

Aneurisma de la aorta abdominal

ANA ROBLES
HP

Aneurisma de aorta abdominal

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

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 endia
- ✚ Deshiscencia postop de la anastomosis
- ✚ Silíctio
- ✚ Infección bacteriana o micótica
- ✚ Sx de Marfan

Cuadro 1. Factores de riesgo asociados al desarrollo de AAA		
Clínicos	Histológicos	Bioquímicos
Edad avanzada	Degeneración medial y neovascularización	Aumento en la actividad de metaloproteinasas de la matriz
Género masculino	Infiltración celular inflamatoria crónica	Aumento de la actividad de proteinasas serina/catepsina
Tabaquismo	Pérdida de la musculatura lisa	Productos de la degradación de elastina
Enfermedad arterial coronaria	Pérdida de fibras elásticas	Anticuerpos autoinmunes
Enfermedad cerebrovascular		Presencia de ADN de Chlamydia pneumoniae
Hipertensión		
Historia familiar		
Trombos intraluminales		

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 uy dolor

Emergencia → hay ruptura. Paciente hipotenso.

Estudios

Tomografía computarizada:

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

RM

Detecta 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

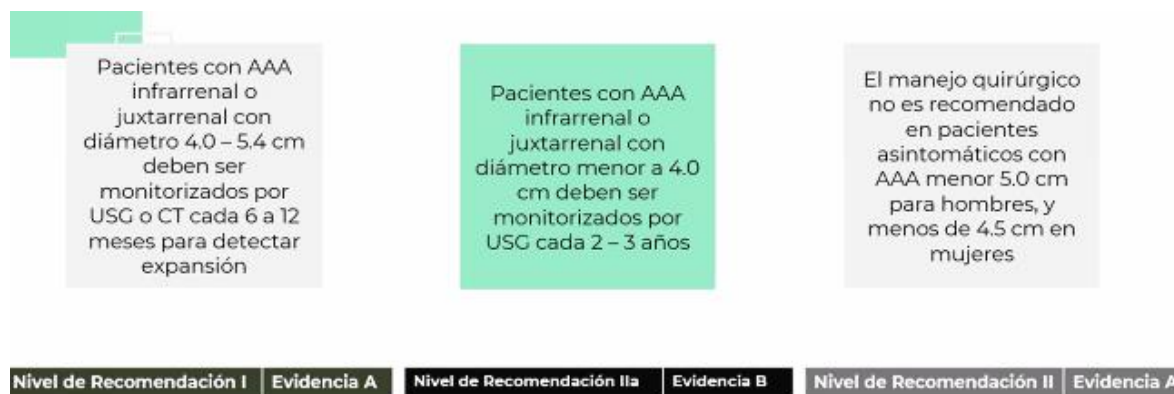
USG abdominal

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

Tamizaje

					
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			
Nivel de Recomendación I	Evidencia A	Nivel de Recomendación IIb	Evidencia C	Nivel de Recomendación IIb	Evidencia B

Tamizaje USG



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.

