

## Uropatía obstructiva secundaria a aneurisma aórtico

### Obstructive uropathy secondary to aortic aneurysm

Dres. Espinoza Marcelo;  
González Martín;  
García Mauro;  
García Carlos;  
Burgos Néstor.

#### INTRODUCCIÓN

Los aneurismas inflamatorios de la aorta abdominal (AIAA) representan el 3% al 10% de todos los aneurismas aórticos<sup>1,4</sup> y se caracterizan por un engrosamiento marcado de la pared del vaso, la fibrosis del retroperitoneo adyacente y la adherencia de las estructuras próximas a la pared del mismo<sup>1</sup>. La oclusión de los uréteres por fibrosis retroperitoneal (FR) es una entidad conocida desde la descripción realizada por *Ormond* en 1948<sup>3</sup>, complicación que se observa en un 20% a 40% de las series consultadas<sup>1,4</sup>.

Presentamos el caso de un paciente con AIAA que se manifestó clínicamente por insuficiencia renal obstructiva secundaria al atrapamiento ureteral bilateral.

#### CASO CLÍNICO

Varón de 65 años de edad, tabaquista severo, concurre al Servicio de urgencias acompañado por un familiar quien niega otro antecedente; presenta un cuadro de desorientación temporoespacial, mala perfusión periférica, taquipneico, taquicárdico, y sangrado bucal. El familiar refiere evolución de 48 horas de anuria y episodios de alucinaciones, y 14 días de astenia, adinamia y distensión abdominal. La exploración física al ingreso muestra datos positivos como *Glasgow* 14/15, excitación psicomotriz, lenguaje incoherente, mala mecánica ventilatoria, taquipneico, taquicárdico, abdomen globuloso sin defensa. La T.A. a su ingreso era de 100/60 mmHg, F.C. 160/min. EAB: pH 7,06, PCO<sub>2</sub> 29, PO<sub>2</sub> 99, Bic. 9,6, Exceso de bases -18,1. La bioquímica sérica destacaba los valores de creatinina 24,6 mg/dl y urea 312 mg/dl.

Se progresó una sonda vesical foley 18 french sin débito de orina por la misma. Se practicó una ecografía abdominal que demostró hidronefrosis bilateral a predominio izquierdo, aneurisma fusiforme de aorta abdominal de unos 8,7 cm de diámetro con trombosis excéntrica, que impresiona implicar arterias renales y se extiende hasta la bifurcación ilíaca (Figura 1). Se ingresa a quirófano al paciente para realizar una pielografía ascendente, donde se constata estrechez ureteral bilateral a nivel de L4, por lo que se progresan catéteres doble jota, de 4,7 fr. al derecho y de 6 fr. al izquierdo (Figura 2). Se realizó una TAC de abdomen y pelvis con contraste en la que se apreciaba un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 86 x 77 mm aproximadamente, que se extendía por debajo del nacimiento de las arterias renales y comprometía ambas arterias ilíacas, con trombosis excéntrica y signos de fibrosis periaórtica y uronefrosis bilateral (Figura 3).

El paciente pasó a hemodiálisis, y a las 24 horas de la canalización de los uréteres se obtuvieron diuresis en torno a los 2.700 ml/24 horas, con mejora en los síntomas y los parámetros analíticos, evolucionando con fase poliúrica en días posteriores. Actualmente en plan quirúrgico por el Servicio de cirugía vascular.

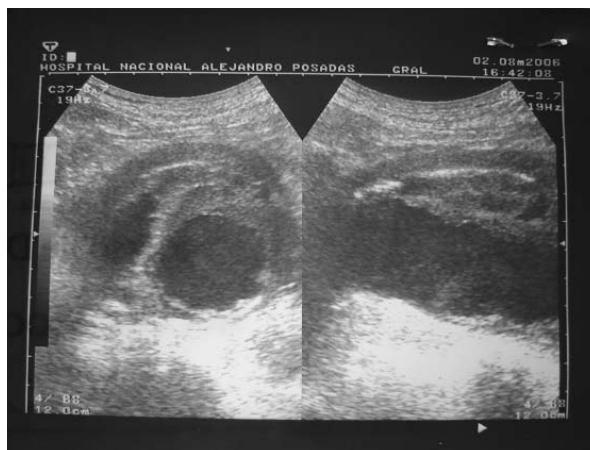


Figura 1.



Figura 2.

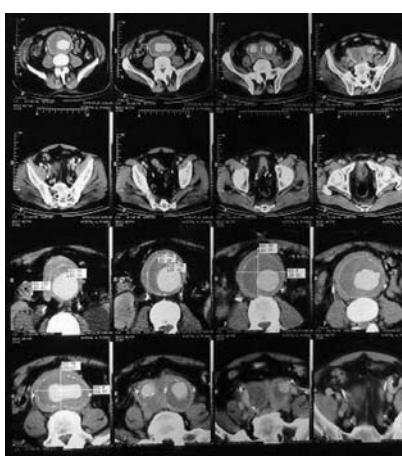
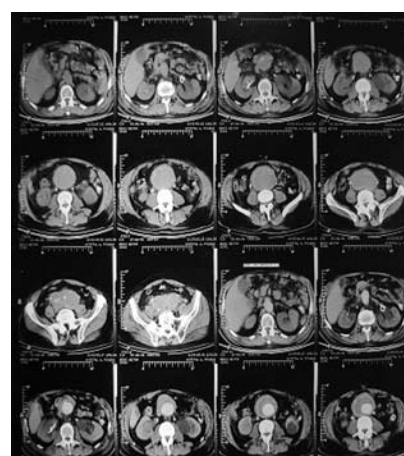


Figura 3.



## DISCUSIÓN

Los aneurismas inflamatorios de aorta abdominal suponen un 3-10% del total de los aneurismas de esta localización<sup>1,4</sup>. Hace más de 30 años que Walker acuñó el término de "aneurisma inflamatorio", refiriéndose al AIAA como una entidad clínica y patológicamente distinta del resto de los aneurismas aórticos<sup>2</sup>. Esta creencia ha sido suplantada por la que dice que es una variante del típico aneurisma con elementos de fibrosis<sup>5</sup>. Aunque su patogenia continúa debatida, se manejan hipótesis tales como considerar que la inflamación es secundaria a la extravasación de sangre subclínica, que la fibrosis es resultante de la compresión de los linfáticos retroperitoneales por los aneurismas, y que la aparición de fibrosis es producida por una reacción autoinmune contra una lipoproteína insoluble de la pared ateromatosa del vaso<sup>5</sup>.

Aunque todos los aneurismas producen algún grado de respuesta inflamatoria, es característico de los AIAA que tal proceso disminuya o se detenga tras la reparación del vaso. Además en estudios recientes, en donde se realizaba tomografía computada seriada en pacientes posquirúrgicos de reparación aneurismática, se confirmaba la regresión de la fibrosis retroperitoneal<sup>7</sup>. Cualquier estructura anatómica cercana a la aorta abdominal puede quedar envuelta por el tejido fibroso perianeurismático, pero la complicación más frecuente es la obstrucción ureteral que se observa en un 20% de las series consultadas<sup>1,4</sup>. La ureterólisis en el mismo acto quirúrgico de la reparación del vaso aneurismático es controvertida, ya que estudios han demostrado que la obstrucción ureteral generalmente resuelve sin intervención<sup>8</sup>. Sin embargo, puede ser necesaria la resolución

quirúrgica de la vía urinaria posteriormente en aquellos pacientes que no evolucionan con mejoría o normalización de los parámetros de función renal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pennel RC, Holier LH, Lie JT, Bernatz y col.: Inflammatory abdominal aortic aneurysms: A thirty-year revision. *J Vasc Sur* 1985; 2: 859-869.
2. Walker Di, Bloor K, Willians G, Gillie I: Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta. *Br J Surg* 1972;59:609-614.
3. Ormond JK: Bilateral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. *J Urol* 1948; 59: 1.072-1.079.
4. Lacquet Jp, Lacroix H, Nevelsteen A, Suy R: Inflammatory abdominal aortic aneurysms. A retrospective study of 110 cases. *Acta Chir Belg* 1997; 97: 286-292.
5. Rasmussen T, Hallett JW: Inflammatory aortic aneurysms: a clinical review with new perspectives in pathogenesis. *Ann Surg* 1997;225:155-164.
6. Kashyan VS, Fang R, Fitzpatrick CM, Hagino RT: Caval and ureteral obstruction secondary to an inflammatory abdominal aortic aneurysm. *J. Vasc. Surg.* 2003; 38(6):1416-1421.
7. Pistolese GR, Ipolitti A, Mauriello A, y col.: Postoperative regression of retroperitoneal fibrosis in patients with inflammatory abdominal aortic aneurysms: evaluation with spiral computed tomography. *Ann Vasc Surg* 2002;16:201-209.
8. Stella A, Gargiulo M, Faggioli Gl, y col.: Postoperative course of inflammatory abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1993;7:229-238.