

A PROPOSITO DE UN CASO DE ESTENOSIS BAJA DE LA AORTA TORACICA TRATADO POR RESECCION E INJERTO *

J. VAN DER STRICHT (**) y A. VAN WIEN (***)

Bruselas (Bélgica)

A la estenosis del istmo de la aorta, malformación que en la actualidad carece de toda oscuridad clínica, hay que oponer la estenosis subistmica, no tan bien conocida. La aorta torácica descendente y la aorta abdominal, tanto supra como infrarenal, pueden ser el lugar de este estrechamiento ectópico en extremo raro. Los casos publicados han sido recopilados por A. MARTORELL (1), en 1956, y por DUBOST (2), en 1957. La extensión de la cirugía vascular multiplica sin duda las observaciones. Sin embargo, la literatura sólo menciona hasta el momento unos quince casos operados.

OBSERVACIÓN PERSONAL.

Se trata de un hombre joven que hasta los 18 años no se quejó jamás de otra cosa que de una fatigabilidad demasiado frecuente por su edad. Se estableció el diagnóstico de estenosis aórtica a raíz de un traumatismo craneano, seguido de un hematoma cefálico importante.

El examen de este muchacho, por lo demás bien constituido, revela la existencia de una tensión arterial de 210/100, hipotrofia de los miembros inferiores a nivel de los cuales las arterias no son palpables. Se ausculta un soplo paravertebral izquierdo, con máxima intensidad en D-8. Se palpa con facilidad circulación arterial colateral a nivel de la línea axilar izquierda. Por tanto, se impone el diagnóstico de coartación; lo cual se confirma por el aspecto de los trazados oscilográficos. La radiografía muestra en el tórax erosiones costales, aunque poco marcadas y afectando sólo a las últimas costillas. La angiociardiografía por vía venosa no aporta nuevos datos. Por el contrario, la aortografía torácica alta por cateterismo retrógrado radial izquierdo proporciona un diagnóstico morfológico muy preciso (fig. 1, A y B). La imagen corresponde a *una estenosis fusiforme de la aorta supradiafragmática, con integridad perfecta del istmo de la aorta*.

* Comunicación presentada a las V Jornadas Angiológicas Españolas, Palma de Mallorca, mayo 1959. Traducido por la Redacción del original en francés.

** Clinique Chirurgicale, Hôpital Universitaire Saint-Pierre (Prof. L. Deloyers).

*** Clinique Chirurgicale, Hôpital Universitaire Brugmann (Prof. J. Govaerts).

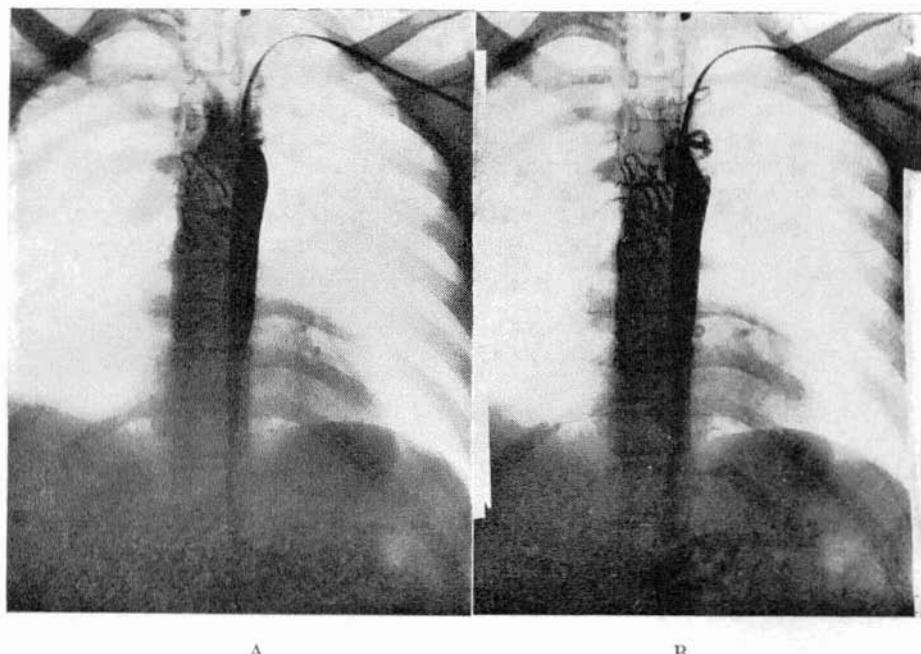


Fig. 1. — Clisés sucesivos que demuestran la integridad del istmo de la aorta y la estenosis fusiforme supradiafragmática. En el segundo clisé (B) obsérvese la excelente opacificación de la aorta abdominal y de la arteria esplénica.

Intervención:

La toracotomía izquierda con resección de la VIII costilla proporciona una excelente abertura para alcanzar la lesión, la cual se nos muestra de entrada con un aspecto muy particular debido a la depresión del mediastino supradiafragmático izquierdo. A la altura del hilio pulmonar la aorta es pulsátil y de calibre normal; más abajo se estrecha, las pulsaciones se debilitan y desaparecen y la palpación da la impresión de un lápiz grueso. Cerca del diafragma el vaso se ensancha de nuevo, recupera su flexibilidad pero no late. Este estrechamiento fusiforme abarca de 8 a 10 cm. Las colaterales delgadas contrastan con las muy dilatadas por encima y debajo de la lesión.

La aorta sana infraestenótica es accesible por encima del anillo diafragmático cuando la cúpula se rechaza con fuerza con un depresor. Parece practicable, por tanto, una sutura vascular; lo que nos incita a resecar todo el huso aórtico patológico y a restaurar la continuidad por injerto terminoterminal. A este efecto hemos utilizado un tubo de Dacron de 13 mm.

Anatomía patológica: La pieza resecada mide alrededor de 9 cm. Los diámetros interior y exterior del vaso son proporcionales. La luz se estrecha progresivamente y en la parte más delgada mide 1,5-2 mm. El examen histológico de esta zona muestra una intensa esclerosis de las capas inter-

nas. La limitante elástica interna se halla alterada por lesiones de ateroma (Prof. DUSTIN).

El curso postoperatorio fue normal. No se observó trastorno neurológico. La corrección de los trastornos hemodinámicos se hizo progresiva, aunque lenta, en tres a cuatro meses. El paciente lleva once meses de operado y puede considerarse como perfectamente curado.

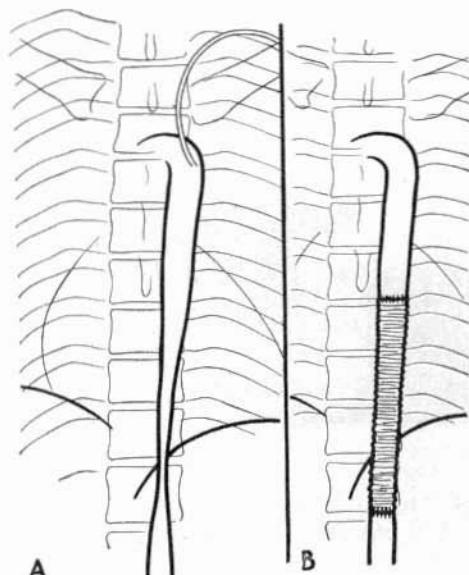


Fig. 2. — Esquema que representa la imagen radiológica de la malformación (A) y su corrección quirúrgica por injerto (B).

la exploración de la aorta torácica. Por vía venosa da con frecuencia una imagen demasiado poco contrastada; y el cateterismo retrógrado femoral corre el riesgo de poner en evidencia solamente el nivel inferior de la lesión.

Por tanto, no sabríamos cómo insistir sobre el interés de un diagnóstico preoperatorio correcto con objeto de evitar intervenciones exploradoras, reintervenciones, incisiones dobles que alargan el tiempo operatorio y sacrifican en mayor grado colaterales parietales.

Si analizamos las observaciones publicadas, comprobamos —como dice DUBOST— que «la gravedad de estas estenosis bajas alcanza la de la coartación clásica y tanto una como otra constituyen una indicación operatoria cierta». De este modo, desde el punto de vista terapéutico, se prestan a discusión sólo las modalidades técnicas. Podían revisarse, en teoría, las siguientes soluciones:

1.º) Resección de la estenosis con anastomosis cabo a cabo. Este procedimiento estaba evidentemente condenado por la longitud de la estenosis.

COMENTARIOS.

Algunos detalles distinguen nuestro caso de los que figuran en la literatura.

Desde el punto de vista clínico, resaltaremos que la mayor parte de las estenosis subistmicas han sido descritas en el sexo femenino. Por otra parte, el cuadro clínico de nuestro enfermo ofrece un síntoma que, si bien no patognomónico de las estenosis ectópicas, no es menos interesante e inhabitual: el hematoma cefálico. Verosímilmente se halla ligado a la hipertensión alta.

En nuestra observación el diagnóstico preoperatorio es muy preciso. Hecho excepcional si nos referimos a los otros casos publicados. La aortografía torácica por cateterismo radial izquierdo practicada en serie, nos ha parecido siempre un método de elección en

2.) «By-pass» lateral de la estenosis por la arteria esplénica. Tras la esplenectomía, el cabo de la arteria esplénica es llevado hacia el tórax y anastomosado terminolateralmente a la aorta supraestenótica (procedimiento de GLENN). Pero el calibre reducido de la arteria esplénica no corrige más que de modo parcial el trastorno hemodinámico; por esta razón dejamos esta técnica, no obstante muy elegante, entre las soluciones de recorso.

3.) «By-pass» lateral toracoabdominal por injerto. Sin resección alguna, la aorta supraestenótica y la aorta abdominal infrarenal pueden ser unidas por un vaso de calibre adecuado al débito. Esta técnica, propuesta por DE BAKEY, debe ser aplicada cada vez que la lesión se extiende hasta el tronco celiaco, lo que no es el caso de nuestro enfermo.

4.) Resección de la estenosis y sustitución por injerto terminoterminal. El éxito de tal intervención viene condicionado ante todo por la inocuidad del «clampage» aórtico de varios minutos, es decir, por la importancia de la red colateral parietal. Además, la anastomosis inferior requiere un sector de aorta sano suficientemente largo por debajo del diafragma o por encima del tronco celiaco para colocar con toda seguridad un «clamp» y realizar con toda corrección una anastomosis vascular. Cumpliendo estas condiciones, logramos colocar un injerto sin comprometer la vascularización medular ni renal (fig. 2).

CONCLUSIÓN Y RESUMEN.

La estenosis subistmica de la aorta torácica se cita rara vez en la literatura. Nuestra experiencia en este terreno de excepción queda condonada, pues, a observación por observación. Es por ello que se halla justificada, esperamos, la presentación de un caso aislado.

El estudio de algunas observaciones publicadas nos enseña que rara vez se establece el diagnóstico correcto, lo cual repercute sobre el acto quirúrgico obligando a una segunda incisión o a una reintervención. El caso presente se caracteriza, en esencia, por la precisión del diagnóstico preoperatorio obtenido por aortografía retrógrada radial izquierda. A la calidad de este diagnóstico es a lo que nosotros atribuimos, en gran parte, el éxito terapéutico obtenido por resección de la estenosis e interposición de un injerto de Dacron.

SUMMARY

A case with lower stenosis of the thoracic aorta successfully treated by resection and graft is presented.

BIBLIOGRAFÍA

- MARTORELL, A. — *Estenosis subistmicas de la aorta*. "Angiología", 8:170:1956.
DUBOST, Ch. y BLONDEAU, Ph. — *Les sténoses sous-isthmiques de l'aorte thoracique*. "Jour. de Chirurgie", 74:113:1957.