

CASO INTERESANTE

ANEURISMA TORACOABDOMINAL

Dr. Rafael Espada¹, Dr. Juan Carlos Sánchez¹, Dr. Herbert Maldonado²

Resumen:

Los aneurismas toracoabdominales son poco frecuentes; según la literatura su incidencia es de 1 por cada 100.000 personas siendo esto estimado en la incidencia de los aneurismas abdominales 1-3%. La edad media de aparición es de 65 años y en su mayoría la principal causa es enfermedad aterosclerótica. La clasificación de los aneurismas toracoabdominales es en base a la que describió Crawford: Tipo I- Tipo IV. En la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala se trató un caso de un paciente joven con un aneurisma toracoabdominal según la clasificación de Crawford Tipo III. (*Rev Guatem Cardiol Vol.24, No 2, 2014, pag: 09-10*)

Palabras Clave: Aneurisma Toracoabdominal.

Abstract:

Thoracoabdominal aneurysms are a rare disease; according to the literature the incidence is 1 per 100,000 people this being estimated incidence of abdominal aneurysms 1-3%. The average age of onset is 65 years old and mostly the main cause is atherosclerotic disease. The classification of thoracoabdominal aneurysms is based on that described Crawford: Type I-Type IV. In the Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala a case of a young patient with thoracoabdominal aneurysm was treated as classified by Crawford type III. (*Rev Guatem Cardiol Vol.23, vol 2, 2014, pag:09-10*)

Keywords: Thoracoabdominal aneurysms.

Los aneurismas toracoabdominales son poco frecuentes; según la literatura su incidencia es de 1 por cada 100.000 personas siendo esto estimado en la incidencia de los aneurismas abdominales 1-3%. La edad media de aparición es de 65 años y en su mayoría la principal causa es enfermedad aterosclerótica.⁽³⁾ La clasificación de los aneurismas toracoabdominales es en base a la que describió Crawford: Tipo I- Tipo IV.⁽³⁾ En la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala se trató un caso de un paciente joven con un aneurisma toracoabdominal según la clasificación de Crawford Tipo III.

Paciente masculino de 21 años quien fue referido del Seguro Social con diagnóstico de aneurisma toracoabdominal. Consulta por palpitations de un mes de evolución sin ningún antecedente de importancia. En la angiotomografía se reportó aneurisma toracoabdominal de 13.7cm x 7.2cm en su diámetro transversal el cual se bilobula por debajo del hiato de Winslow y mide 7.5cm. Con lo anterior se llevó a sala de operaciones para resección del aneurisma y colocación de un tubo de dacron toracoabdominal con reconstrucción de los vasos abdominales.

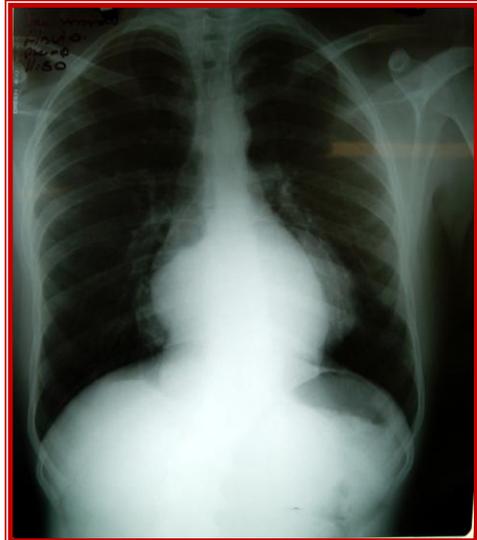


Figura 1 Radiografía de Tórax en donde se logra apreciar una imagen superpuesta a la silueta cardíaca.

Se planeó la resección del aneurisma mediante una incisión toracoabdominal para lograr control vascular, exposición y reconstrucción de los vasos abdominales involucrados.

Los hallazgos durante la cirugía de aneurismas saculares permitieron que su reparación fuera más simple de lo pensado en un principio. Se colocó un parche de dacron como se muestra en la figura 5 y se realizó plicatura del segundo aneurisma sacular.

1.- Cirujano Cardiovascular UNICAR, 2.-Residente Cirugía UNICAR.

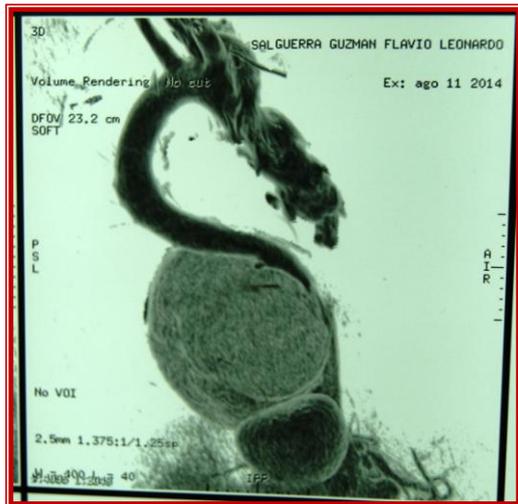


Figura 2 Reconstrucción tridimensional por angiotomografía del aneurisma toracoabdominal en donde se aprecia la bilobulación y su orientación posterior.

Comentario:

Lo reportado en la literatura sobre aneurismas toracoabdominales es muy poco son casos aislados principalmente en casos menores de 30 años. Este es el primer caso operado en la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala con un buen resultado. No se contó con un mapeo genético, el paciente no presentaba signos clínicos de síndrome de Marfan y la patología no reportó hallazgos específicos de algún síndrome hereditario. El paciente estuvo hospitalizado por 16 días y ya fue visto con buena evolución en el servicio de la consulta externa 2 semanas después del alta médica.



Figura 3 Planificación de la incisión.



Figura 4 Exposición del aneurisma toracoabdominal

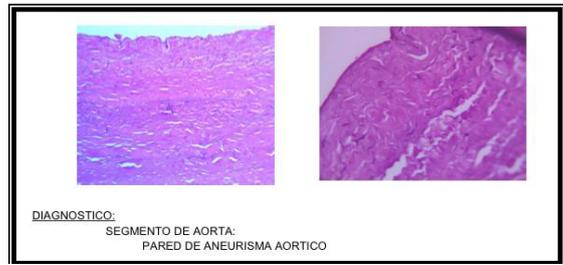
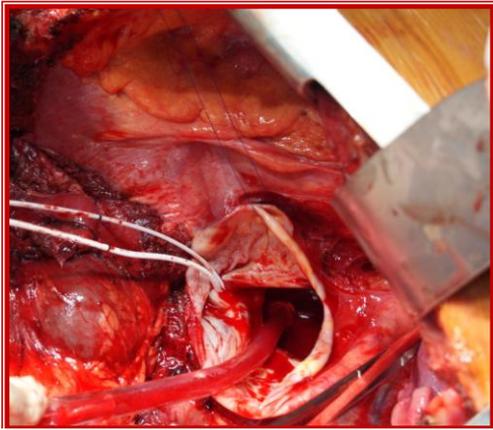


Figura 7 Estudio patológico de la pieza de pared aortica torácica con áreas focales de ausencia endotelial, borramiento focal de fibras elásticas y proliferación de fibras de colágeno. No se observa infiltrado inflamatorio ni calcificación.

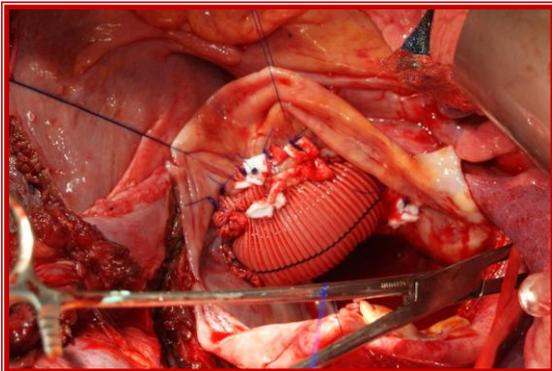


Figura 5 Control vascular y reconstrucción de la aorta torácica con parche de dacron.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Donald B. Doty; John R. Doty. Cardiac Surgery: Operative Technique Second Edition. 2,012
2. E. Stanley Crawford , John L. Crawford, Diseases of the aorta 1,984
3. J. D. López, Aneurisma aórtico abdominal en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza UMAE, Abril-Junio 2,007 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an072a.pdf>
4. Kirklin/Barrat-Boyes; et al. Cardiac Surgery Fourth Edition. 2,013



Figura 6 Seguimiento en la consulta externa 15 días después del alta medico.