

Extractos

ANEURISMAS INFLAMATORIOS DE AORTA ABDOMINAL (Inflammatory abdominal aortic aneurysms).— **T. Cheatle, P. Hickman y R. P. Grimley.** «The Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 80, nº 12, pág. 757; diciembre 1987.

Los aneurismas inflamatorios representan un subgrupo diferente de los aneurismas de aorta abdominal. Su frigidez, su gruesa pared aórtica inflamatoria y la afectación de las estructuras vecinas en el proceso inflamatorio ya fueron descriptas por primera vez por **Walker** y cols. (1972).

En los tres últimos años hemos visto 8 pacientes, todos varones, entre los 62 y 75 años de edad, que los sufrían. La mayoría acudieron por dolor abdominal y/o en el dorso. De ellos, 3 se hallaban bajo tratamiento de hipertensión arterial. Ninguno se complicó de ruptura. El diagnóstico se estableció por ultrasonografía en 7 y por TAC en uno.

Todos fueron tratados quirúrgicamente, con resultados satisfactorios.

En conjunto, alrededor del 10% de los aneurismas aórticos abdominales presentan características inflamatorias evidentes de tipo reactivo, consistente en una vaina blanquecina sobre el aneurisma con fibrosis periaórtica. La etiología es desconocida, discutiéndose si es una variante de la aterosclerosis o representa la respuesta a otros agentes causales.

Aunque presentan características especiales a la exploración ultrasónica y al TAC, el diagnóstico en ge-

neral se efectúa en el acto quirúrgico.

La cirugía es el mejor tratamiento. Cuando los casos son inoperables cabe emplear una terapéutica con esteroides. En caso de hidronefrosis o de estar comprendido el uréter, hay que recurrir a la ureterolisis, así como tratar la fibrosis retroperitoneal.

FISTULAS ARTERIOVENOSAS MAMARIO-CAVA. A PROPOSITO DE DOS CASOS. REVISION DE LA LITERATURA.— **A. De la Torre, J. Escudero, V. Riambau, A. Rosendo, J. Latorre, I. Naja y E. Sala Planell.** «Revista Española de Cirugía Cardíaca, Torácica y Vascular», Vol. 5, nº 5, pág. 295; Sep.-Oct. 1987.

Se presentan dos nuevos casos de rara fistula arteriovenosa entre mamaria interna y vena cava superior, cosa no frecuente en la vida civil. El primero fue de origen yatrogénico, postesternotomía media, y el segundo traumático, postcontusión torácica. Uno de ellos se manifestó por disnea a pequeños esfuerzos; y el otro fue asintomático y constituyó un hallazgo casual. Un soplo continuo en región paraesternal derecha fue el signo común, estableciendo el diagnóstico definitivo la angiografía convencional. Ambos casos se resolvieron quirúrgicamente.

La escasa frecuencia de este tipo de fistulas arteriovenosas se debe probablemente a que las peculiares estructuras ósea y cartilaginosas del tórax ofrecen una pro-

tección contra los traumatismos de estos vasos y a que sólo el 15% de las fistulas AV producen efectos hemodinámicos detectables.

Las fistulas AV de la A. Mamaria interna se pueden clasificar en cuanto a su etiología en: congénitas, traumáticas, yatrogénicas y neoplásicas.

De todos los síntomas con que puede debutar una fistula AV entre mamaria interna y tronco innomado o vena cava superior el más frecuente es un soplo continuo en maquinaria con refuerzo sistólico en 2º-3º espacio intercostal, con o sin dolor torácico. Su diagnóstico debe sospecharse ante los datos etiológicos citados antes, confirmándolo por Doppler, angiografía digital y/o angiografía convencional por cateterismo selectivo.

Para la mayoría de autores el tratamiento quirúrgico es la terapéutica de elección.

A PROPOSITO DE UNA OBSERVACION DE FISTULA ARTERIO-VENOSA AGUDA POR FISURACION DE UN ANEURISMA IGNORADO DE AORTA ABDOMINAL EN LA VENA CAVA INFERIOR (A propos d'une observation de fistule artério-veineuse aiguë par fissuration d'un anévrisme méconnu de l'aorte abdominale dans la veine cave inférieure).— **G. Migliori, V. Ing hilleri y J. A. Inglesakis.** «Angiologie», Año 39, nº 6, pág. 171; octubre 1987.

Se presenta un caso de ruptura de un aneurisma de aorta abdome-

nal ignorado y que se fisuró en la vena cava inferior. Hemos hallado 304 casos más en la literatura.

Caso demostrativo: Varón de 63 años. Ingresa el 24-IX-85 con un cuadro de oligo-anuria con hematuria total desde 48 horas antes; enorme edema cianótico de ambos miembros inferiores; y náuseas, vómitos alimenticios. Se trata de un diabético no insulino-dependiente, gran fumador (40 X día), operado de hernia crural 4 meses antes e insuficiencia respiratoria objetivada en un chequeo seis meses antes.

Examen clínico: Abdomen blando, algo de meteorismo. Masa hipogástrica de tipo aneurismático prolongada hacia ilíaca derecha con soplo continuo. T.A. 10, 5/6 en miembros superiores y 14/10 en los inferiores. Pulsos, todos presentes.

Laboratorio: Insuficiencia renal funcional.

Examen radio-instrumental: Buena estabilidad hemodinámica. Ecografía más tomodensitometría: aneurisma aorto-ilíaco derecho de 4,5 cm diámetro, sin disección ni fisuración. Cava normal en su calibre. Angiografía por vía venosa: demuestra una comunicación directa aorta-cava.

Intervención (a las 21 horas): Se pone en evidencia una masa inflamatoria englobando el aneurisma aorto-ilíaco derecho, la bifurcación cava y el uréter derecho, sin derrame intraperitoneal y ocupación de la pequeña pelvis por sangre venosa a presión. Control del aneurisma por clampaje infrarrenal y control endoluminal bi-ilíaco por sondas de globo; su abertura pone de manifiesto la fistula cava, de 2 cm, que es suturada en dos planos. Resección del aneurisma e injerto aortobifemoral.

Postoperatorio inmediato: Oligo-

nuria 4 días, septicemia de Gram negativos. A los 10 días parálisis ciático izquierdo resuelta a los 40 días.

Postoperatorio tardío: Evolución progresivamente favorable. A los 2 años, actividad normal, aunque con edema bilateral por trombosis venosa ilíaca. Prótesis funcionando.

Comentarios: Hay varios factores que hacen ignorar el aneurisma, no obstante la angiografía constituye el elemento esencial para el diagnóstico. Una mala apreciación del estado hemodinámico puede llevar al fracaso antes de toda terapéutica.

A excepción de fistulas espontáneamente obturadas (2% de los casos), el tratamiento quirúrgico es obligado. Nosotros pudimos cerrar la fistula con sutura simple, pero hay muchos otros procedimientos: «patch» venoso de Dacron, Gore-Tex, etc. El clamp infrarrenal y las sondas de balón endoluminales ilíacas nos han asegurado el control de la cava, sin necesidad de mayores prevenciones de una posible embolia pulmonar.

En este caso no nos ha parecido necesario la autotransfusión peroperatoria, por la ausencia de extravasación intra o retroperitoneal.

Conclusiones: Estos casos de fistulización aorta o ilio-cava son raros en enfermos de aneurismas aórticos abdominales (2%) y su diagnóstico preoperatorio se hace en el 20% de los casos, excepto si se realizan las pruebas radioinstrumentales adecuadas. La angiografía venosa nos parece la más precisa y nos permite localizar la fistula y apreciar las consecuencias hemodinámicas. Estas exploraciones tienen gran importancia en el pre, per y postoperatorio para reducir la mortalidad.

CONSECUENCIAS HEMODINAMICAS DE LA OCCLUSION AORTICA SOBRE LA IRRIGACION DE LA MEDULA ESPINAL (The haemodynamic consequences of aortic occlusion on the spinal cord blood supply).— **F. Wadouh, E. Oppermann, H. G. Borst y R. Wadouh.** «What is New in Angiology?». Proceedings 14th World Congress International Union of Angiology. W. Zuckschwerdt Verlag München, Bern, Wien, 1986.

Las alteraciones de la médula espinal tras el clampaje de la aorta descendente pueden suceder con independencia de enfermedad aórtica. Un estudio previo reveló primero que una deficiencia de oxígeno era la causa de aquella alteración tras dicho clampaje, sin que no obstante se aclara con exactitud el mecanismo.

Con objeto de explicar tal mecanismo hemos estudiado por separado las consecuencias hemodinámicas de la oclusión de la aorta a distintos niveles, observadas en la médula espinal del cerdo.

De tal estudio se llega a la conclusión de que la circulación colateral se desarrolla mejor en la región torácica que en la lumbar. El clampaje de la aorta descendente lleva a un efectivo gradiente de presión entre la circulación colateral espinal y la aorta descendente distal al lugar del clampaje. En esta fase la sangre es deficitaria en la aorta hipotensiva y en la parte inferior del cuerpo, que corresponde a un «steal-phenomenon». Ello puede ocasionar una alteración isquémica en la médula espinal. Una segunda oclusión distal en la aorta descendente puede prevenir este fenómeno en la región torácica.