

ANEURISMA DE LA ARTERIA ILIACA PRIMITIVA DERECHA FISTULIZADO EN LA VENA CAVA INFERIOR. ASISTOLIA. OPERACION. CURACION*

V. F. PATARO, E. L. ARANA y S. NINO
Hospital Rawson. Buenos Aires (Argentina)

El origen espontáneo de las fistulas arteriovenosas de las arterias periféricas del organismo es extraordinariamente raro. Cuando se producen, suelen ser una secuela o complicación de un aneurisma arterial preexistente, por contraer el saco aneurismático adherencias con la vena vecina y acabar por establecer una comunicación por erosión o atrofia del tabique que los separa (MATAS, (1)). El mismo autor cita a BOINET que reúne 114 casos de esta índole, de los cuales 20 corresponden a fistulas entre la aorta y la vena cava inferior. A esta rareza en la etiología se agrega, además, la poca frecuencia de estas fistulas a nivel de vasos de tan gran calibre como son la aorta y sus ramas de bifurcación; por ello la bibliografía es pobre en referencias sobre pacientes tratados por tal situación.

LEHMAN (2), en 1938, intentó por primera vez operar un paciente portador de una fistula entre la aorta y la vena cava inferior: el enfermo falleció por hemorragia a las 15 horas de la operación. BIGGERS (3), en 1944, presentó una observación de una fistula arteriovenosa traumática localizada en la porción distal de la aorta abdominal y la vena cava inferior. La reparación se llevó a cabo por ligadura proximal de la aorta con cintilla de hilera, cerrando la fistula con puntos de seda pasados a través de la pared de la vena cava inferior. Tres meses después de la operación la ligadura cortó la aorta y el paciente falleció de hemorragia.

LINTON y WHITE (4), en 1945, describieron un caso de fistula arteriovenosa de origen traumático localizado entre la arteria ilíaca primitiva derecha y la vena cava inferior. Lo interesante de esta observación es que en los antecedentes del paciente figuraba la extirpación de un disco intervertebral herniado operado con felicidad ocho meses antes. Como primer tiempo efectuaron simpaticectomía lumbar y posteriormente practicaron la sección del segmento de la arteria ilíaca primitiva comprendido en la fistula y ligando la vena ilíaca externa derecha.

En abril de 1946, PEMBERTON, SEEFIELD y BARKER (5 y 6), de la Clínica Mayo, refieren el caso de un paciente que concurre a la clínica por episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, refiriendo en sus antecedentes una herida de bala en la base del tórax, recibida siete años antes. En la in-

* Comunicación al III Congreso Latinoamericano de Angiología, La Habana 1956.

tervención realizada por vía transperitoneal efectúan el cierre de la fístula, estimada entre 10 y 15 mm. de diámetro, a través de la gran vena cava inferior (6 cm. de diámetro), practicando de esta manera una endoaneurismorrafia transvenosa (MATAS-BICKHMAN).

La observación de EISEMAN y HUGHES (7), en 1956, es de singular interés por varias razones: Hombre de 61 años, sin antecedentes, que ingresa en anasarca; el examen reconoce los signos de una fístula arteriovenosa, corroborada por la aortografía. Es operado veinticinco días después de la iniciación de sus trastornos. Por vía transperitoneal hallan un saco que abarca desde las arterias renales hasta la bifurcación de la aorta, fisionomizado en una vena cava de 9 cm. de diámetro. En una primera operación, pues el grave estado del enfermo no permitía otra cosa, separan ambos grandes vasos suturándolos por separado; y un mes después realizan una segunda operación, resecan el saco y colocan un injerto. Como vemos, este caso operado unos años después de los anteriores mereció los beneficios que la técnica brinda hoy a los grandes aneurismas aórticos toracoabdominales. Desgraciadamente el paciente falleció seis meses después a consecuencia de una fístula duodenal producida a raíz de la primera operación. La pieza mostró que la fístula tenía 15 mm. de diámetro.

HISTORIA CLÍNICA, n.º 61.777 (Hospital Rawson). Enfermo de 73 años que ingresa al Servicio el 8-XI-51, procediendo de la provincia de San Juan donde estuvo internado en un Policlínico por padecer hematurias desde hace dos meses y medio. Internado en el Servicio de Urinarias le practican una cistoscopia y comprueban que la hematuria es bilateral y que la pielografía excretora es absolutamente normal. El enfermo, cuando pasa del Servicio de Urinarias, presenta intensa disnea de reposo y edemas generalizados (anasarca). En sus antecedentes no se conoce ningún elemento patológico digno de mencionarse.

El examen muestra a un anciano de buen estado general, con intensa disnea, en anasarca; en la base pulmonar derecha matidez con abolición del murmullo vesicular, en la base izquierda rales subcrepitantes de tipo congestivo. El corazón se percute aumentado de tamaño con un soplo sistólico suave a nivel del foco mitral. La tensión arterial es de 155/75 mm. Hg. en el miembro superior derecho. En miembros inferiores la presión máxima es de 140, y la oscilometría normal. El hígado aumentado de tamaño, se palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Reflejo hepatogástrico positivo. Abdomen con paredes infiltradas, con ascitis libre. Gran hernia inguinoescrotal derecha. El enfermo en estas condiciones es tratado por su insuficiencia cardíaca sometiéndolo a diuréticos y tónicos cardíacos. La punción de la base derecha da líquido citrino con reacción de Rivalta negativa. Orina: densidad 1037, albúmina 4 g., glucosa 8 g., hemoglobina gran cantidad, abundantes hematíes, no hay elementos renales. Urea 0,45 por mil; glucemia 0,90 por mil. Recuento glóbulos rojos 3.460.000, blancos 7.000. Reacción de Wassermann y Khan positivas.

Habiendo mejorado de su insuficiencia cardíaca, desaparecido la ascitis, la palpación abdominal permitió descubrir en la región látero-umbilical

derecha la presencia de una tumoración con un frémito intenso a su nivel. La auscultación denunciaba un soplo continuo con refuerzo sistólico. Se realiza una aortografía que permite comprobar la existencia de un aneurisma de la arteria ilíaca primitiva derecha fistulizando en la vena cava inferior (fig. 1).

Operación (9-I-52): anestesia general. Incisión transversal a un tráves de dedo por debajo del ombligo y que transcurre desde el borde externo de la vaina del recto derecho hasta el borde externo de la vaina del opuesto. Abierto peritoneo, se secciona el mesosigma sobre su hoja derecha, apareciendo el tumor aneurismático a nivel de la arteria ilíaca común. Se trata de un saco intensamente activo. Disecamos la aorta y el extremo distal del saco, y practicamos la hemostasia provisional. Abrimos el saco sobre el eje de la cara anterior: no hay coágulos en su interior y las paredes están groseramente enfermas. Los orificios aferente y eferente quedan en el techo del saco, es decir, la dilatación aneurismática se ha hecho a expensas de la cara posterior. Se descarta toda tentativa de endoaneurismorrafia reconstructiva por la situación y por las condiciones de la pared. Esto lo comprobamos al efectuar de inmediato los puntos obliterantes a lo MATAS. A pesar del control integral de la hemostasia arterial, el saco se llena continuamente por el orificio fistuloso con la vena cava inferior, el cual no es mayor que el diámetro de una pinza de Kocher. Practicamos endoaneurismorrafia a lo MATAS, efectuando además del cierre de los orificios dos planos de capitonnage que eliminan totalmente la formación aneurismática. La revisión de la hemostasia es satisfactoria. En ningún momento de la operación vimos a la vena cava, ya que nos circunscribimos a los postulados de MATAS.

Postoperatorio: La tolerancia a la operación fue excelente desde el punto de vista general y desde el punto de vista local. La insuficiencia cardíaca desapareció totalmente, la presión arterial ascendió a una mínima de 100 y la máxima se mantuvo en 150 mm. Hg. Desde el punto de vista del miembro, a la palidez del primer momento sucedió la recuperación del color y calor normales. Dado de alta, fue observado dos años después, comprobándose un estado general excelente. Dice caminar todo lo que quiere

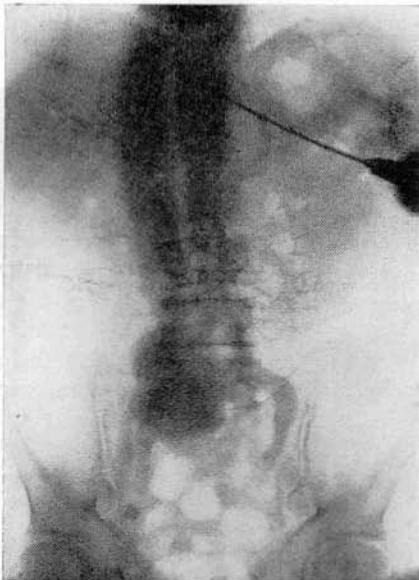


Fig. 1. — Aortografía. Se observan aorta e ilíaca primitiva izquierda bien arterioscleróticas; de la ilíaca primitiva derecha sólo un pequeño segmento. Luego se visualiza el saco aneurismático, y a partir de él hacia arriba se rellena la vena cava inferior.

sin claudicación alguna. El estado del miembro inferior derecho es bueno; el desarrollo muscular es tan excelente como en el opuesto. La oscilometría es de cero en todo el miembro. La presión arterial es de 140/100, el pulso radial arrítmico de 58 al minuto. El examen cardíaco muestra una arritmia extrasistólica, probablemente por esclerosis coronaria. Soplo sistólico en focos aórtico y mitral por esclerosis valvular. Las últimas noticias del paciente siguen siendo igualmente satisfactorias (fig. 2).

COMENTARIO. — Esta observación es posible de algunos comentarios.

Se trata primeramente de un enfermo de 73 años de edad que, sin antecedentes de ninguna naturaleza, consulta por hematurias a repetición y luego por fenómenos de insuficiencia cardíaca. La enfermedad aneurismática se reconoce únicamente por esta situación, es decir, a raíz de la perforación del aneurisma arteriosclerótico en la luz de la vena cava inferior, sospecha clínica corroborada por la aortografía. Bajo este aspecto nuestra observación se calca sobre la de EISEMAN y HUGHES. Volvemos a destacar que, contrariamente a la etiología traumática de las fistulas arteriovenosas, el origen espontáneo es muy raro, máxime a nivel de los grandes vasos como son los que nos ocupan.

Merece un comentario aparte la conducta quirúrgica. Evidentemente, dado el adelanto conseguido en la práctica del tratamiento quirúrgico de los grandes aneurismas de la aorta toracoabdominal, estos casos son posibles de resolverse de acuerdo a dichos medios. Ejemplo de esta conducta es el caso de EISEMAN y HUGHES. Pero debe ser destacado que no contando con dichos recursos modernos (injertos humanos o plásticos) la lesión puede ser resuelta con éxito, como se ha podido conseguir en la observación de PEMBERTON y colaboradores y en la nuestra. En la primera, operando a través de la gran vena cava se efectuó una aneurismorrafia transvenosa, y en nuestra observación se resolvió el problema practicando una endoaneurismorrafia obliterante con la técnica de Matas. En ambos casos los enfermos curaron de su grave insuficiencia cardíaca, y en el nuestro, en el cual quedó obliterada la arteria ilíaca común, el miembro no experimentó sufrimiento alguno y el resultado alejado ha sido ampliamente satisfactorio.

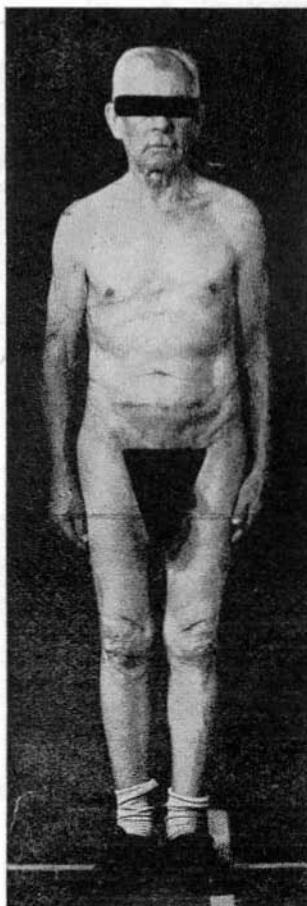


Fig. 2. — El paciente. Nótese la incisión transversa y el excelente estado trófico y muscular del miembro inferior derecho.

RESUMEN

Se refiere el caso de un anciano de 73 años que ingresa con intensas hematurias y asistolia. Mejorada la insuficiencia cardíaca se descubre un aneurisma de la arteria ilíaca primitiva derecha fistulizado en la vena cava inferior. La operación (endoaneurismorrafia obliterante) curó la lesión, desapareció la hematuria y curó la insuficiencia cardíaca.

SUMMARY

A case of spontaneous arteriovenous fistulae between the common iliac artery and inferior vena cava is presented. Intrasacular Method of Suture (Endoaneurismorraphy Obliterante) was successful.

BIBLIOGRAFÍA

1. MATAS, R. — In Keen's Surgery, tomo 5.^o
2. LEHMAN, F. P. — *Spontaneous arteriovenous fistula between the abdominal aorta and the inferior vena cava: Case report.* "An. of Surgery", 108:694:1938.
3. BIGGER, I. A. — *Treatment of traumatic aneurysms and arteriovenous fistulas.* "Arch. Surg.", 50:6:1945.
4. LINTON, R. R. y WHITE, P. D. — *Arteriovenous fistula between the right common iliac artery and the inferior vena cava: Report of a case of its occurrence following an operation for a ruptured intervertebral disk, with cure by operation.* "Arch. Surg.", 50:6:1945.
5. PEMBERTON, J. J.; PHILIP, M.; SEEFELD, H.; BARKER, N. W. — *Fistula arteriovenosa traumática entre la aorta abdominal y la vena cava inferior.* "Anales de Cirugía", 5:597:1946.
6. SEEFELD, P. H. — *Traumatic arteriovenous fistula involving the abdominal aorta and inferior vena cava. Report of case.* "Proc. Staff Meet. Mayo Clinic", 21:433:1946.
7. EISEMAN, B. y HUGHES, R. H. — *Repair of an abdominal aortic-vena cava fistula caused by ruptura of an atherosclerotic aneurysm.* "Surgery", 39:498:1956.