

OCCLUSION PERMANENTE DE UNA ARTERIA RENAL POR ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA CURADO

F. MARTORELL, F. BEDÓS y A. MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)*

El aneurisma disecante agudo de la aorta es en un principio un hematoma disecante de la pared de la aorta. Se origina por ruptura de las capas internas de la pared y penetración de la sangre entre las capas internas y las externas. Si estas últimas se rompen a su vez el enfermo muere de hemorragia en mediastino, pleura, pericardio o peritoneo. Si estas capas externas resisten y las que se rompen son de nuevo las internas por debajo de la ruptura primitiva, esta reruptura permite al hematoma vaciarse otra vez en el sistema arterial; el enfermo sobrevive al episodio agudo y queda con un aneurisma disecante curado. La aorta en tales casos tiene dos conductos, uno el original y otro el adquirido, representando el último el trayecto del hematoma disecante inicial.

La sintomatología del episodio agudo es típica y puede distinguirse con facilidad de la del infarto de miocardio y de la embolia pulmonar. La irradiación y propagación del dolor y la sucesión de cuadros de isquemia en diferentes territorios según la extensión del hematoma y oclusión de las arterias por aumento del espesor de la pared da lugar a un cua-

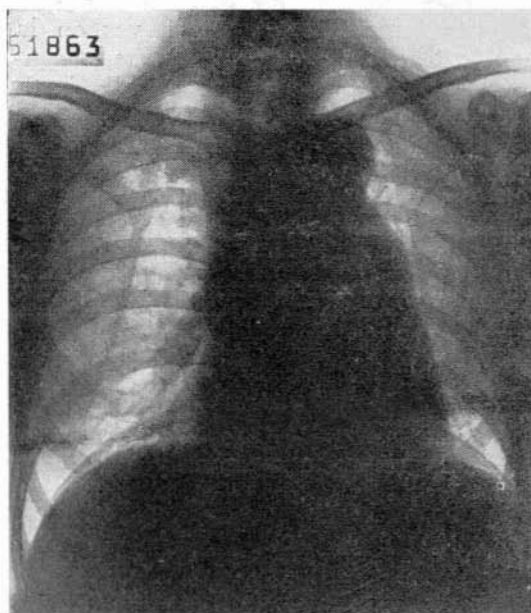


Fig. 1. — Radiografía del tórax. Obsérvese el ensanchamiento de la aorta descendente.

dro clínico característico. Estas oclusiones pueden ser fugaces, transitorias o definitivas.

Algunos enfermos con aneurisma disecante curado nunca más presentan síntomas de esta enfermedad; otros presentan complicaciones tales como formación de un aneurisma sacular, insuficiencia valvular, recidiva del aneurisma disecante o infección renal.

Vamos a relatar a continuación el caso de un aneurisma disecante curado, después de dos episodios agudos, que dejó ocluida una arteria renal y simuló una pielonefritis.

Un enfermo de 54 años ingresa en nuestra Clínica Vascular el 2-V-58. Hace tres días tuvo intenso dolor en la espalda, anemia (2.500.000 hematíes) y colapso. Después de una transfusión de sangre se recuperó parcialmente.

Exploración: Enfermo pálido, disneico, con dolor en cinturón. El examen a rayos X muestra una aorta descendente ensanchada (figura 1). La tensión arterial es de 170/90. Taquicardia, 110 pulsaciones. Soplo sistólico en base. Fiebre 37°5. La aorta abdominal está dilatada. Los vasos periféricos pulsan normalmente.

Hematíes, 3.300.000. Hemoglobina 65 %. Valor globular 0,98. Leucocitos 10.400. Polinucleares neutrófilos segmentados 71 %, polinucleares neutrófilos en banda 7 %, linfocitos 19 %, monocitos 3 %. Velocidad de sedimentación globular: a la hora, 100 mm.; a la dos horas, 120 mm.; velocidad media, 80 mm.

Orina: indicios de albúmina e indicios de glucosa. Sedimento urinario: discreta piuria, muy pocos hematíes, flora bacteriana muy abundante de tipo colibacilo.

Pielograma: riñón izquierdo de forma normal, buena eliminación; riñón derecho normal, no elimina (fig. 2).

Relata la siguiente historia. El 30-III-58 por la tarde, intenso y súbito dolor en puñalada en región dorsal media que le impide respirar. Cede en parte este dolor pero aparece en región retroesternal e irradia hacia el abdomen, fosa ilíaca derecha y extremidad inferior de este lado que queda sin tacto. Esta anestesia del miembro inferior derecho desaparece al poco rato, recuperándose del todo. El cuadro general mejora, persistiendo sólo dolor retroesternal y dolor en fosa lumbar derecha.

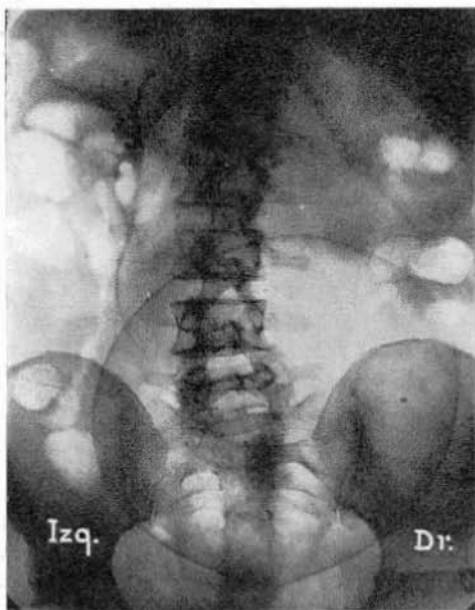


Fig. 2. — Pielografía donde se observa la falta de eliminación por el riñón derecho.

Al día siguiente orina turbia, fiebre y parestesia intestinal. Poco a poco mejora su estado general. Persiste el dolor lumbar en el lado derecho, los signos de infección urinaria y fiebre alrededor de 38°. La pielografía muestra que el riñón derecho no elimina.

Tratado con antibióticos va mejorando con lentitud, hasta el colapso de mayo 1958 que motiva su ingreso de urgencia.

Una vez ingresado en nuestra Clínica Vascular se le practica tratamiento médico, obteniendo mejoría, por cuyo motivo se desiste de practicar una intervención quirúrgica. Desaparece la fiebre y el dolor, y sale de la clínica en observación.

Visto de nuevo el 13-XI-59, o sea 21 meses después del accidente inicial, está bien. Ha reanudado su vida habitual, ha aumentado de peso y su estado general es bueno. La silueta aórtica está algo menos ensanchada. El pielograma muestra que el riñón derecho sigue sin eliminar. La tensión arterial es de 170/110.

Este caso cabe etiquetarlo como un caso de aneurisma disecante curado por reruptura, posiblemente a nivel de la iliaca común derecha, lado donde el cuadro isquémico fue transitorio, mejorando el estado general a la vez que recupera la sensibilidad la pierna. A nivel de la arteria renal el hematoma ocluyó por

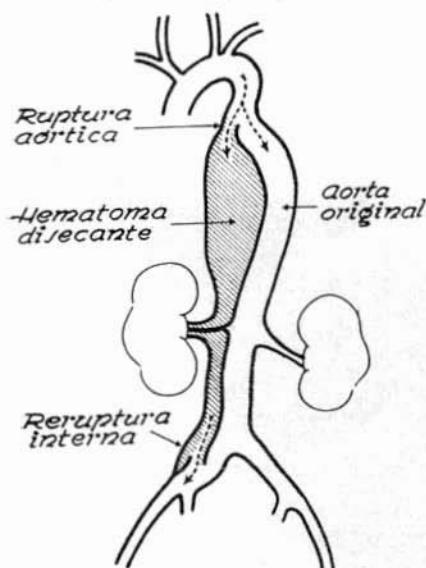


Fig. 3. — Esquema del hematoma disecante de la aorta con su reruptura en la iliaca común derecha y obliteración de la renal del mismo lado.

completo la luz dando lugar a un infarto del riñón con infección secundaria (fig. 3). Aunque la infección pudo curarse, la arteria renal sigue ocluida a los 21 meses del primer episodio.

Se está intentando tratar operatoriamente los aneurismas disecantes imitando lo que ocurre en estos casos curados de manera espontánea. Esta operación, llamada fenestración, consiste en partir completamente la aorta a nivel del aneurisma entre dos «clamps», suturar las capas interna y externa del aneurisma en la sección distal, abrir una ventana en las capas internas en el sector proximal y practicar a continuación una sutura terminoterminal de la aorta seccionada.

RESUMEN

Se expone un caso de aneurisma disecante de la aorta que ocluyó la arteria renal derecha, curado por reruptura distal. No se practicó trata-

miento quirúrgico en vista de la mejoría conseguida con tratamiento médico. Este enfermo se halla en observación a los 21 meses del accidente inicial, encontrándose bien.

SUMMARY

Acute dissecting aneurysm, more correctly termed «dissecting hematoma», of the aorta is commonly fatal. If the patient does survive the acute episode, he is left with a «healed dissecting aneurysm». The aorta in such cases has two channels, namely the original one and the acquired one, the latter representing the tract of the initial dissecting hematoma.

Some patients with healed dissecting aneurysms no longer have symptoms from this disease; others exhibit complications, including aortic valvular insufficiency, formation of a saccular aortic aneurysm, recurrence of the dissecting aneurysm, and nephritis.

The clinical features in one case of «healed» dissecting aneurysm of the aorta with occlusion of the right renal artery is presented.