

1Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Grupo Inmunopatólogo, Santander, España. 2Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. 3Departamento de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas aórticos y/o la disección aórtica son complicaciones vasculares graves que pueden deberse a una enfermedad inflamatoria subyacente, como la arteritis de células gigantes

OBJETIVO

En biopsias de muestras aórticas de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular evaluamos: a) patrón patológico inflamatorio y no inflamatorio, b) asociación con una entidad inflamatoria subyacente.

MÉTODO

Se revisaron las muestras aórticas de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular por aneurismas aórticos y/o disección aórtica de enero de 2017 a diciembre de 2018 y de febrero de 2022 a diciembre de 2023 en un hospital universitario de referencia. Las biopsias se diferenciaron en patrón inflamatorio y no inflamatorio. El patrón inflamatorio se definió por la presencia de hallazgos histológicos inflamatorios en cualquiera de las capas aórticas. Las biopsias fueron analizadas por un patólogo experto. Además, todas las historias clínicas y los pacientes fueron estudiados por un reumatólogo para descartar una enfermedad inflamatoria subyacente previa, en la cirugía o durante el seguimiento.

TABLA. Características principales de 97 biopsias aórticas en el momento de la intervención quirúrgica.

	Total n=97	Inflamatorio n=65	No-Inflamatorio n=32	p
General				
Edad (media±DE) al diagnóstico	63.4±11.2	63.3±9.8	63.5±13.9	0.932
Mujer/Hombre, n (% Mujer)	20/77 (20.6)	14/51 (21.5)	6/26 (18.8)	0.999
Factores de riesgo cardiovascular				
Hipertensión, n (%)	59 (61.5)	41 (64.1)	18 (56.3)	0.509
Dislipemia, n (%)	46 (47.9)	34 (53.1)	12 (37.5)	0.194
Diabetes, n (%)	16 (16.7)	13 (20.3)	3 (9.4)	0.248
Historia actual o previa de tabaquismo, n (%)	53 (55.2)	38 (59.3)	15 (46.9)	0.281
Infarto, n (%)	6 (6.3)	4 (6.3)	2 (6.3)	0.999
Ictus, n (%)	5 (5.2)	3 (4.7)	2 (6.3)	0.999
Localización de la biopsia				
Aneurisma torácica	88 (90.7)	58 (89.2)	30 (93.8)	0.713
Aneurisma abdominal	2 (2.1)	2 (2.1)	0 (0)	0.999
Disección sin aneurisma	7 (7.2)	5 (7.7)	2 (6.3)	0.999
Síntomas a la cirugía				
Dolor torácico, n (%)	27 (28.1)	18 (28.1)	9 (28.1)	0.999
Disnea, n (%)	38 (39.6)	23 (35.9)	15 (46.9)	0.377
Asintomático, n (%)	36 (37.5)	24 (37.5)	12 (37.5)	0.999
Manifestaciones reumatológicas				
Hiperalgnesia del cuero cabelludo, n (%)	1 (1)	1 (1.6)	0 (0)	0.999
PMR, n (%)	2 (2.1)	1 (1.6)	1 (3.1)	0.999
Claudicación mandibular, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.999
Reactantes de fase agudas				
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	0.4 [0.4-0.4]	0.4 [0.4-0.9]	0.4 [0.4-0.4]	0.393
Tamaño de aneurisma (mm), media±DE	53.3±12.9	55±15.4	50.2±4.9	0.042
Disecciones, n (%)	18 (18.6)	13 (20)	5 (15.6)	0.783
Muertes, n (%)	19 (19.6)	10 (15.4)	9 (28.1)	0.175

RESULTADOS

97 pacientes (77 hombres/20 mujeres; edad media de 63,4±11,2 años) intervenidos quirúrgicamente de aneurisma aórtico y/o disección aórtica. Aneurisma de aorta torácica (n=88; 90,7%), aneurisma de aorta abdominal (n=2; 2,1%) y disección aórtica sin aneurisma previo (n=7; 7,2%). Los patrones patológicos fueron inflamatorio (n=65; 67%) y no inflamatorio (n=32; 23%) (Tabla).

No hubo diferencias demográficas, de factores de riesgo cardiovascular, clínicas y analíticas entre ambos grupos (patológico inflamatorio vs no inflamatorio). Diecinueve (19,6%) pacientes fallecieron; durante la cirugía cardiovascular (n= 14) y en el seguimiento (n= 5).

Los principales hallazgos histológicos de los 65 pacientes con patrón inflamatorio se resumen en la figura. Se identificaron dos hallazgos comunes, la afectación de los vasa vasorum (n= 35; 36,8%) y la fibrosis periaórtica (n= 27; 28,4%). La presencia de células gigantes se observó en 3 (3,2%) pacientes, ninguno de ellos tenía ACG, ni desarrolló ACG posteriormente.

El estudio de una enfermedad inflamatoria subyacente mostró 2 (2%) pacientes diagnosticados previamente de ACG y 1 paciente (1,1%) con ACG diagnosticada tras la cirugía. Dos de los 3 pacientes presentaban un patrón inflamatorio con afectación de los vasa vasorum y fibrosis periaórtica; sin embargo, el otro diagnosticado previamente tenía un patrón no inflamatorio. Ningún otro paciente presentó un cuadro inflamatorio tras la cirugía.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes que se someten a cirugía por un aneurisma aórtico y/o una disección aórtica no tienen ni tendrán una enfermedad inflamatoria, independientemente de la presencia de hallazgos inflamatorios en la biopsia.

FIGURA. Principales hallazgos patológicos en biopsias de 65 muestras con patrón inflamatorio.

