

Obliteración de aorta abdominal yuxtarrenal. Estenosis 90% de arteria renal izquierda. Trombosis arteria renal derecha y atrofia renal. Tratado con desobliteración aórtica, prótesis aorto-bifemoral, by-pass aorto-renal izquierdo y nefrectomía derecha. Presentación de un caso

E. E. Tovar Martín* - P. Díaz Pardeiro* J. Pintos* - M. Mariné**

Hospital «Juan Canalejo» - La Coruña (España)

RESUMEN

Presentamos un caso de obliteración de aorta abdominal yuxtarrenal, asociado a un riñón derecho anulado, estenosis de arteria renal izquierda del 90%, en un paciente hipertenso y en insuficiencia renal crónica. Tratado con desobliteración aórtica, prótesis aorto-bifemoral término terminal, «by-pass» aorto-renal izquierdo y nefrectomía derecha, con satisfactorio resultado y favorable evolución de su hipertensión e insuficiencia renal.

SUMMARY

A case report of a yuxtarrenal abdominal aortic obliteration, associated to a annulated right kidney, a 90% left renal arterial stenosis, hypertension and chronic renal failure is presented. An aortic desobliteración was performed, with a termino-terminal aortobifemoral prosthesis, a left aortorenal by pass and a right nephrectomy. The result was sucessfully and allowed a satisfactory evolution of its renal failure and hypertension.

Paciente de 53 años, con historia de hipertensión severa, conocida desde hace 18 meses, refractaria al tratamiento, con insuficiencia renal, en el que se diagnostica obliteración de aorta abdominal yuxtarrenal, es-

tenosis del 90% de arteria renal izquierda y anulación del riñón derecho.

Se trata con desobliteración de aorta abdominal, prótesis bifurcada aorto-bifemoral, prótesis cuerpo inyerto y renal izquierda término-terminal y nefrectomía derecho. Hipotermia selectiva renal izquierda.

La evolución fue excelente, comprobando el buen funcionamiento de ambas prótesis y reducción de TA a 140/95 al mes de la intervención.

Caso clínico

RMC de 53 años, marinero de profesión, que ha sido estudiado y tratado en el Servicio de Nefrología, presentando una historia conocida de hipertensión arterial de unos 18 meses.

En sus antecedentes, intervenido de hernia discal hace 4 años. Bebedor hasta hace 2 años y fumador de 20 cigarrillos.

Ha sido tratado de su hipertensión por su médico de cabecera, no sabe con qué. Presenta claudicación progresiva desde hace 4 años, que en la actualidad es a los 50 mts.

Refiere 2 episodios de hematuria, disuria, polaquiuria y dolor lumbar, autolimitados, que cedieron en 3-4 días, hace 17 y 5 meses, respectivamente.

En la exploración física, TA 230/100, Fe 84 C.p.m., consciente, orientado, con aceptable estado de nutrición e hidratación. No bocio, ni adenopatías, latidos carotídeos simétricos, con soplos sistólicos en am-

* Servicio de Cirugía Vascular.

** Sección de Angiorradiología.

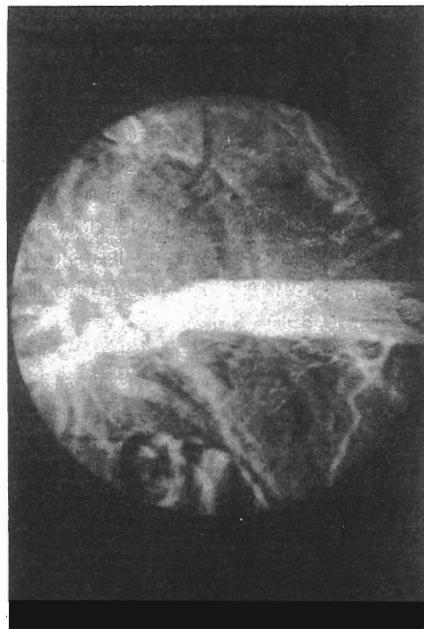


Fig. 1 - Angiografía preoperatoria. Obliteración aórtica, estenosis 90 %. Arteria renal izquierda y arteria renal derecha anuladas.

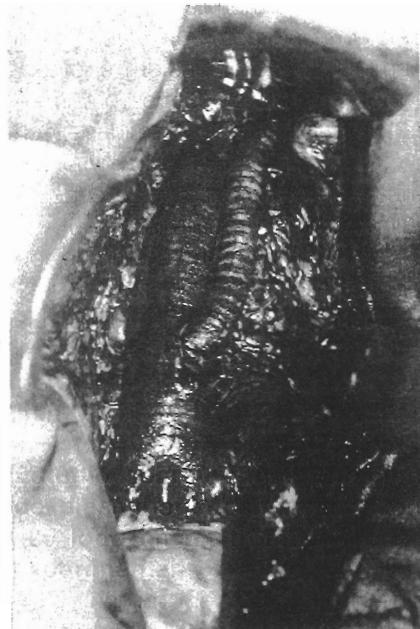


Fig. 2 - Campo operatorio. Prótesis aorto bifemoral y aorto renal.

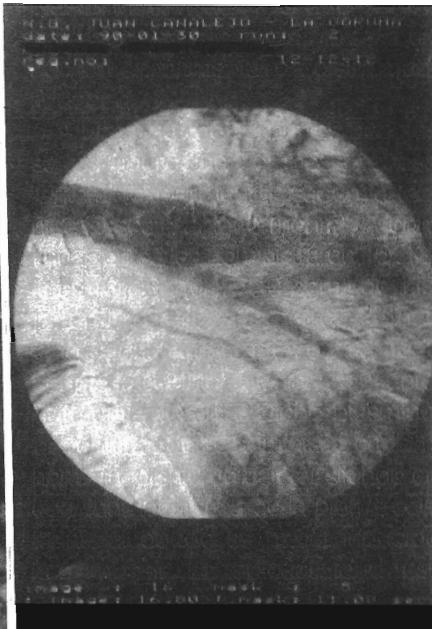


Fig. 3 - Control divas postoperatorio. Prótesis aorto bifemoral y aorto renal, en satisfactoria situación.

bas carótidas. Soplo sistólico en mesocardio y foco aórtico II/IV, ritmicos. Satisfactoria ventilación pulmonar. Abdomen blando y depresible. Hepatomegalia lisa tres traveses; y soplo audible en epigastrio, región periumbilical y vacío izquierdo.

En RX de tórax, signos incipientes de EPOC. EKG bloqueo Rama Derecha, ritmo sinusal y probable infarto inferior antiguo.

Ecocardiograma: VI de tamaño y función normales, hipertrofia septal moderada, válvula aórtica normal, sin datos de estenosis aórtica. Datos de restricción, al llenado de VI.

La ecografía abdominal muestra un riñón izquierdo de contorno liso, 11 cm de longitud y sin alteraciones ecográficas. Riñón Derecho muy reducido de tamaño, con borde lobulado y 5,4 cm. de longitud. Hígado en límite alto de la normalidad, con ecoestructura homogénea. Resto abdomen normal.

Fondo de ojo, sin alteraciones.

Se efectúa estudio aortográfico, que muestra obliteración aórtica yux-

tarenal y oclusión de arteria renal Derecha, estenosis del 90% de arteria renal Izquierda. Buena permeabilidad de femorales. Sobre área renal Derecha se objetivan pequeños vasos, en relación con circulación colateral.

Analítica

Hb 15,5 gr. Hto. de 44% con leucocitos y coagulación normales.

Bioquímica: creatinina 3,1, urea 136, ac. úrico 9,4 Ca 8, K. 46, Na. 137, Cl. 108, Co2 + 23 (un Eq/l) resto sin alteraciones.

Bioquímica en orina: Ac de Cr 35 ml/mn, Na 50, K 40., Cl. 65, proteinuria 1,2 - 2,3 gr., 24 horas. Sedimento normal, cultivo negativo. Portador de AG Hbs, positivo.

En resumen, el paciente presenta una historia de hipertensión arterial, conocida desde hace 18 meses, sin que conste historia previa, objetivándose una atrofia renal Derecha, con anulación funcional y estenosis de arteria renal Izquierda del 90%, y obstrucción de aorta abdominal.

Se plantea en sesión conjunta de Nefrología y C. Vascular las posibilidades quirúrgicas, y se acepta su corrección.

Se realiza una laparotomía media supra e infraumbilical y se expone la aorta e hilio renal. Desobliteración aórtica y anastomosis con prótesis bifurcada 16X8 mm Vascutek, que se pasa retroperitonealmente, y anastomosis femorales. Exposición de arteria renal Izquierda y arteriotomía, con infusión de 500 c.c. de Ringer Lactato a 4° con 50 mg. de Heparina Sódica.

Anastomosis con prótesis de Dacron 6 mm término-terminal y látero-terminal. Seguidamente, despegamiento colon hepático, maniobra de Kocher y nefrectomía Derecha, peritonización y cierre.

El paciente hizo un postoperatorio sin complicaciones, con una mejoría en el control de su hipertensión arterial, con tensiones de 130-140/90 tan sólo con dieta hiposódica y Nifedipina, cuando previamente no se lograba el control con cuatro hipo-

tensores. La función renal se mantuvo estable, con discreta mejoría clínica, siendo la Creatinina plasmática, a su alta, de 2,4 mg/dC.

Discusión

La obliteración yuxtarrenal de la aorta abdominal junto a estenosis de arteria renal del 90% en riñón único funcionante no es una asociación frecuente y requiere un tratamiento agresivo. Su solución, no puede ser otra que la quirúrgica (3, 4).

La claudicación progresiva, su hipertensión y su hábito de fumar, condicionaron la obliteración aórtica, llegando a presentar una claudicación invalidante. La hipertensión refractaria al tratamiento y la insuficiencia renal eran la expresión de la patología de la arteria renal izquierda y del estado del riñón Derecho (1, 2).

La desobliteración aórtica a nivel yuxtarrenal la llevamos a cabo con clampaje suprarrenal transitorio, pues consideramos es la única forma de obtener una desobliteración aórtica completa.

El clampaje suprarrenal no suele ser mayor de 4-5 minutos. Una vez desobliterada la aorta, se transforma el clampaje en infrarrenal y se continúa la intervención del modo habitual, en general con anastomosis término-terminal a nivel aórtico (5).

El tratamiento del riñón único con estenosis del 90% de la arteria lo tratamos con protección hipotérmica,

pues da una mayor garantía en la conservación de la función renal. Perfusion de 500 c.c. de Ringer Lactato a 4° C. con 50 mg, de Heparina Sódica. No hubo alteración en la función renal y antes bien mejoró en el postoperatorio (6, 7).

La nefrectomía Derecha estaba justificada por el estado renal, mostrando intensa pielonefritis crónica, con marcada fibrosis intersticial renal, nefroangioesclerosis y moderada arterioesclerosis de la arteria renal, datos de isquemia a nivel glomerular (histopatología) (8).

En el control angiográfico postoperatorio se demuestra una correcta situación de ambas prótesis, con satisfactoria eliminación renal.

La mejoría en la función renal y la desaparición de la claudicación han sido las consecuencias de la corrección quirúrgica efectuada.

De las dos alternativas posibles en el tratamiento de esta asociación lesional, tromboendarterectomía y bypass, la mayor parte de las veces es preferible el by-pass aórtico y renal, ya que representa una mayor facilidad técnica y los resultados, a corto y largo plazo, son mejores.

- per abdominal aorta. «Ann Vasc Surg». 1989 Apr. 3 (2): 181-6.
- COOPER, GG.; BARROS, D.; SA, AA.: Simultaneous aortic reconstruction and bilateral renal revascularization (letter; comment). «J Vasc Surg». 1989 Jul. 10 (1): 104-5.
 - TARACI, RY.; HERTZER, NR.; BEVEN, EG.; O'HARA, PJ.; ANTON, GE.; KRAJEWSKI, LP.: Simultaneous aortic reconstruction and renal revascularization; risk factors and late results in eighty-nine patients. «J Vasc Surg». 1987 May, 5 (5): 707-14.
 - SANGER, PW.; DAUGHERTY, HK.; ROBICSEC, F.; GALLUCCI, V.: Aorticorenal disease. A surgical entity. «Ann Thorac Surg». 1967; 3, 195-203.
 - SCHWARCZ, TH.; FLANIGAN, DP.: Repair of abdominal aortic aneurysms in patients with renal, iliac, or distal arterial occlusive disease. «Surg Clin North Am». 1989 Aug. 69 (4): 845-57.
 - BUDDEN, J.; HOLLIER, LH.: Management of aneurysms that involve the juxtarenal or suprarenal aorta. «Surg Clin North Am». 1989 Aug. 69 (4): 837-44.
 - McCANN, RL.; WOLFE, WG.: Splenorenal anastomosis during resection of juxtarenal aortic aneurysm. «Surg Gynecol Obstet». 1989 Mar. 168 (3): 271-2.
 - STONEY, RJ.; MESSINA, LM.; GOLDSTONE, J.; REILLY, LM.: Renal endarterectomy through the transected aorta; a new technique for combined aortorenal atherosclerosis. A preliminary report. «J Vasc Surg», 1989 Feb. 9 (2): 224-33.

BIBLIOGRAFIA

- PEILLON, C.; MORLET, C.; LAISSY, JP.; WATELET, J. TESTART, J.: Endoaortic calcific proliferation of the up-