

E X T R A C T O S

RUPTURA DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RUPTURA AGUDA DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL. COMUNICACION DE DOS CASOS (*Surgical treatment of acute rupture of abdominal aortic aneurysms; report of two cases.*). — FARRAR, TURLEY; ADSON, MARTIN A.; KIRKLIN, JOHN W.; MARTIN, WILLIAM S. y BARKER, NELSON W. "Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic", vol. 31, n.º 10, pág. 301; mayo 1956.

Un dolor agudo en el abdomen o espalda en presencia de un aneurisma de aorta abdominal suele significar su ruptura en el espacio retroperitoneal. Estos aneurismas pueden permanecer mudos hasta que sobreviene tal complicación e incluso pueden perforarse en la cavidad peritoneal libre o en una víscera hueca.

En los últimos cuatro años han sido propuestos tratamientos quirúrgicos capaces de proporcionar éxitos inmediatos. Los autores pasan seguidamente revista a los procedimientos anteriormente empleados como ligadura, "wiring" y electrocoagulación, celofán fibroplástico y combinación de algunos de ellos.

Finalmente citan la resección del aneurisma y reconstrucción del árbol arterial por injerto o prótesis, y presentan dos casos en que este procedimiento se llevó a cabo en ocasión de la ruptura de sendos aneurismas de la aorta abdominal.

En el primero, hombre de 66 años con masa pulsátil abdominal desde hacía 14 años y sólo 3 semanas de molestias, se trataba de un aneurisma arteriosclerótico que fué resecado y sustituido por una prótesis de tejido de nylon. A los 12 días amputación de la pierna derecha, saliendo del hospital 18 días después.

En el segundo, hombre de 71 años con masa abdominal pulsátil advertida 6 meses antes y rotura del aneurisma unas 20 horas antes de su ingreso en la Clínica en estado de "shock". Se trata de un gran anaurisma que fué resecado y sustituido por una prótesis en Y de Ivalon, practicando además una gangliectomía bilateral (L-3). Después de un curso postoperatorio altamente satisfactorio salió de la Clínica en buen estado a los 15 días de operado.

La experiencia de los autores, así como la de otros muchos, muestra

que es posible extirpar la lesión y sustituir el segmento enfermo sea por un injerto homólogo sea por una prótesis adecuada. Es evidente sin embargo que en los casos agudos la mortalidad y la eventual pérdida de una extremidad inferior serán mayores que en los casos en que el tratamiento se plantea en un momento oportuno.

VÍCTOR SALLERAS

RUPTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL. CONTROL TRANSTORÁCICO (*Ruptured abdominal aneurysm. Transthoracic control*).
— MERENDINO, K. A. "Surgery, Gynecology and Obstetrics", vol. 103, n.º 5; noviembre 1956.

La ruptura de un aneurisma abdominal es una urgencia quirúrgica que puede tratarse mediante la colocación de un injerto. El dolor tiene gran importancia como síntoma de haberse producido una ruptura o de amenaza de ella, y puede presentarse horas o semanas antes de que tenga lugar la ruptura clínica. Generalmente existe un período de gracia de algunas horas que permite una tentativa de corrección quirúrgica. La mortalidad operatoria es muy elevada pero puede reducirse con el control transtorácico de la aorta.

El cirujano vascular siempre ha buscado controlar todas las áreas con posibilidades de sangrar antes de una terapéutica definitiva. Esta es la base fundamental que hace que el control transtorácico de la aorta sea una maniobra lógica. Pero además tiene otras virtudes. Puede ayudar a solventar el serio problema que se presenta cuando se produce una entrada accidental en un hematoma retroperitoneal contiguo al desgarro aórtico, sobre todo si éste está situado en la porción alta, lateral o posterior, de la aorta subrenal. Puede ayudar a controlar la hipotensión que se produce en el período de inducción de la anestesia. Y puede evitar la pérdida de sangre adicional que se produciría en el momento de la incisión laparotómica cuando la presión intraabdominal, aumentada en estos casos, se reduce para equilibrarse con la atmosférica.

La técnica es la siguiente:

1. Se afeita el abdomen y la región torácica izquierda.
2. Con el paciente despierto y en posición supina sobre la mesa de operaciones, se preparan los campos operatorios abdominal y torácico.
3. Inmediatamente antes de empezar la anestesia se verifica una transfusión rápida de 1 ó 2 unidades de sangre.
4. Se realiza una inducción rápida con ciclopropano y la intubación con la ayuda de succinil colina. En manos expertas, el paciente está preparado para la incisión en un minuto.

5. Tan pronto el paciente está anestesiado, se verifica una incisión de toracotomía anterior izquierda sobre el noveno espacio intercostal, se secciona la novena costilla por delante y por detrás y, si es necesario, puede seccionarse también la octava costilla. Se coloca un separador y se localiza la aorta. Si se ha producido un descenso de presión importante, se comprime la parte inferior de la aorta contra la columna vertebral. De modo periódico se descomprime parcialmente hasta que se ha estabilizado la presión. Se designa un ayudante para la compresión de la aorta y que estará pendiente de los cambios de presión.

6. Se hace una incisión de laparotomía. En caso de una caída de presión se utiliza la compresión aórtica según sea necesario. La operación ahora puede proseguir con mayor tranquilidad en la seguridad de que la situación es controlable. Si se produce una entrada accidental en el hematoma contiguo al desgarro aórtico, se evita el peligro inmediato mediante el control aórtico transtorácico. La hemorragia retrógrada es pocas veces un serio problema. Si es necesario, se ocluyen fácilmente las ilíacas, y la hemorragia por las arterias lumbares generalmente no es muy grande. Así, la importante disección proximal puede hacerse sin prisas y cuidando de evitar la lesión de la tercera porción del duodeno, de la vena cava inferior y de las arterias renales. Tan pronto como se coloque el "clamp" en la aorta subrenal, ya no es necesario el control torácico de la aorta; la operación entonces sigue como de costumbre.

Dos posibles desventajas pueden disminuir el valor de este método. Están en relación con el tiempo que puede permanecer ocluida la aorta a este nivel sin temor a producir lesiones isquémicas permanentes en la medula y cola de caballo y en los riñones. Parece que una compresión intermitente de 15 minutos con interrupciones de 1 a 2 minutos es suficiente para evitar la lesión de la medula. Los riñones son menos sensibles que la medula a la anoxia y tolerarían períodos mayores de isquemia.

RAMÓN CASARES

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RUPTURA DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA (*Surgical treatment of ruptured aortic aneurysms*).— SHUMACKER, HARRIS, B. Jr. y KING, HAROLD. "A. M. A. Archives of Surgery", vol. 71, pág. 768; noviembre 1955.

Los aneurismas de la aorta constituyen una grave enfermedad. Su ruptura es siempre un accidente mortal. Sólo el tratamiento operatorio puede salvar la vida de estos enfermos. Los autores presentan cinco casos de rup-

tura de aneurisma de la aorta tratados operatoriamente, resaltando la necesidad de operar lo más rápidamente posible y la posibilidad de exéresis del aneurisma, a pesar de la hemorragia en los tejidos retroperitoneales.

De la lectura de los cinco casos presentados se desprende que las operaciones paliativas no evitan la ruptura. El primer caso, un hombre de 70 años, había sido operado seis meses antes de la ruptura, reforzando su pared con esponja de Ivalon. El segundo caso, una mujer de 59 años, tratada por alambramiento tres años antes, sufrió ruptura retroperitoneal del aneurisma. Curó con extirpación e injerto de nylon.

Se destaca la necesidad de intervenir rápidamente para evitar la muerte. Por otra parte, en los casos de intervención tardía, el colapso prolongado puede determinar isquemia renal y muerte por uremia. De los cinco casos presentados, las dos únicas muertes lo fueron por este mecanismo.

En los cinco casos se practicó la extirpación del aneurisma e injerto de nylon. En dos casos fué necesaria una endarteriectomía de las ilíacas para conseguir la permeabilidad distal.

La hemostasia provisional por encima y debajo del aneurisma, durante las maniobras de disección y extirpación, origina con facilidad trombosis en las arterias de las extremidades, obligando en ocasiones a operaciones desobstructivas en estos vasos.

Los aneurismas de la aorta deben ser tratados siempre operatoriamente para evitar una de sus complicaciones más terribles, la ruptura. En los casos de aneurisma de la aorta abdominal con ruptura en los tejidos retroperitoneales, una operación urgente, la extirpación e injerto, puede salvar la vida de estos enfermos.

TOMÁS ALONSO

ABDOMEN AGUDO POR RUPTURA DE ANEURISMA AÓRTICO IGNORADO.—BALSELLS SAMORA, J. "Acta Clínica" de Hemeroteca Médica, n.^o 1; **enero 1956.**

Los accidentes vasculares agudos de los aneurismas son relativamente frecuentes en las localizaciones cerebral y cardiovártica, y poco habituales o escasos en la aorta descendente en su porción intraabdominal. Más a menudo se manifiestan en esta última porción, síndromes dolorosos abdominales (angor, trombosis, arteritis, etc.), que son la mayoría de las veces difíciles de interpretar.

El cuadro clínico que presentó el paciente objeto de esta comunicación, dió lugar a un síndrome que guardaba cierta relación con una oclusión intestinal, aunque desde luego había muchas dudas para poder establecer una orientación firme en este sentido.

Historia clínica.

J. B. G., de 63 años, casado, carpintero.

Antecedentes personales: No ofrecen interés y no guardan relación con la enfermedad actual. El 2 de marzo de 1954, fué intervenido de hernia inguinoescrotal derecha con curso postoperatorio normal.

Enfermedad actual: En plena salud aparente y sin presentar ninguna molestia, el 17 de mayo de 1954, aquejó dolor de mediana intensidad en la región periumbilical, que cedió parcialmente con la aplicación local de calor húmedo para ir reapareciendo en forma de dolores cólicos; se acompañó de vómitos, primero alimenticios y más tarde de color oscuro (*fecaloideos?*).

Transcurrieron treinta y seis horas, en el curso de las cuales el dolor fué más soportable, produciéndose una evacuación espontánea. No repitieron los vómitos, ni presentó elevaciones térmicas.

Al examinarlo de urgencia, el paciente, aunque con el sensorio despejado, presentaba la facies desencajada por el sufrimiento, los labios estaban cianóticos y la lengua seca. Mantenía la apirexia. La presión arterial era de 11 de máxima y 8 de mínima. El pulso aunque rítmico, latía a 130 por minuto. El enfermo no advertía ruidos intestinales y no expulsaba gases. El abdomen estaba timpanizado, excepto en una área de unos 20 cm., periumbilical, que era mate. No existía contractura abdominal a la palpitación, y en el área ante dicha se apreciaba la existencia de una masa o empastamiento, poco dolorosa, no fluctuante ni adherida a la piel pero sí lo estaba en profundidad como lo demostraba la poca movilidad.

Por otra parte la antigua herida y región operatoria era normal.

Con diagnóstico de "abdomen agudo" fué intervenido de urgencia, tomando las precauciones preoperatorias de rigor.

Abierto el abdomen, por laparotomía suprainfraumbilical, se observó una extensa esquimosis en el mesenterio, con integridad anatómica de todas las vísceras.

La masa periumbilical estaba muy adherida por su centro y sólo se podía abarcar parcialmente por los lados, sin llegar a su cara posterior.

Se pensó entonces en la posibilidad de que se tratase de un quiste de origen pancreático con hemorragia intraquística, o de un aneurisma aórtico, si bien faltaba la pulsación y expansión características.

Incindida la capa serosa que recubría la tumoración, previa punción exploradora, que fué negativa, salió sangre líquida de color rojo rutilante. Introduciendo los dedos y después la mano por la brecha practicada, se exteriorizó una masa tumoral sacciforme que se desgarró espontáneamente, apareciendo con un agujero superior y dos inferiores.

Taponado el campo operatorio, fué cohibida parcialmente la profusa hemorragia que inundaba el mismo. El enfermo se agravó con rapidez determinándose el "exitus" en la propia mesa de operaciones.

Cerciorados de ello, fué ampliado y explorado de nuevo el campo ope-

ratorio, maniobras que permitieron deducir que lo que había sido exteriorizado era un saco aneurismático de la aorta, con un orificio superior aórtico y dos inferiores correspondientes a las ilíacas primitivas.

La apertura de la pieza mostró una superficie interna con acentuada esclerosis ateromatosa, más acusada en su porción superior.

Esta amplia exploración anatómica, permite una interpretación precisa del síndrome descrito: ruptura parcial del aneurisma (dolor inicial), con la consiguiente hemorragia que produjo una colección de sangre líquida entre el aneurisma y la hoja peritoneal. Esta hemorragia determinó un doble síndrome, local y general: localmente, irritación de la serosa, traducida por dolor, vómito, meteorismo y parálisis intestinal, y manifestaciones de colapso vascular (palidez, caída de la tensión arterial, taquicardia, oliguria, sed intensa, etc.).

Finalmente es interesante hacer resaltar la buena tolerancia con que el enfermo llevaba este aneurisma, que no cabe la menor duda databa de varios años; la falta de síndrome clínico que delatase su existencia; y que en el curso postoperatorio, cuando fué intervenido de hernia, no apareció ninguna manifestación que lo hiciese sospechar, por no haber presentado ningún cuadro de insuficiencia circulatoria en las extremidades inferiores.

TOMÁS ALONSO

LAS RUPTURAS DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL (*Les ruptures des anévrismes de l'aorte abdominale*). — DE CALUWE, J. "Acta Chirurgica Belgica", n.^o 8, pág. 813; noviembre 1955.

Lo esencial en los aneurismas, en particular de la aorta abdominal, es el diagnóstico precoz. La mayoría de los aneurismas de la aorta no se manifiestan clínicamente hasta después de su ruptura, siendo con frecuencia un hallazgo de autopsia.

El interés de su estudio, entre otros, es el de resaltar algunos errores que es preciso evitar y el de revisar los posibles éxitos de ciertas intervenciones quirúrgicas.

Se efectúa un detallado estudio referente a la ruptura de los aneurismas de la aorta abdominal y se llega a las siguientes *conclusiones*:

Basándonos en seis observaciones, que presentamos, emitiremos las consideraciones siguientes:

1. La ruptura de un aneurisma abdominal se manifiesta como un síndrome abdominal de inicio siempre sobreagudo.

2. Este síndrome se acompaña de una reacción general vascular que hace pensar en un infarto de miocardio o de mesenterio, es decir, estado de

"shock" que no puede distinguirse con certeza de una hemorragia interna grave. Hemos visto este estado en las heridas arteriales sin hemorragia intensa.

3. La muerte no es consecuencia de una hemorragia fulminante, abundante ni masiva, sino del estado de "shock" y de lesiones nefríticas con uremia. Rara vez el desgarro es brutal, pues se trata de una disección lenta, fisuraria, que deja rezumar la sangre en la masa inflamatoria que se ha ido formando con lentitud alrededor de la aorta.

4. Se puede, pues, esperar algún tiempo antes de actuar sobre la lesión para colocarnos en condiciones ideales. La evolución se hace en dos tiempos: uno agudo, seguido de mejoría satisfactoria pero engañosa; luego, agravación progresiva probablemente por lesiones nefríticas.

5. Sin hemostasia preventiva sólo se obtiene una hemorragia fulminante e incontrolable.

6. Si el caso se presenta al cirujano en una laparatomía, es mejor no insistir y retirarse prudentemente para evitar la hemorragia.

7. Si el cirujano tiene instrumental apropiado y está habituado a la cirugía vascular puede proceder así:

a) "Clampage" previo de la aorta por encima del aneurisma por toracotomía, y b) prolongación de la incisión al abdomen y resección del saco. Si es posible sutura directa o injerto aórtico humano conservado.

ALBERTO MARTORELL