



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Corticoides y aneurisma inflamatorio de aorta abdominal infrarrenal

### *Corticosteroids and inflammatory infrarenal abdominal aortic aneurysms*

R. Fuente\*, E.M. San Norberto, M.V. Gastambide, I. Estévez y J.H. Taylor

Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Los aneurismas inflamatorios, cuya incidencia varía entre 1,1 y 9,5<sup>1</sup> de todos los aneurismas, según diferentes series, se caracterizan por tener una pared muy rígida, con una importante reacción fibrótica que envuelve tanto al aneurisma como el resto de estructuras adyacentes, y la complicación más frecuente es la obstrucción ureteral, que ocurre en el 21%<sup>1</sup> de los casos y que puede cursar hidronefrosis unilateral, anuria o insuficiencia renal.

En el momento actual se desconoce su etiología, si bien se ha demostrado que hay un componente inflamatorio, tanto en los aneurismas arterioscleróticos como en los inflamatorios; la diferencia entre ambos parece radicar en la extensión de la inflamación<sup>2</sup>. Otras teorías apuntan hacia reacciones inmunológicas frente al trombo intraluminal, infecciones por citomegalovirus o herpes simples, o incluso enfermedades autoinmunes.

Se ha evidenciado que los aneurismas inflamatorios suelen ser sintomáticos con más frecuencia que los aneurismas convencionales, síntomas entre los cuales destacan la abdominalgia y el dolor de espalda<sup>1-3</sup>. Hay una tríada sintomática característica que consiste en dolor abdominal, aumento de la sedimentación globular y pérdida de peso<sup>2</sup>. Diferentes estudios resaltan que la rotura aneurismática no es tan infrecuente como se postulaba en un principio –dado que la rigidez y fibrosis de la aorta podrían actuar como un medio de contención a la rotura–, ya que la pared posterolateral no suele estar involucrada en el aneurisma y es un punto frecuente de ruptura<sup>3</sup>. Sobre lo que sí hay consenso es que la prueba de imagen de referencia es la tomografía computarizada (TC) con contraste<sup>4</sup>.

En cuanto al tratamiento, aunque aún no hay un consenso acerca de cuál es el mejor manejo para este tipo de aneurismas, al ser una patología de tipo inflamatorio, parece lógico el uso de antiinflamatorios.

Presentamos el caso de un paciente con aneurisma inflamatorio de aorta abdominal tratado satisfactoriamente con corticoterapia.

Varón de 51 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dislipemia y obesidad, ingresado en el servicio de urología por retención urinaria, que tras la realización de una TC abdominal se diagnostica de hidronefrosis por atrapamiento ureteral secundario a aneurisma inflamatorio de aorta abdominal en rango no quirúrgico (3,8 cm de diámetro) (figs. 1A y B, y 2A).

Al no ser susceptible de tratamiento quirúrgico, y teniendo en cuenta las complicaciones secundarias que el aneurisma está causando en el paciente, se decide corticoterapia con tal de reducir el volumen periaórtico responsable de la lesión ureteral mediante una pauta diaria decreciente de corticoides a dosis altas.

En la angio-TC de control a los 4 meses se aprecia el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, cuyas dimensiones máximas en el plano transversal son de 39,9 × 4,1 mm. La masa periaórtica vista en la TC previa ha desaparecido y la sintomatología urológica ha disminuido, pudiéndose retirar el catéter doble J. (fig. 2B).

Pese al éxito del tratamiento con corticoides en este caso, el manejo médico de los aneurismas inflamatorios está muy discutido, los corticoides parecen efectivos para

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruth.fuente.garrido@gmail.com (R. Fuente).

**A** **B**  
**Figura 1** Cortes frontal (A) y sagital (B) de angiotomografía computarizada, en los que podemos observar una masa englobando la aorta (flechas).

**A** **B**  
**Figura 2** Corte transversal de angiotomografía computarizada. A) Previo al tratamiento con corticoides, donde podemos observar importante fibrosis periaórtica. B) Despues de la corticoterapia, la masa periaórtica ha desaparecido casi por completo.

la disminución de la fibrosis peritoneal<sup>5</sup> y, por lo tanto, de las complicaciones del aneurisma, pero no parecen modificar la evolución de este. Por ello, algunos autores afirman que los aneurismas inflamatorios deberían tratarse igual que si fuesen ateroscleróticos<sup>6</sup>.

La cirugía abierta, tratamiento tradicional de los aneurismas, representa un reto para el cirujano, por las características intrínsecas de este tipo de aneurismas. La fibrosis periaórtica y las adherencias a órganos vecinos son especialmente difíciles de manejar. Por ello, una de

las técnicas más utilizadas es el abordaje extraperitoneal izquierdo, puesto que se ha demostrado que la fibrosis parece menos intensa en la pared posterolateral izquierda de la aorta. Estas dificultades técnicas han propiciado que, desde hace unos años, la reparación endovascular de los aneurismas inflamatorios esté tomando cada vez más importancia, ya que es una técnica factible y segura desde el punto de vista técnico, y que ha demostrado unos resultados a medio plazo superponibles a los de la cirugía convencional.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Lacquet JP, Lacroix H, Nevelsteen A. Inflammatory abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 1997;38:1416-21.
2. Crawford JL, Stowe CL, Safiv HJ, Hallman CH, Crawford ES. Inflammatory aneurysms of the aorta. *J Vasc Surg.* 1985;2:113-24.
3. Lindblad B, Almgren B, Bergqvist D, Eriksson I, Forsberg O, Glimåker H, et al. Abdominal aortic aneurysm with perianeurysmal fibrosis : experience from 11 Swedish vascular centers. *J Vasc Surg.* 1991;13:231-9.
4. Atiello MR, Cohen WN. Inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. *J Comput Assist Tomogr.* 1980;4:265-7.
5. Baskerville PA, Blakeny CG, Young AE, et al. The diagnosis and treatment of peri aortic aneurysms. *Br J Surg.* 1983;13:371-4.
6. Hill J, Charlesworth D. Inflammatory abdominal aortic aneurysms a report of thirty seven cases. *Ann Vasc Surg.* 1998;2:352-7.