



# Aneurisma de la aorta abdominal

ANA ROBLES  
HP

# Aneurisma de aorta abdominal

Expositores	Panelistas	Moderador
<i>Olivia Núñez</i>	<i>Anayansi Navarro</i>	<i>Dr. Gerardo Victoria</i>
<i>Lina Ospina</i>	<i>Sarai Ortiz</i>	
<i>Cristhian Núñez</i>		

## Generalidades:

Dilatación de más del 50% del diámetro normal de la aorta, considerando que el diámetro normal.

Epidemiología: en países industrializados como USA es la causa de muerte número 10. Es prevalente en un 1% de las mujeres pero tienen mayor riesgo de ruptura. Un tercio de los pacientes con esta patología tienen enfermedad coronaria concomitante.

## Fisiopatología

Patrón inflamatorio con pérdida de la colágena. Presencia de infiltrados inflamatorios, macrófagos, aumento de citosinas, aumenta la actividad proteolítica de la matriz ec, eso aunado a la apoptosis provocan un crecimiento anómalo.

## Etiología

- ✚ Aterosclerosis
- ✚ Traumatismos
- ✚ Vasculitis
- ✚ Necrosis quística de la emdia
- ✚ Deshiscencia postop de la anastomosis
- ✚ Silítico
- ✚ Infección bacteriana o micótica
- ✚ Sx de Marfan

**Cuadro 1. Factores de riesgo asociados al desarrollo de AAA**

Clinicos	Histológicos	Bioquímicos
Edad avanzada Género masculino Tabaquismo Enfermedad arterial coronaria Enfermedad cerebrovascular Hipertensión Historia familiar Trombos intraluminales	Degeneración medial y neovascularización Infiltración celular inflamatoria crónica Pérdida de la musculatura lisa Pérdida de fibras elásticas	Aumento en la actividad de metaloproteinasas de la matriz Aumento de la actividad de proteinas serina/catepsina Productos de la degradación de elastina Anticuerpos autoinmunes Presencia de ADN de Chlamydia pneumoniae

## Cuadro clínico

Asintomáticos → la mayoría

Sintomáticos → Dolor constante y profundo

Ruptura → dolor, mareos, hipotensión

Cuadro 2. Factores asociados a la ruptura del AAA en relación al diámetro	
Diámetro mayor (cm)	Riesgo de ruptura anual (%)
3.5 - 5.5	0.6
5.6 - 5.9	5 - 10
6 - 6.9	10 - 20
7 - 7.9	20 - 30

Cuadro 3. Factores asociados a la ruptura del AAA no relacionados al diámetro

Incremento del riesgo de ruptura	Incremento del riesgo de expansión
Hipertensión descontrolada	Enfermedad cerebrovascular o coronaria severa
Historia familiar de aneurisma	Volumen del trombo intraluminal
EPOC	Edad avanzada
Género femenino	

### Complicaciones

Ruptura → EMERGENCIA MÉDICA. El 80% fallece antes de llegar al hospital. De los que llegan un 50% fallece en la intervención y un 30% tiene dx erróneo.

Casi siempre ocurre en la pared posterolateral izquierda, infrarrenal, 2 a 4 cm por debajo de las arterias renales.

En la pared posterolateral el sangrado va a ir a la cavidad retroperitoneal y la probabilidad de supervivencia es mayor que en sangrado en pared anterior.

Embolización → otra complicación.

CID → Menos frecuente, porque el endotelio anormal lleva a coagulación y consumo de los factores.

### Importante

- ⊕ Edad y sexo
- ⊕ Factores de riesgo
- ⊕ Historia familiar

### Exploración física

- ⊕ Mayoría son asintomáticos
- ⊕ Masa pulsátil expansiva y no dolorosa al tacto
- ⊕ Auscultación de soplo abdominal
- ⊕ Evaluación de pulso femoral y poplíteo.

Urgencia:

Riesgo aumentado de ruptura: masa abdominal palpable pulsátil y dolor

Emergencia → hay ruptura. Paciente hipoteno.

## Estudios

Tomografía computarizada:

Permite visualizar lesiones aorto-iliacas incluyendo calcificaciones. Pero desventaja es el costo y la necesidad de contraste.

RM

Detected endofugas, medir el saco aneurismático, medir diámetro y longitud del aneurisma. Pero también es costoso y no está tan disponible.

## Aortografía

Permite determinar la longitud de la lesión, ubicación y gravedad. Pero no da información sobre trombos y es necesario altas dosis de radiación

USG abdominal

Tiene una sensibilidad y especificidad de casi 100%, pero no permite medir el tamaño del aneurisma.

## Tamizaje

Nivel de Recomendación I	Evidencia A	Nivel de Recomendación IIb	Evidencia C	Nivel de Recomendación IIb	Evidencia B
	Recomendado en todos los hombres mayores de 65 años con historial de tabaquismo		Puede ser considerado en mujeres mayores de 65 años que tengan historia de tabaquismo		Hombres > 60 años cuyo familiar de primer grado tenga historia de AAA

## Tamizaje USG

Nivel de Recomendación I   Evidencia A	Nivel de Recomendación IIa   Evidencia B	Nivel de Recomendación II   Evidencia A
<p>Pacientes con AAA infrarrenal o juxtarrenal con diámetro 4.0 – 5.4 cm deben ser monitorizados por USG o CT cada 6 a 12 meses para detectar expansión</p>	<p>Pacientes con AAA infrarrenal o juxtarrenal con diámetro menor a 4.0 cm deben ser monitorizados por USG cada 2 – 3 años</p>	<p>El manejo quirúrgico no es recomendado en pacientes asintomáticos con AAA menor 5.0 cm para hombres, y menos de 4.5 cm en mujeres</p>

## Tratamiento

Mayores de 5cm: reparación cx y cx endovascular.

Reparación abierta: se puede usar un tubo en forma de cilindro llamado Graft para reparar el aneurisma, que está hecho de distintos materiales como Dacron y polietrafluoretileno. Se abre y se ve directamente el aneurisma.

EVAR:

Es la reparación endovascular del aneurisma, requiere solo pequeñas incisiones en la ingle junto con el uso de la guía de rayos X en instrumentos especialmente usados para reparar el aneurisma. Los pacientes seleccionados no deben tener otra enfermedad que comprometa su esperanza de vida en los siguientes dos años.

En graft usado casi siempre son los bifurcados casi siempre se comprometen las femorales. También está el cilíndrico y el unilateral.



