adventicia, destrucción focal de fibras elásticas, granulomas con células gigantes y de cuerpo extraño (Langhans); existe necrosis fibrinoi

de de las paredes de los vasa vasorum.

Las lesiones inflamatorias segmentarias multicéntricas en los vasos de varios calibres, sugieren una enfermedad sistémica - (2).

La histología es semejante a la Enfermedad de Takayasu, y no existen pruebas de laboratorio que ayuden a su diferenciación (19,25).

La frecuencia de estos aneurismas en su localización abdominal, oscila entre 2.5-15% de todos los aneurismas en esta situación; los hombres son los más afectados, edad promedio de presentación de 60 años (2,4,19,25).

Las alteraciones macroscópicas observadas, son el grosor de la pared del aneurisma mayor de 1 pulgada, pared blancogrisácea, erosión de vértebras aledañas, riñones disminuídos de tamaño a un tercio del normal con datos de nefritis intersticial crónica, los ureteros firmemente adheridos a la pared del aneurisma, (2,25).

Este aneurisma puede presentar las mismas complicaciones que el aneurisma aterosclerótico (ruptura, trombosis, o embolismo), pero además uremia y muerte (2).

#### DIAGNOSTICO:

El diagnóstico es clínico, a la palpación un tumor tenso, pulsátil a lo largo de la aorta; a la auscultación se

escucha un soplo sistólico aórtico.

La placa simple de abdomen anteroposterior y lateral, hace sospechar el diagnóstico en un 50% de los casos, - debido a la calcificación de sus paredes y en ocasiones por la erosión de los cuerpos vertebrales cercanos que es lo que se observa más comúnmente incluso en aneurismas pequeños (2). La pielografía intravenosa se sugiere en los pacientes que - se van a someter a cirugía para observar el estado del riñón y ureteros.

La aortografía, no es de ayuda en el diagnóstico - específico de la anatomía y extensión de los procesos inflamatorios periaórticos. (19).

El ultrasonido puede sugerirlo, al manifestar el - grosor de la pared anterior y lateral pero lo puede confundir con linfoma o hematoma. (19).

Es posible determinarse la extensión del proceso - inflamatorio, delinear la anomalía vascular, engrosamiento de la pared, calcificaciones por medio de la tomografía - axial computarizada. (19).

En la resonancia magnética, se puede efectuar la delimitación perfecta del tejido inflamatorio perianeurismático con fibrosis de la adventicia, flujo turbulento; sin - embargo, puede haber artefactos que modifiquen la imagen (2).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe realizarse con tumoraciones de partes blandas como lipomas, liposarcomas, linfosarcomas, abscesos tuberculosos de columna vertebral, riñón en herradura y acodamiento de aorta terminal e ilíacas (2).

TRATAMIENTO:

En relación al tratamiento de los aneurismas en general, la historia describe a Antyllus desde el siglo II d.C. que ligó en situación proximal y distal aneurismas femorales con evacuación de coágulos (3); Aecio en el siglo VI d.C. ligó la porción proximal de la arteria humeral en un aneurisma. Y no es sino hasta el siglo XVI en que Ambroise Paré, describió los hallazgos clínicos como masa pulsátil cuyos movimientos disminuyen bajo la compresión y al aplicar el oído emite un ruido silbante típico. (14).

Cooper en 1817, ligó la aorta abdominal como tratamiento a ese nivel (14).

Se ha mencionado la trombosis con diversos materiales como alambre o gelfoam en busca de la cura completa; Matas introdujo en 1888 la endoaneurismorrafia y en 1951 Gross inicia la utilización de homoinjertos aórticos y Voorher el uso de prótesis artificiales (2,29).

En nuestro país, Castañeda Uribe hacia 1955 repor

tó sus primeras cirugías con homoinjertos (11). Han contribuido al desarrollo de este tipo de intervenciones Gross, De Bakey, Cooley, Edwards, Cannon, Volmar, Crawford (2,11).

La cirugía vascular en este aspecto de aneurismas de aorta - torácica y abdominal, ha mostrado un gran progreso después - de la segunda guerra mundial en cuanto a la reconstrucción.

Los principios del manejo del aneurisma de la aorta abdominal inflamatorio son los mismos que para el ateroesclerótico excepto porque en los primeros, la disección es -- más difícil y puede llevar a verdaderas complicaciones. No se debe intentar separar el duodeno, la vena cava inferior o la base del mesocolon sigmoides porque habitualmente están - muy adheridos. En el aneurisma inflamatorio infrarrenal, se debe exponer la aorta en sus paredes laterales por debajo del duodeno y arriba de la vena renal izquierda; ésta última en ocasiones requiere movilizarse pero ésto se efectuará habiendo comprobado la función renal derecha (2).

Se ha mencionado la trombosis del aneurisma con alambre, gelfoam, también la endoaneurismorragia con colocación de injertos extraanatómicos como parte del tratamiento (2,29).

El tratamiento conservador de los aneurismas inflamatorios, trata de actuar sobre la enfermedad causal como -- prevención utilizando esteroides para disminuir la inflama -

ción bajo control con estudios de gabinete y poder reprogramar la cirugía del paciente; éste es un tratamiento preoperatorio que no indica que no deba intervenir al paciente; deben controlarse la hipertensión arterial sistémica e impedir esfuerzos físicos como parte del tratamiento.

En el paciente con obstrucción ureteral persistente, al reparar el aneurisma se debe tratar con esteroides.

El tratamiento con esteroides sólo o en combinación con embolización del aneurisma y puente extraanatómico puede ser útil en el manejo de esos pacientes.

Por lo tanto, el tratamiento del aneurisma inflamatorio de la aorta abdominal, consiste en la extirpación y reestablecimiento de la vía arterial; los esteroides se usan cuando están involucrados órganos vecinos (duodeno, vena cava inferior, ureteros, peritoneo).

#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron expedientes de 10 pacientes con aneurisma de aorta abdominal inflamatorio atendidos en el departamento de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un período de diez años comprendido de 1982 a 1991, enfatizando características clínicas de su padecimiento, métodos diagnósticos, tipo de tratamiento, evolu -

-ción y morbimortalidad.

Encontramos 4 hombres y 6 mujeres con edad promedio de 50 años (rango de 9-80 años), antecedente de tabaquismo en 8, hipertensión arterial sistémica en 5, diabetes en 2, artritis reumatoide en 2, fiebre tifoidea 2, tuberculosis -- pulmonar 1, púrpura trombocitopénica 1, paludismo 1, absceso hepático 1, aneurisma a otro nivel 1, adicción a drogas 1 (cocaína).

Los síntomas más frecuentemente manifestados son - dolor abdominal o lumbar en 60% de los casos, disminución de peso corporal 40%, masa pulsátil abdominal 50%, ruptura 20%, sangrado de tubo digestivo 10%, dolor torácico 10%, síntomas reumáticos 10%, hipertensión 10%. En una paciente existía un embarazo concomitante y fue de los que presentaron -- ruptura y muerte.

El tabaquismo referido por los pacientes en promedio fue de una cajetilla diaria. La hipertensión arterial fue el -- primer signo en el paciente de 9 años con aneurisma aórtico. Un paciente mencionó dolor torácico como única manifestación y portaba un aneurisma toracoabdominal.

Se encontró hipoplasia renal en un paciente (10%).

Los procedimientos diagnósticos utilizados, fueron la placa simple de abdomen en 10, ultrasonografía en 3, tomografía axial computarizada en 5, resonancia magnética 1, an-

-giografía 5, flujo plasmático renal 6, urografía excretora 2.

Se sometieron a intervención quirúrgica 7 de los pacientes; dos se mantienen con manejo conservador bajo ultrasonido y tomografía de control, uno falleció por rotura de aneurisma toracoabdominal a pulmón sin ser intervenido.

Se colocaron 3 injertos aortobiliaques, 1 aortobifemoral, un aortoaórtico por inclusión, un paciente falleció en el transquirúrgico, y al paciente de 9 años se le efectuó parche plástica con porción de pared del aneurisma con nefrectomía izquierda.

Las dificultades técnicas y transoperatoris se mencionaron en relación a la disección y adherencias a órganos adyacentes como son el duodeno, vena renal izquierda, colon sigmoideos y peritoneo; en un paciente por tener involucrada la arteria renal, se efectuó nefrectomía.

Por la difícil disección, el aneurisma se incidió en la mayoría de los casos, sin retirar el segmento y efectuando la anastomosis por dentro de la pared; en uno de los pacientes incluso la anastomosis se efectuó en dos ocasiones por desgarro de la pared.

Los hallazgos quirúrgicos por paciente, se detallan en el cuadro respectivo.

La evolución postoperatoria se ha observado satis-

-factoria en los 6 pacientes intervenido que viven, dos pacientes se encuentran bajo control periódico hasta la actualidad, un paciente falleció durante la cirugía y el otro murió antes de conocerse su padecimiento.

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS:

La mayoría se reportan con fibrosis perianeurismática, ganglios paraaórticos aumentados, adherencias a diferentes estructuras, hechos que se detallan en el cuadro correspondiente.

RESULTADOS:

El aneurisma de la aorta abdominal de tipo inflamatorio en nuestro servicio no es raro; en un estudio retrospectivo realizado en un período de diez años, se observó una relación de presentación de 1-1.2 varón-mujer.

La edad de aparición promedio de 50 años.

Los síntomas predominantes manifestados: dolor, ya sea abdominal o lumbar, signos como masa pulsátil, disminución de peso y datos de ruptura.

Los métodos diagnósticos utilizados: placa simple de abdomen, ultrasonografía, tomografía axial computarizada, estudio angiográfico, preferentemente.

El tratamiento intentó ser en la mayoría de las o-

-casiones, quirúrgico más que medicamentoso, a menos que el riesgo del paciente fuera muy elevado.

La evolución postoperatoria se menciona adecuada, con remisión de los síntomas y previa colocación de injertos protésicos.

El manejo conservador se mantiene en dos pacientes, con control por tomografía y ultrasonido; presentan evolución adecuada.

Durante el tratamiento quirúrgico, fueron típicos los hallazgos de fibrosis perianeurismática, difícil disección y adherencias a duodeno, cava, peritoneo, ganglios periaórticos con aumento de volumen, pared gruesa y blancogrisácea.

Los reportes histopatológicos en relación al origen inflamatorio del aneurisma, con aumento de grosor de la pared, fisuras en pared posterolateral, fibrosis perianeurismática, crecimiento de ganglios linfáticos periaórticos y placas de ateroma en su interior, células plasmáticas y de tipo cuerpo extraño en la adventicia gruesa, necrosis escasa.

DISCUSION:

Los aneurismas inflamatorios de la aorta abdominal, son distintos de los ateroscleróticos, sin embargo el diagnóstico en ocasiones es difícil.

Se mencionan como datos clínicos característicos, pérdida de peso, dolor abdominal, velocidad de sedimentación globular a celerada y sensación de masa abdominal pulsátil.

Ante los estudios de gabinete, incluso es difícil detectarlos pues la angiografía no demuestra la presencia de inflamación ni la fibrosis perianeurismáticas; en cambio, la tomografía axial computarizada contrastada, nos auxilia en la identificación del aneurisma de nuestro estudio en la mitad de los casos como mencionan los autores.

Es por ésto que el diagnóstico se realiza durante la cirugía por la extensión de la fibrosis retroperitoneal-- que involucra estructuras adyacentes como la vena cava inferior, ureteros, duodeno, yeyuno, vena renal izquierda.

En bibliografía reciente, aún, se comenta el origen desconocido de este aneurisma, se han dado a conocer varias hipótesis las cuales se mencionaron al inicio de nuestra descripción. El concepto más aceptable en cuanto a la etiología es que la fibrosis inflamatoria es una reacción excesiva alrededor de arterias arterioescleróticas, por lo que se consideraría al aneurisma de la aorta abdominal infla

-matorios como variante del aterosclerosos.

En relación a las controversias de tratamiento, la literatura deja entrever que la fibrosis perianeurismática - no asegura la protección a la ruptura pues existen áreas en la pared del aneurisma adelgazadas, es por ello, que todos - los aneurismas inflamatorios de la aorta abdominal deben intervenirse quirúrgicamente para prevenir la ruptura, el dolor persistente y las complicaciones urológicas.

La experiencia en nuestro servicio en un lapso de de 10 años, se correlaciona con lo revisado ampliamente en - la bibliografía en cuanto a edad y sexo; el cuadro clínico, métodos diagnósticos, frecuencia de ruptura y tratamiento - son similares.

Dos pacientes no intervenidos, aún se encuentran con manejo conservador y control frecuente con estudios de gabinete. Se reportaron 7 pacientes operados y sólo uno con muerte -- transoperatoria.

Nos satisfacen los resultados obtenidos hasta el momento en el Servicio de Angiología del Hospital de Espe-- cialidades Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, y creemos necesario continuar con el estudio a largo plazo en vista de enriquecer nuestro conocimiento y habilidad terapéutico quirúrgica.

CUADRO I

CLASIFICACION DE LOS ANEURISMAS.

a) De acuerdo a su etiología:

\*Congénitos.

\*Inflamatorios.

1. Infecciosos ( bacterianos, sifilíticos).
2. No infecciosos ( Inflamatorios, Síndrome de Behcet, Enfermedad de Kawasaki, poliarteritis, aortoarteritis).

\*Traumáticos.

\*Micóticos.

\*Postestenóticos.

b) En relación a su localización.

\*Proximales (en tronco).

\*Periféricos ( en extremidades).

c) Por su morfología:

\*Verdaderos.

\*Falsos:

1. Sacciforme.
2. Fuscisacciforme.
3. Fusciforme.
4. Discante.

d) Clínicamente:

\*Perforante.

\*Cerrado.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL**

**FRECUENCIA POR SEXO**



HOMBRES

MUJERES

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE-CMR 1982 - 1991

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

TABAQUISMO	8
HIPERTENSION	5
DIABETES MELLITUS	2
ARTRITIS REUMATOIDE	2
FIEBRE TIFOIDEA	2
TUBERCULOSIS PULMONAR	1
PURPURA TROMBOCITOPENICA	1
PALUDISMO	1
ABSCESO HEPATICO	1
ANEURISMA A OTRO NIVEL	1
ADICCION A DROGAS	1

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE-CMR (082-100)

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

### SIGNOS y SINTOMAS

DOLOR ABDOMINAL O LUMBAR	6
MASA PULSATIL ABDOMINAL	5
DISMINUCION DE PESO CORPORAL	4
RUPTURA ( Choque hipovolémico )	2
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	1
DOLOR TORACICO	1
SINTOMAS REUMATICOS	1
HIPERTENSION	1

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE - CMR 1982 - 1991

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

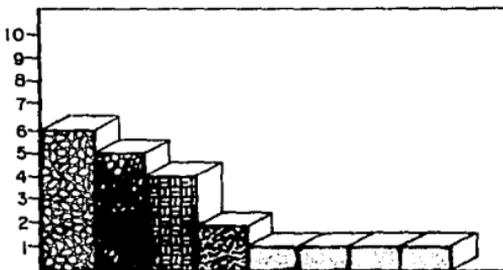
### METODOS DIAGNOSTICOS

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN	10
ULTRASONOGRAFIA	3
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA	5
FLUJO PLASMATICO RENAL	6
ANGIOGRAFIA	5
UROGRAFIA EXCRETORA	2
RESONANCIA MAGNETICA	1

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE-CMR 1982-1991

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

### SIGNOS y SINTOMAS

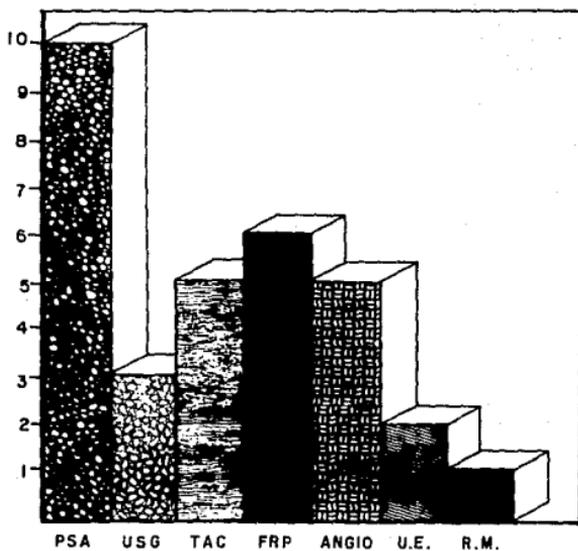


-  DOLOR ABDOMINAL O LUMBAR
-  MASA PULSATIL
-  DISM. PESO CORPORAL
-  CHOQUE HIPOVOLEMICO
-  OTROS

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE-CMR 1982-1991

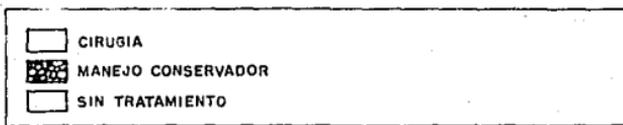
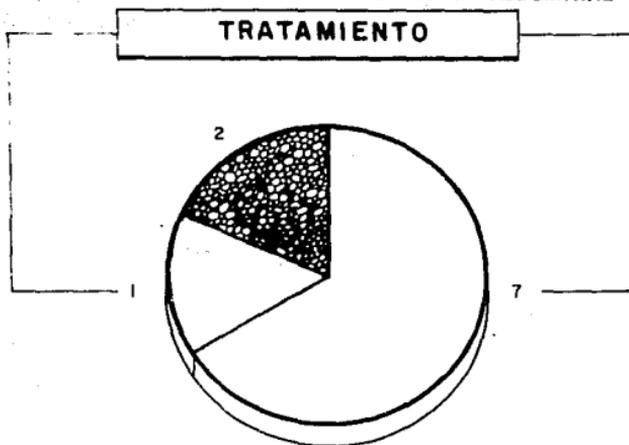
## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

### METODOS DIAGNOSTICOS



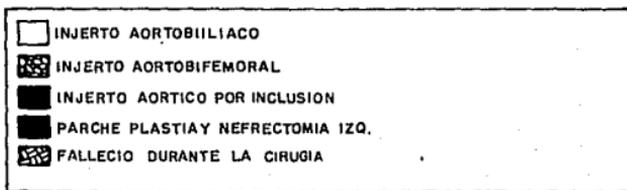
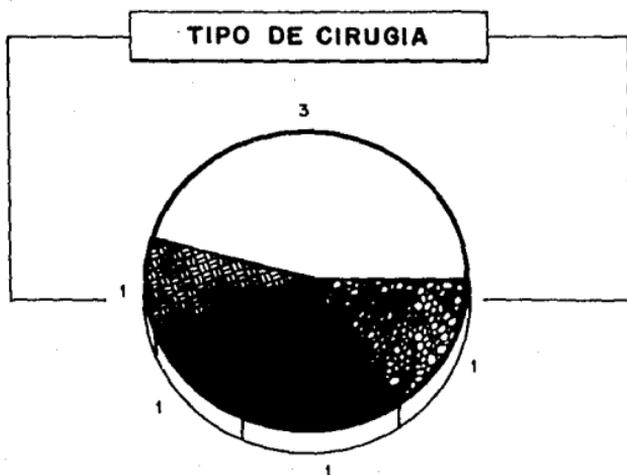
ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE-CMR 1982-1991

# ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL



ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascular  
HE- CMR 1982-1991

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL



**ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL**

**HALLAZGOS QUIRURGICOS**

Paciente	Edad	Sexo	Hallazgos
1	77 a	m	AAA! INFRARRENAL 20 x 10 cm. FIBROSIS PERIANEURISMÁTICA, ADENOPATIAS PERIAORTICAS. DIFICULTAD PARA LA DISECCION, ADHERENCIAS A DUODENO, TROMBOSIS MURAL, FISURA POSTEROLATERAL.
4	50 a	f	FIBROSIS PERIANEURISMÁTICA, DIFÍCIL DISECCION AFECTACION AMBAS ILIACAS (INFRARRENAL).
6	63 a	f	FIBROSIS PERIANEURISMÁTICA, DIFÍCIL DISECCION (INFRARRENAL).
7	27	f	ANEURISMA ROTO TORACOABDOMINAL DE 15 cm. CON HEMOPERITONEO Y SANGRADO EN RETROPERITONEO DE 3000 cc AFECTACION DE RAMAS VISCERALES. RIÑON IZQUIERDO ATROFICO.
8	9	m	ANEURISMA SACULAR DE 3.5 x 2.5 x 1 cm, SUPRARRENAL PARED 0.2 cm.
9	80 a	f	ANEURISMA SACULAR, MESENTERICA SUPERIOR DESPLAZADA, ILIACAS TORTUOSAS, ADHERIDA A VENA CAVA INF. DUODENO, CON GANGLIOS PARAORTICOS Y PERITONEO, DIFÍCIL DISECCION.
10	59 a	m	HIPOPLASIA RENAL DERECHA, ANEURISMA INFRARRENAL Y AFECTACION DE ILIACA DERECHA Y RENAL IZQUIERDA, TROMBOS MURALES.

ARCHIVO

Depto. de Angiología y Cirugía Vasculat  
HE-CMR 1982-1991

## ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE LA AORTA ABDOMINAL

### EVOLUCION POSTOPERATORIA

ADECUADA	6
MUERTE TRANSOPERATORIA	1
TOTAL	7

ARCHIVO  
Depto. de Angiología y Cirugía Vascolar  
HE · CMR 1982 - 1991

## BIBLIOGRAFIA:

1. Baskerville P, Blakeney C, Young A, et al. The Diagnosis and Treatment of peri-aortic fibrosis ("Inflammatory" aneurysms). *Br J Surg* 70; 381-5 (1983).
2. Bergan, Gaylis H, Isaacson C. Abdominal Aortic Inflammatory Aneurysms. In Bergan J, Yao S. Ed. *Aortic Surg* WB Saunders Co. 1989. pages 267-292.
3. Bkoontje A, Dungen J, Blanksma C. Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysms. *J Cardiovasc Surg* 31; 1991:611-16
4. Braxton J, Salander J, Gomez E, et al. Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysm masquerading as occlusion of the inferior vena cava. *J Vasc Surg* 12:5;527-30 1990.
5. Burke A, Jamieson G. Aortocaval fistula associated with ruptured aortic aneurysm. *Br J Surg* 70;431-3 1983.
6. Cheate T, Kickman P, Grimley R. Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysms. *Royal Society of Medicine* 80 (1987).
7. Cohen J, Mandel Ch, Wise Leslie. Characterization of Human Aortic Elastase found in Patients with Abdominal Aortic Aneurysms. *Surg Gynecol and Obst* oct 1987;165: 301--304.
8. Crawford J, Stowe C, Safi H. Inflammatory Aneurysms of the aorta. *J Vasc Surg* 2:1; 113-124 (1985).
9. Cullenward M, Scaulau K, Pozniak M, et al. Inflammatory Aortic Aneurysm (Periaortic fibrosis). *Radiologic Imaging*. *Radiology* 159:1; 75-82.
10. De Prophetis N, Armitage H, Triboletti E. Rupture of tuberculous Aortic Aneurysm into lung. *Annals of Surg* 150: 6;1046-51 (1989).
11. Díaz F, Páramo M. Los Grandes Síndromes Vasculares. *México* 1988. 693-724.
12. Fitzgerald E, Blackeit R. Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysms. *Clin Radiol* 39: 247-51 (1988).
13. Graeve A, Carpenter Ch, Wicks J, et al. Discordance in the Sizing of Abdominal Aortic Aneurysm and its significance. *The Am J surg* 144: 627-34 (1982).
14. Haimovici. *Cirugía Vascular. Principios y técnicas*. Salvat Ed. 1986. págs. 656-707.

15. Haynes J, Simon J, West R, et al. Idiopathic retroperitoneal fibrosis with occlusion of the abdominal aorta treated by transluminal angioplasty. Br J Surg 69: 432-3 (1982).
16. Hedges and Bentley. Resection of Inflammatory aneurysm - after steroid therapy. Br J Surg 73: 374 (1986).
17. Kline J, Durant J. Surgical Resection of a Tuberculous aneurysm of the Ascending aorta. New England J of Med 265: 24; 1185-7 (1961).
18. Kvilekval K, Best I, Mason R, et al. The value of Computed tomography in the management of Symptomatic abdominal Aortic Aneurysms. J Vasc Surg 12:1;28-33 (1990).
19. Leu H. Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysms. A disease entity? Virchows Archiv a Pathol Anat. 417: 427-33. (1990).
20. Mc Namara M, Finnegan M, Baksbi K. Abdominal Aortic Aneurysms infected by Escherichia coli. Surgery 98:1;87-92. (1985)
21. Moosa H, Peitzman A, Steed D, et al. Inflammatory Aneurysms of the Abdominal Aorta. Arch Surg 124: 673-5 (1989).
22. Olarte F, Aristizabal H, Botero M. Cirugía. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina 1983 tomo II, págs.-124-9.
23. Oz M, Brener B, Buda J, et al. A ten year experience -- with Bacterial aortitis. J Vasc Surg. 19:4; 439 (1990).
24. Pintos G, Martínez M. Criterio Actual en el diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal. 1654-9.
25. Plate G, Forsby N, Stigsson L, et al. Management of Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysm. Acta Chir Scand - 154:19-24 (1988).
26. Senapati A, Carlsson L, Fletcher C, et al. Is tissue copper deficiency associated with aortic aneurysms? Br J Surg 72: 352-3 (1985).
27. Sethia B, Darke S. Abdominal Aortic Aneurysm with retroperitoneal fibrosis and ureteric entrapment. Br J Surg 70 434-6 (1983).

28. Trairatvorakul P, Sriphojanart S, Sathapatayavongs B. Abdominal Aortic Aneurysms infected with Salmonella: problems of treatment. J Vasc Surg 12:1; 16-9 (1990)
29. Vollmar Jörg. Cirugía reparadora de las Arterias. Toray Ed. Barcelona 1977. págs. 109-148.
30. Walker Di. Br J Sur 59: 609-14 (1972).