

Aneurisma de aorta abdominal en la infancia, de origen arterioscleroso.

A propósito de un caso

FEDERICO J. BENETTI (*), BEATRIZ N. DE MELETTI (**), LUIS F. BUSNELLI (*), OSVALDO S. LAUDANNO (*), RICARDO F. ROFFO (*), JUAN CARLOS LINARES CASAS (***) y PABLO BENETTI APROSIO (****)

**Departamento de Cirugía Cardiovascular
Instituto de Cardiología «Dr. Luis González Sabathie»
Servicio de Cirugía Cardio-Torácica del Hospital Español
Rosario (Argentina)**

Introducción

La arteriosclerosis en lactantes y en niños es una entidad que se describe cada vez con mayor frecuencia en diversas formas de presentación clínica y en distintos órganos, corazón, pulmones y todo el sistema vascular.

La forma ectásica no está descrita en la literatura. A este propósito queremos presentar el caso y su «follow-up» de una niña de 9 años de edad, que sufría un aneurisma de aorta abdominal de origen arterioscleroso.

Observación:

Z. P., niña de 9 años de edad, raza blanca. Se interna por intensos dolores abdominales. Al examen físico comprobamos un soplo sistólico y un tumor abdominal, palpable y pulsátil en la zona infra y paraumbilical, con todas las características de un aneurisma de aorta. Resto del examen vascular y general, normal.

Laboratorio: Hg, 3.300.000; Bl. 5.100; Ht. 29 %. Colesterolemia, 225 mg. %. Lipidograma: Alfalipoproteínas, 30 %; prebetalipoproteínas, 13 %; betalipoproteínas, 57 %.

Radiología: La placa de tórax no muestra particularidad alguna. La directa de abdomen muestra una masa bien delimitada de bordes calcificados en la zona de ubicación de la aorta abdominal.

Cateterismo y angiografía: Presiones normales en todas las cavidades, sin gradiente valvular aórtico ni pulmonar. Ausencia de cortocircuito. A la angiografía se observa válvula aórtica bicúspide y se evidencia un aneurisma de aorta abdominal bien delimitado por debajo de las arterias renales y sin comprometer las ilíacas.

(*) Cirujano cardiovascular.
(**) Anatomopatólogo.
(***) Hemodinamista.
(****) Jefe de Cirugía Cardiovascular.

Protocolo operatorio: Intervención quirúrgica con incisión mediana supra e infraumbilical. Se abrió el retroperitoneo y se encontró un típico aneurisma de aorta abdominal con bordes bien calcificados, aneurisma que fue resecado y reemplazada la aorta con una anastomosis de Dacron de 10×6 mm. término-terminal en aorta e ilíacas. Cierre por planos. Evolución satisfactoria.

Anatomía patológica: a) Descripción macroscópica: Fragmento semicircular de tejido que mide 12×6×0,4 cm., cuya superficie externa tiene forma convexa, color rojo y se halla recubierta por una adventicia que presenta focos de electrocoagulación. El grosor de la pared no es uniforme, debido a la presencia de depósitos amarillentos, laminaciones y calcificaciones. La cara interna, cóncava, es de superficie irregular y presenta focos nodulares de color amarillo subido, consistencia calcárea y microefracciones. La cuña de tejido hepático es de aspecto normal. b) Descripción microscópica: Reemplazo de gran parte de la estructura elástica de la pared vascular por lesiones de diferente cronología, que oscilan desde necrosis hemorrágica con escasa reacción inflamatoria aguda hasta la verdadera calcificación. Esta adopta la disposición en pequeños gránulos basófilos aislados o bien en grandes placas amorfas. Rodean a los focos de calcificación depósitos de lípidos que se ponen netamente de manifiesto con coloraciones específicas (Rojo escarlata). Las fibras elásticas se conservan en las porciones externas de la pared, mostrando signos de microfragmentación, duplicación y diferentes grados de tortuosidad. Es importante la hialinización subintimal; se observan algunos infiltrados mononucleares adventiciales perivasculares. El tejido hepático no muestra alteraciones microscópicas.

Favorece la etiología arteriosclerosa de este caso: 1) la localización en aorta infrarenal, b) la infiltración grasa-Ca++ (ateromatosis) y c) la conservación de la capa elástica en la periferia del vaso.

CONCLUSIONES

Sin duda está descrita la presentación de aneurismas abdominales de diversa etiología en la infancia. Lo que llama la atención en este caso es que la niña no presenta antecedentes familiares de arteriosclerosis y su Laboratorio estaba perfectamente normal: y la presentación de la forma ectasiante bien localizada en la aorta abdominal.

La evolución fue satisfactoria dos años después de operada, a pesar de que se plantea el futuro de ella en cuanto al crecimiento de su aorta abdominal.

Llama poderosamente la atención su anatomía patológica que, sin discusión, es de origen arterioscleroso.

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 9 años de edad que sufría un aneurisma de aorta abdominal de origen arterioscleroso. Evolucionó bien de su cirugía y se halla en perfectas condiciones dos años después de operada. Se discute la localización y la forma de presentación del mismo.

SUMMARY

One case of arteriosclerotic aneurysm of abdominal aorta in a female (nine-year-old) is presented. Two years postoperative (Dacron graft) she remains in good health. Detailed anatomopathological study was carried out.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abbott, M. y Hamilton, W. F.:** Coarctation of the aorta of the adult type. «Am. Heart J.», 3: 381, 1928.
2. **Antzis, E.; Dunn, J.; Schilers, A. J.:** Rupture of abdominal aneurysm into the gastro-intestinal tract. «Am. J. Med.», 11:531, 1951.
3. **Babes, V. y Mironescu, T.:** Ueber dissezierende arteriitis und aneurysma dissecans. «Beitr. path. Anat.», 48:22, 1910.
4. **Baer, R. W.; Taussig, H. B.; Oppenheimer, E. H.:** Congenital aneurysm dilatation of the aorta associated with arachnodactyly. «Bull. Johns Hopk. Hosp.», 72:309, 1943.
5. **Baer, S. B. y Lowenberg, S. A.:** Aortic aneurysm simulating organic disease of the gastro-intestinal tract. «Gastroenterology», 10:617, 1948.
6. **Blackmore y Wooter:** Anévrysmes de l'aorte: 365 cas. «Angiology», 5:209, 1954.
7. **Blondeau, P.:** Anévrysmes congénital de l'iliaque primitive droite. «Mém. Acad. Chir.», 36:865, 1960.
8. **Cooley, D. y Taylor, M.:** Aneurysm of thoracic aorta in an infant treated by resection and arterial homograft. «J. Pediat.», 49:185, 1956.
9. **Cullhed, L.; Lodin, H.; Ma'ers, J.:** Mega aorta in a young man. «Am. Heart J.», 60:128, 1960.
10. **Daniel Rollia, A.:** Aneurysm of the subclavian artery in an infant. «J. Thorac. Surg.», 14:487, 1945.
11. **Danlos, M.:** Un cas de Cutis laxa avec tumeur par contusion chronique des coudes et des genoux. «Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.», 19:70, 1908.
12. **Davis, J. H.; Benson, J. W.; Miller, R. C.:** Thoraco-abdominal aneurysm involving coeliac superior mesenteric and renal arteries. «A.M.A. Arch. Surg.», 75:871, 1957.
13. **Elliot, J. A. y Mac Keuzie, A. D.:** Ruptured abdominal aortic aneurysm. «Surgery», 46:605, 1959.
14. **Eppinger:** Pathogenetic des anevrysmen einschliesslich des anevrysmia aqul verminosum. Arch. klin. Chir., 1887, suppl. 35:563.
15. **Erb, B. D. y Tullis, I. F.:** Dissecting aneurysm of the aorta the clinical feature of thirty autopsied cases. «Circulation», 22:315, 1960.
16. **Fenn, W. y Musgrove, J.:** Common iliac artery aneurysm in a boy of six years of age. «Ann. Surg.», 147:109, 1958.
17. **Ferrand, J.; Mussini-Montpellier, J.; Marsan, C.; Aboulo'a, M.:** Les anévrysmes congénitaux de l'aorte abdominale et de ses branches. «J. Chir.», 88:501, 1964.
18. **Gibson, T. A.:** Aneurysm of the lower abdominal aorta with rupture in a 16 months old infant. «Am. J. Dis. Chil.», 71:654, 1946.
19. **Hukill, I. B.:** Healed dissecting aneurysm in cystic medial necrosis of the aorta. «Circulation», 15:540, 1957.
20. **Hunt, H. H. y Weller, C. V.:** The syndrom of abdominal aortic aneurysm rupturing into the gastrointestinal tract. «Am. Heart J.», 32:571, 1946.
21. **Kusick, Mac V. A.:** Heritable disorders of connective tissue. «J. Chron. Dis.», 2:609, 1955. 2: n.º 3, 1972.
22. **Leriche, R.:** «Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses.» Masson et Cie., édit., Paris, 1949.
23. **Marvel, R. J. y Genovese, P. D.:** Cardiovascular disease in Marfan's syndrome. «Am. Heart J.», 42:814, 1951.
24. **Mayor, G. E. y Davidson, L. D.:** Rupture d'anévrysmes de l'aorte abdominale et son traitement. «Brit. J. Surg.», 47:292, 1959.
25. **Moore, S. W. y Wantz, G.:** Anévrysmes de l'aorte abdominale. «Surg. Clin. N. Amer.», 41:497, 1961.
26. **Muendel, H. J. y Pilpal, M.:** Rupture of aortic aneurysm with duodenal hemorrhagy. «J. Med. Soc. N. J.», 51:280, 1954.
27. **Petch, C. P.:** Congenital aneurysm with valvular stenosis and dissecting aneurysm. «Brit. Heart J.», 14:147, 1952.