

# Aneurisma toracoabdominal congénito gigante

## Giant congenital thoracoabdominal aneurysm

Karla Lisseth Leonher Ruezga,\* José Alfredo Jiménez Gómez,\* Luis Ricardo Ramírez González,\* Ernesto Medina Hernández,\* Jesús Gil Avigna,\* Daniel Schadegg Peña,\*\* Camerina Aguila-socho Gaxiola\*\*

### CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 28 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar lumbalgia severa. Se le solicita radiografía de tórax encontrando ensanchamiento del mediastino. Se continúa con protocolo y se realiza angiotomografía que pone de manifiesto un aneurisma toracoabdominal (Figura

1). Es valorado por angiología quien justifica la presencia de un aneurisma sacular con extensión supra e infradiafragmática con diámetros máximos de 88 x 72 mm, con un trombo en su porción torácica (Figura 2). El paciente es sometido a una reparación endovascular, con colocación de endoprótesis, la que se desarrolla sin complicaciones; quedando de esta manera excluido el tronco celiaco (Figuras 3 y 4).



**Figura 1.** Angiotomografía que pone de manifiesto el aneurisma toracoabdominal.



**Figura 2.** Otra visión de la angiotomografía en donde se aprecia la secularidad con extensión supra e infradiafragmática.

\* Departamento de Cirugía General, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*\* Dirección de Educación e Investigación en Salud, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México.

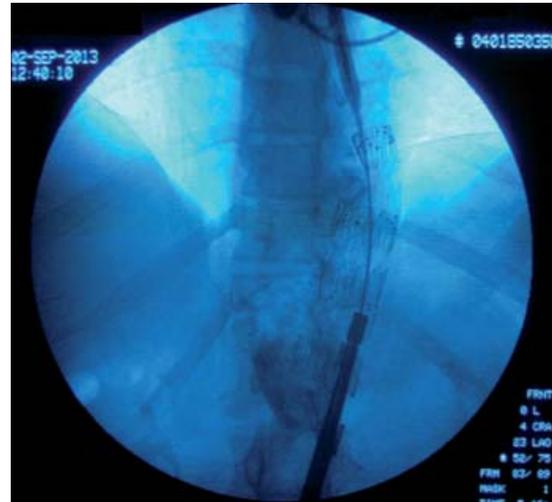
#### Correspondencia:

Dra. Karla Lisseth Leonher Ruezga  
Servicio de Cirugía General. Belisario Domínguez Núm. 1000, Col. Independencia, Tel. 36170060, ext. 31534  
E-mail: karlaleonher@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>



**Figura 3.** Colocación de endoprótesis.



**Figura 4.** Prótesis endovascular con exclusión del tronco celiaco.

Un día después, el paciente desarrolla súbitamente dolor abdominal, hematoquezia y datos de irritación peritoneal; se programa para laparotomía de urgencia en la que se encuentra un hematoma de 3 cm en el borde antimesentérico a 150 cm del ángulo de Treitz. Cinco días más tarde presenta cuadro de oclusión intestinal por lo que se reinterviene quirúrgicamente, encontrando una vesícula biliar necrótica, perforada y sellada e isquemia mesentérica segmentaria de aproximadamente 1.4 m de longitud a 25 cm del ángulo Treitz. Se procede a realizar colecistectomía, resección intestinal y anastomosis primaria. El paciente, al persistir con mala evolución, se decide someter a cirugía por tercera ocasión, cinco días más tarde. En esta ocasión se encuentra dehiscencia total de la anastomosis, por lo que se opta por confeccionar una yeyunostomía. Posteriormente se ingresa a la unidad de cuidados intensivos en donde se mantiene estable. Se traslada a piso cuantificando gastos de yeyunostomía. Finalmente se decide su egreso en espera de realizar reinstalación intestinal.

## DISCUSIÓN

Los aneurismas toracoabdominales pertenecen a un grupo de patologías poco común con un estimado aproximado de 1:10,000 personas. Por lo general, la edad de presentación es en la sexta década de la vida. La etiología en el 80% de los casos es de origen ateroscleroso; sin embargo, el 17% son resultado de una degeneración de una disección aórtica previa.<sup>1,2</sup> La clínica se manifiesta como dolor torácico o abdominal, siendo el síntoma más común, acompañado o no de disfagia y disnea. Si la erosión ocurre en el tracto aerodigestivo, se puede presentar hemoptisis o hematemesis, según corresponda.<sup>2,3</sup> Crawford clasificó los aneurismas en cuatro tipos (*Cuadro I*). La mortalidad que presenta, según la literatura mundial, oscila entre 2 a 30% y se debe principalmente a ruptura en un 69 % de los casos. La indicación para manejo quirúrgico

### Cuadro I. Tipos de aneurismas clasificados por Crawford.

|               |   |
|---------------|---|
| <b>Tipo 1</b> | Abarca toda la aorta torácica descendente hasta la aorta suprarrenal      |
| <b>Tipo 2</b> | Abarca aorta torácica descendente hasta la aorta infra-renal              |
| <b>Tipo 3</b> | Abarca el tercio medio de la aorta descendente hasta la aorta infrarrenal |
| <b>Tipo 4</b> | Abarca toda la aorta abdominal <sup>1,4</sup>                             |

son aneurismas mayores a 6 cm, ya que aneurismas mayores a este diámetro tienen mayor riesgo de ruptura espontánea.<sup>4,5</sup> El manejo de elección es la resección con implante de injerto protésico con implante de tronco celiaco, arteria mesentérica superior, ambas arterias renales y ramas intercostales. Con sobrevivencia a 5 años del 60%. Las complicaciones postoperatorias consisten en paraplejía y paraparestesias, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal aguda en el 6.6 y 20 al 50% y del 5 al 40%, respectivamente, e incluso la muerte.<sup>5</sup>

## REFERENCIAS

- Haimovic H. Vascular Surgery. 5<sup>th</sup> edition. Enrico Ascher (ed). New York. USA: Blackwell; 2004.
- Manus S, Alina MG, Kenneth JD. It's safe to proceed with thoracoabdominal aortic aneurysm surgery after encountering bloody tap during cerebrospinal fluid catheter placement. Journal and Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2006;20(2):269-272.
- Safi HJ, Miller CC, Huynh TT, Estrera AL. Distal aortic perfusion and cerebrospinal fluid drainage for thoracoabdominal and descending thoracic aortic repair; ten years of organ protection. Annals of Surgery. 2003;238(3):372-380.
- David AG, Marcial LM, David SZ, Melinda AM. Thirty-day mortality statistics underestimate the risk of repair of thoracoabdominal aortic aneurysms: a statewide experience. Journal of Vascular Surgery. 2006;43(2):217-222.
- Wahlgren CM, Wahlgren E. Management of thoracoabdominal aneurysm tipe IV. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2005;29(2):116-123.