

ANGIOLOGIA

VOL. XII

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1960

N.º 6

EVOLUCION CLINICA FAVORABLE Y POSIBILIDADES QUIRURGICAS DEL ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA

LUIS OLLER-CROSIET

Departamento de Angiología (Servicio de Cirugía General, Dr. Prim)
Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo
Barcelona (España)

Rarísimas veces el cataclismo que representa el aneurisma disecante de la aorta evoluciona hacia el restablecimiento de la normalidad circulatoria con la consiguiente «curación» espontánea y aparente del proceso.

Las estadísticas señalan una mortalidad entre el 75 y el 90 por ciento de los casos. Queda, pues, sólo un promedio de 17'5 % de posible evolución clínica favorable, es decir no mortal de forma inmediata. El fallecimiento se debe en un 70 % a rotura del aneurisma en la cavidad pericárdica con bloqueo del corazón, en un 20 % a irrupción en la cavidad pleural izquierda, en un 5 % se abre en el mediastino y otro 5 % en la cavidad abdominal.

PATOGENIA. — Anatomopatológicamente el aneurisma disecante de la aorta tiene la siguiente evolución: Se inicia el proceso con la lesión de la pared por degeneración quística mucilaginosa de las fibras elásticas y musculares de la túnica media. A esto sigue la rotura de los vasa-vasorum con hemorragia y formación de un hematoma intramural que inicia la disección. Seguidamente por debajo del hematoma disecante se produce la rotura de la íntima por cuyo orificio penetra a gran presión la oleada sanguínea procedente de la luz aórtica llevando la disección del gran vaso hasta límites imprevisibles. Al mismo tiempo o más tarde, se produce la rotura de la adventicia con hemorragia hacia las cavidades pericárdica, pleural, mediastino, peritoneo, o bien tendrá lugar una nueva rotura de la íntima en un punto distal al primitivo hematoma. Esta re-rotura en la íntima crea un evidente alivio a la situación circulatoria devolviendo al interior de la aorta la sangre que ocupaba la falsa vía abierta, hecho que se traduce por la remisión y mejoría de los síntomas. Sin llegar a perforarse la íntima o la adventicia; el hematoma intramural puede evolucionar hacia la organización y fibrosis.

El cuadro clínico depende en gran parte de la rapidez con que se suceden las distintas fases anatomopatológicas, permitiendo esto esquemati-

zar tres formas clínicas: Una forma aguda dramática, de extraordinaria gravedad, con fallecimiento en pocas horas o días. Una forma subaguda de comienzo brusco que progresó gradualmente en un período de días o semanas y finaliza con la muerte. Otra forma crónica con sintomatología de varios meses de duración.

ETIOLOGÍA. — Constituyen evidentes factores etiológicos del aneurisma disecante de la aorta las deficiencias congénitas de la pared vascular: coartación, conducto arterioso, defectos septales, válvulas aórticas bicúspides, etc. Estas anomalías dan cuenta de los casos ocurridos en individuos por debajo de los 40 años. La arterioesclerosis y la hipertensión arterial aparecen como principales factores en las personas de más edad. Sin embargo, en realidad se desconoce la causa primitiva de la degeneración quística de la túnica media.

SÍNTOMAS. — Reconocen dos orígenes de naturaleza distinta y bien definida. Unos expresan la enérgica respuesta neurovegetativa al insulto provocado por la dislaceración aórtica: el dolor vivo, colapso, disnea, náuseas, vómitos, etc. Otros son consecuencia de la isquemia sobrevenida a los miembros y vísceras al quedar total o parcialmente bloqueada la luz de la arteria principal que les irriga; extendiéndose en sentido longitudinal y transversal la oleada sanguínea engruesa la pared de la aorta y a su paso convierte en virtual el orificio de sus ramas y troncos arteriales: carótidas, subclavia, arterias lumbares, mesentéricas, renales o ilíacas.

DIAGNÓSTICO. — Sólo el gran cuadro de la forma aguda cataclísmica es fácil de reconocer. Junto al estado de angustia o colapso el paciente aqueja dolor torácico retroesternal y abdominal, ambos a la vez o sucesivamente y presenta graves signos neurológicos: parálisis y zonas de anestesia por lesiones isquémicas cerebrales o de la medula. Simultánea o sucesivamente quedan afectados uno o más miembros que presentan los signos propios de la isquemia por bloqueo de la circulación arterial: palidez, frialdad, anestesia e impotencia funcional. Las formas clínicas subaguda y crónica exigen mucha atención. Otros cuadros torácicos o abdominales que por su mayor frecuencia suelen estar más presentes en el ánimo del facultativo: el infarto pulmonar, el de miocardio, la pancreatitis aguda, el úlcus gástrico perforado o la embolia arterial inducen fácilmente a error. El bloqueo arterial puede ser causa de disfunción de las vísceras abdominales: íleo, meteorismo, oliguria, anuria. En el aneurisma disecante de la aorta no se registran signos de cadiopatía embolígena y el electrocardiograma suele ser normal. El número de hemáties está disminuido y la velocidad de sedimentación globular es elevada. La radiografía de la silueta cardiovascular en distintas proyecciones deja apreciar el ensanchamiento de la aorta descendente o desfigurado su contorno por la prominencia del hematoma. La angiociardiografía es otro valioso medio de diagnóstico al poner de manifiesto un doble perfil aórtico por la desigualdad de concentración de líquido de contraste que rellena la falsa vía abierta.

EVOLUCIÓN HACIA LA CURACIÓN ESPONTÁNEA. — Puede ocurrir en las formas clínicas subaguda y crónica por dos mecanismos distintos: por la organización y fibrosis del hematoma intramural y por la re-rotura de la íntima en un punto distal del hematoma disecante por donde se vacía y desagua en la luz aórtica. Ello proporciona la consiguiente disminución de la tensión intramural y el restablecimiento circulatorio a través de una doble aorta cuya falsa vía al adquirir un carácter funcional puede incluso recuperarse de endotelio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. — La rotura de la íntima en un punto distal del aneurisma, la llamada re-rotura o «re-entry» es el hecho natural y espontáneo que ofrece la base más importante en que fundamentar la terapéutica quirúrgica. Han sido DE BAKEY y colaboradores principalmente quienes aprovechando aquel hecho natural lo han reproducido seccionando completamente la aorta en la porción más distal del hematoma disecante, suturando las túnicas disociadas en ambos extremos y recortando en el proximal una pequeña porción de la íntima, dejan así un ojal abierto para desagüe del hematoma. Finalmente se sutura la aorta cabo a cabo. En otros casos es factible la resección y el injerto aórtico.

La cirugía moderna con sus técnicas y evidentes realizaciones abre indudablemente una esperanza en el tratamiento de estos enfermos.

CONCLUSIONES. — Si el aneurisma disecante de la aorta no siempre es mortal en pocas horas o días, si existe una forma crónica desprovista de la gravedad y dramatismo de la forma aguda y por tanto es lógico pensar que existan manifestaciones o pequeñas crisis pasajeras que expresen la incipiente formación del hematoma intramural disecante, entonces resulta que es necesario lograr el diagnóstico el mayor número de veces y lo antes posible, cuanto más si la terapéutica quirúrgica abre por otra parte nuevas posibilidades de curación.

La facilidad con que el aneurisma de la aorta se puede confundir con otras afecciones torácicas o abdominales obliga a una inquisitiva actitud frente al diagnóstico. La exploración clínica, electrocardiográfica y de laboratorio negativas en un paciente que ha sufrido una crisis de dolor lancinante retro o subesternal irradiado a la espalda o abdomen debe sugerir en seguida la idea del hematoma intramural disecante de la aorta. En estas circunstancia deben practicarse radiografías de la silueta cardiovascular en distintas proyecciones o una angiografía.

Estamos lejos de poder señalar unas normas de conducta para indicar el momento oportuno de la terapéutica quirúrgica, pero sí creemos poder afirmar que está contraindicada en la forma clínica aguda; que en condiciones favorables de estado general puede intentarse, en la forma subaguda; y que la forma crónica con evolución reconocida por un diagnóstico hecho a un tiempo en que las crisis periódicas no han desembocado aún en la dramática situación de aquellas otras formas clínicas, ofrece el mejor campo donde seleccionar los casos quirúrgicos.

Tan elevada es la mortalidad del aneurisma disecante de la aorta que una vez establecido el diagnóstico, por las razones antes expuestas no queda

ya siempre justificado mantener una actitud inoperante confiando en el escasísimo margen de probabilidades de que evolucione espontáneamente hacia la curación aparente.

RESUMEN

El autor realiza un estudio clínico y de las posibilidades quirúrgicas en los distintos momentos de su evolución en los aneurismas disecantes de la aorta. Señala los mecanismos de su evolución hacia la curación espontánea, pero resalta la necesidad de no permanecer inoperante esperando dicha evolución.

SUMMARY

The clinical features of dissecting aneurysm are presented. Conservative and surgical procedures are discussed.