

ARTERIOSCLEROSIS POLIANEURISMÁTICA *

**Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General de Galicia.
Santiago de Compostela (España)**

M. MARTINEZ y E. RAMOS, Adjuntos clínica, y
G. PINTOS, Profesor Jefe del Servicio

Introducción

Se define genéricamente como distrofia polianeurismática la entidad clínica caracterizada por la presencia de múltiples lesiones arteriales ectasiantes, excluyéndose de esta denominación los aneurismas únicamente bilaterales y los multilobulados. Aunque el término se aplicó con frecuencia a las dolicoomega-arterias, esta denominación es impropia, dado que no se trata de lesiones estrictamente aneurismáticas, por no existir en ellas pérdida de paralelismo de sus paredes.

Cuando se demuestra etiología arteriosclerótica en este tipo de lesiones, como sucede en la totalidad de nuestros casos, creemos que debe aplicarse el término más preciso de arteriosclerosis polianeurismática (figs. 1, 2 y 3).

Su frecuencia supone, en nuestra experiencia, el 5,7 % de todos los pacientes portadores de aneurismas arterioscleróticos (1, 2, 3).

Material y método

En el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital General de Galicia fueron tratados, en los nueve últimos años, 6 pacientes varones en edades comprendidas entre 45 y 68 años (edad media 59 años) afectados de arteriosclerosis polianeurismática con un total de 26 aneurismas. Tres pacientes eran portadores de cinco aneurismas cada uno, dos de cuatro y uno de tres dilataciones aneurismáticas distribuidas en los sectores aorto-ilíaco y fémoro-poplíteo (tablas I y II).

Además de las lesiones ectasiantes presentaban obliteraciones aorto-ilíacas un caso, fémoro-poplíteas dos, distales uno y otro en que abarcaban los sectores aorto-ilíaco y fémoro-poplíteo.

Existía, además, como enfermedad asociada, hipertensión arterial en dos casos y cardiopatía isquémica en uno.

* Comunicación presentada al Congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, XXVIII Jornadas Angiológicas, Castellón de la Plana (España), junio 1982.

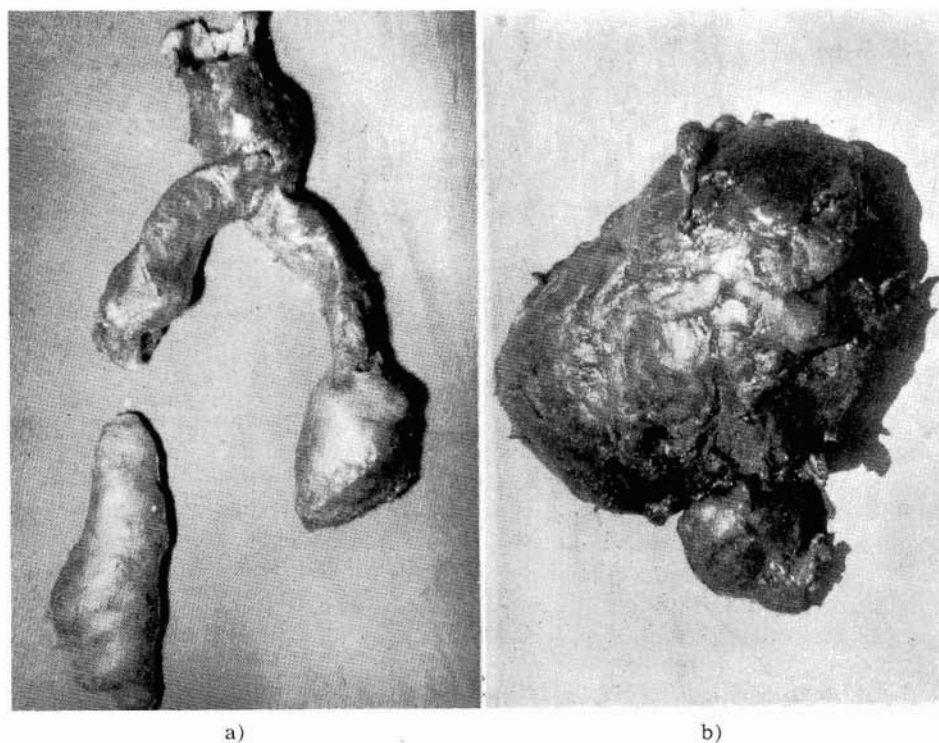


FIG. — Piezas operatorias correspondientes al caso n.º 1. a) Aneurismas aorto-iliacos y de la hipogástrica izquierda y femoral común derecha; b) Aneurisma gigante de la poplítea izquierda.

La forma clínica de presentación de las lesiones ectasiantes fue de masa pulsátil en el 53,8 %, isquemia aguda en el 19,3 % y asintomáticos en el 26,9 % (4, 5) (tabla III).

TABLA 1
ARTERIOSCLEROSIS POLIANEURISMÁTICA

Caso n.º	Edad *	Sexo	N.º de aneurismas	Topografía
1	61	V	5	Aorto-iliacos y femoro-poplíteos
2	67	V	5	Aorto-iliacos y femoro-poplíteos
3	66	V	4	Aorto-iliacos y femoro-poplíteos
4	45	V	4	Aorto-iliacos y femoro-poplíteos
5	68	V	3	Aorto-iliacos
6	48	V	5	Aorto-iliacos y femoro-poplíteos

* Edad media: 59 años.

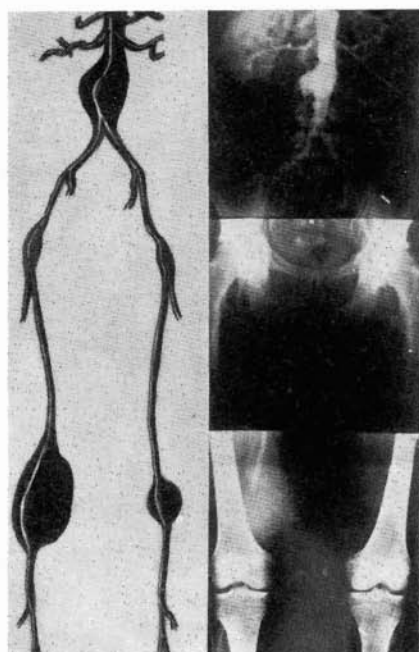


FIG. 2. — Ejemplo de arteriosclerosis polianeurismática, caso n.º 6. a) Esquema lesional; b) Estudio angiográfico preoperatorio.

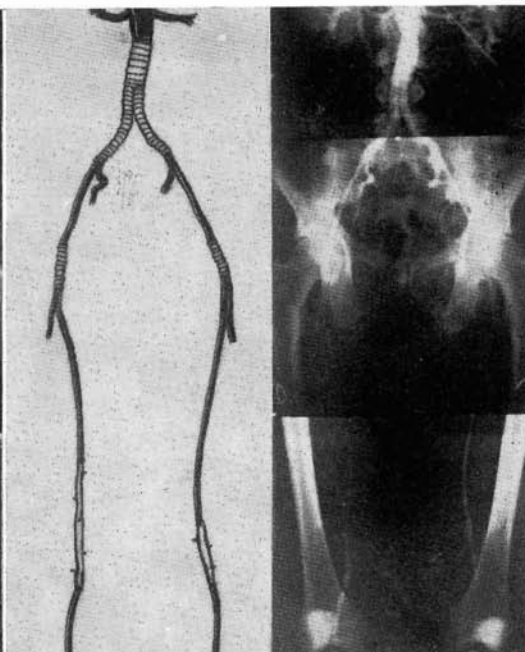


FIG. 3. — Ejemplo de tratamiento quirúrgico de la arteriosclerosis polianeurismática. Caso n.º 6. a) Esquema de la reconstrucción practicada mediante injertos sustitutivos de Dacron y safena; b) Estudio angiográfico postoperatorio.

El diagnóstico estuvo basado en la exploración clínica y radiológica (simple y angiográfica), la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC); constituyendo un hallazgo operatorio el 15,4 % de las lesiones aneurismáticas (tabla IV).

En tres de nuestros pacientes la totalidad de lesiones aneurismáticas tratadas tuvieron un único momento de presentación, apareciendo en los otros tres en dos tiempos distintos con un intervalo que osciló entre dos años y medio y nueve años (tabla V).

Todos estos pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico con el que no sólo se trataron las lesiones ectásicas sino también las obliterantes que existían asociadas (6).

Resultados

Los resultados inmediatos fueron excelentes en el 92,4 % de las lesiones aneurismáticas y buenos en el 3,8 %, habiendo tenido que practicarse ampu-

TABLA II
ARTERIOSCLEROSIS POLIANEURISMÁTICA

ARTERIAS AFECTADAS					
Caso n.º 1	2	3	4	5	6
Aorta abdominal Ilíacas comunes Hipogástrica izquierda Femoral común derecha Poplitea izquierda Femoral profunda derecha	Aorta abdominal Ilíacas comunes Femorales comunes Popliteas	Aorta abdominal Ilíacas comunes Femorales comunes Femoral profunda izquierda	Aorta abdominal Ilíaca común izquierda Femorales comunes	Ilíacas comunes Femoral común izquierda	Aorta abdominal Femorales comunes Popliteas

TABLA III
ARTERIOSCLEROSIS POLIANEURISMÁTICA

Clínica	
Tumoración pulsátil	14 (53,8 %)
Isquemia aguda y tumoración no pulsátil	3 (11,6 %)
Isquemia aguda	2 (7,7 %)
Asintomáticos	7 (26,9 %)
TOTAL	26 (100 %)

tación de una extremidad debido a dehiscencia por infección de la sutura del injerto (3,8 %).

En uno de los pacientes surgió como complicación postoperatoria úlcus gastroduodenal de *stress* y en otro embolismo pulmonar, siendo ambos resueltos con tratamiento médico. En un tercero se produjo hemorragia por infección que ocasionó la amputación antedicha.

La revisión de estos pacientes a largo plazo evidencia que tres de ellos permanecen asintomáticos a los 1,6 y 9 años de la intervención quirúrgica. En otro a los 2 años se produjo la trombosis de una rama de la prótesis bifurcada implantada, debido a la evolución de sus lesiones obliterantes, resolvién-

TABLA IV
ARTERIOSCLEROSIS POLIANEURISMÁTICA

	<i>Diagnóstico</i>	<i>N.º de aneurismas</i>
Clínico	Palpación	17 (65,4 %)
	Soplo	6 (23 %)
	Rx. simple	5 (19 %)
Radiológico	Angiografía	16 (61,5 %)
Ecografía		3 *
T.A.C.		1 *
Intervención quirúrgica (exclusivamente)		4 (15,4 %)
TOTAL		26 (100 %)

* Aneurismas aorto-iliacos. Sólo practicada en estos casos.

TABLA V
ARTERIOSCLEROSIS ANEURISMÁTICA

EVOLUCION				
<i>Caso n.º</i>	<i>N.º de aneurismas</i>	<i>Momento de presentación</i>		
		<i>1.º ingreso</i>	<i>2.º ingreso</i>	
1	5	4	1 (a los 9 años)	
2	5	1	4 (a los 2 ½ años)	
3	4	4		
4	4	2	2 (a los 4 años)	
5	3	3		
6	5	5		

dose mediante trombectomía y profundoplastia. Los dos restantes fallecieron, a los 2 y 6 años de la intervención quirúrgica, por infarto de miocardio y con las reconstrucciones permeables.

Discusión

El análisis de nuestros casos portadores de múltiples lesiones aneurismáticas pone de manifiesto la ya conocida dificultad del diagnóstico de las mismas mediante las exploraciones clínica y radiológica convencionales. Así, la palpación fue negativa en el 34,6 % de los aneurismas y no se auscultaba soplo en el 77 %, siendo el estudio arteriográfico también negativo en el 38,5 % de los mismos (7, 8). De ahí que un 15,4 % de las lesiones ectasiantes de estos

pacientes fuera diagnosticado en el curso del acto quirúrgico y que en el 19,3 % su primera manifestación clínica fuera una isquemia aguda producida por trombosis.

Este problema diagnóstico adquiere máxima importancia ante el incremento del riesgo que conlleva la evolución espontánea de múltiples lesiones aneurismáticas (9, 10).

En la actualidad estas dificultades diagnósticas se ven muy reducidas gracias al desarrollo de las nuevas técnicas exploratorias de aplicación a este tipo de lesiones, como la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) (11, 12).

La antigüedad de algunos de nuestros casos estudiados permite deducir que probablemente el número de diagnósticos positivos sería mucho más elevado con la aplicación sistemática de estas técnicas, como practicamos en la actualidad.

La posibilidad de aparición de aneurismas en distinto período de tiempo y en diferente sector hace aconsejable el exhaustivo control periódico del paciente operado de una aneurisma arteriosclerótico. En tres de nuestros pacientes aparecieron de 1 a 4 dilataciones aneurismáticas con una periodicidad que osciló entre dos y medio y nueve años.

Dentro de la influencia de las enfermedades asociadas es destacable el papel de la hipertensión arterial, presente en dos de nuestros casos, en el desarrollo de este tipo de lesiones, aumentando su gravedad ante la posibilidad de aparición ulterior de nuevas dilataciones.

En definitiva, la multifocalidad simultánea o evolutiva de las lesiones ectásicas que caracteriza a la arteriosclerosis polianeurismática plantea la necesidad de una atención continuada de este tipo de pacientes, con un pronóstico rodeado de cierto margen de incertidumbre y a los que la cirugía no puede ofrecer una solución definitiva exigiendo con frecuencia reiteradas intervenciones reconstructivas.

RESUMEN

Previa una introducción al tema de Distrofia polianeurismática en arteriosclerosis, se comentan los casos asistidos en el Servicio y los resultados obtenidos en su tratamiento.

SUMMARY

Authors's experience with the arteriosclerotic Polyaneurysmatic Dystrophy is exposed. Treatment and results are commented on.

BIBLIOGRAFIA

1. **Hertzer, N. R. y Beven, E. C.:** Abdominal aortic aneurysm. «Postgraduate Medicine», 61: 72, 1977.
2. **Cormier, J. M. y Ferzli, J. G.:** Anévrysmes du trépied fémoral. «J. Chir», 108: 509, 1974.
3. **Pillet, J. y Albaret, P.:** Anévrysmes athéromateux de l'aorte sous-rénale et des iliaques. «J. Chir», 105: 459, 1973.
4. **Vollmar, J.:** «Cirugía Reparadora de las Arterias», Ed. Toray. Barcelona, 1977, pág. 109.
5. **Rutherford, R. B.:** «Vascular Surgery», W. B. Saunders. Philadelphia, 1977, págs. 635, 661 y 687.
6. **Bergan, J. y Yao, J.:** Modern management of abdominal aortic aneurysms, «Surg. Clin. of North. Amer.», 54: 175, 1974.
7. **Lee, K. R.; Walls, W. J.; Martin, N. L. y Templeton, A. W.:** A practical approach to the diagnosis of abdominal aortic aneurysms, «Surgery», 78, 195, 1975.
8. **Brewster, D. C.; Retaña, A. y Waltman, A. C.:** Angiography in the management of aneurysms of the abdominal aorta, «The New England J. of Med.», 822, 1975.
9. **Hicks, G. L.; Eastland, M. W. y DeWeese, J. A.:** Survival improvement following aortic aneurysm resection, «Ann. Surg.», 181: 863, 1975.
10. **Hompson, J.; Hollier, L. y Patman, R. D.:** Surgical Management of Abdominal Aortic Aneurysms: Factors Influencing Mortality and Morbidity — A 20 Year Experience, «Ann. Surg.», 181: 654, 1975.
11. **Hattery, R. R.; Williamson, B. Jr. y Wallace, R. B.:** Ultrasonic and Computed Tomographic Imaging of the Abdominal Aorta, «World J. Surg.», 4: 511, 1980.
12. **Pintos Díaz, G.; Cajide Montero, R.; Pastor Mestre, A.; Varela Irijoa, F. y Martínez Pérez, M.:** La ecotomografía como técnica de valoración de los aneurismas de la aorta abdominal, «Angiología», 27: 93, 1975.