

ANURIA COMO CAUSA DE MUERTE EN LA TROMBOSIS AORTOILIACA ASCENDENTE

F. MARTORELL y L. SÁNCHEZ-HARGUINDEY

Instituto Policlínico

Barcelona (España)

La trombosis aortoiliaca mientras permanece circunscrita se manifiesta por el conocido Síndrome de Leriche. Sólo cuando desciende o asciende y ocluye nuevos vasos determina complicaciones graves. Si desciende ocasiona trastornos isquémicos y hasta gangrena de las piernas. Si asciende la oclusión de la mesentérica inferior suele tolerarse bien. Al llegar a la altura de las arterias renales puede ocluir una sola o las dos. Si ocluye una sola renal y existen los dos riñones, aparece un cuadro de hipertensión maligna. Si se ocluyen los dos lados aparece anuria y muerte por uremia.

Vamos a examinar tres casos de anuria como causa de muerte en la trombosis ascendente aortoiliaca.

OBSERVACIÓN 1. — El día 11-II-60 ingresa de urgencia en nuestra Clínica Vascular un enfermo de 56 años en grave estado. El día antes sufrió intenso dolor abdominal, lipotimia y copiosa melena. Al mismo tiempo presentó dolor, palidez y frialdad en los dos miembros inferiores con pérdida de tacto en pies y piernas. Una transfusión de sangre mejoró su estado general. Desde que se inició el dolor estaba anúrico.

Antes de este episodio agudo tenía ligera claudicación intermitente, ligera hipertensión arterial y arritmia.

El examen clínico muestra un abdomen meteorizado y doloroso, sin contractura. Ausencia de pulso y oscilaciones en los dos miembros inferiores que están fríos, cianóticos y sin tacto.

La aparición de una oclusión de la bifurcación aórtica en un enfermo con taquiarritmia, podría diagnosticarse de embolia arterial, pero la existencia de anuria, melena y el antecedente de claudicación intermitente dan como diagnóstico más probable una trombosis arterial aguda de la aorta abdominal.

Intervención. — Laparotomía media. El colon derecho aparece lleno de sangre. Tanto el colon como el intestino delgado presentan lesiones de tipo infarto intestinal, sin lesiones gangrenosas de la pared. Se inyectan 20 c.c. de novocaína al 1 % en la raíz del mesenterio. Se incide el peritoneo posterior. Gran cantidad de grasa subperitoneal. No existe pulsatilidad en toda la aorta abdominal. La iliaca común derecha está trombosada. La iliaca común izquierda no pulsa pero está libre de coágulos.

Arteriotomía de la iliaca común derecha. Trombectomía por aspiración. Se obtiene salida de sangre líquida pulsátil por el extremo proximal. No se obtiene por el distal. La iliaca común izquierda después de la trombectomía pulsa así como la aorta en toda su extensión. Sutura arterial. Al retirar la hemostasia temporal pulsán la aorta y las ilíacas.

Después de la operación mejora el estado circulatorio de sus piernas, pero sigue sin orinar y no despierta de la anestesia. Fallece de anuria al día siguiente.

Comentario. — En este caso la oclusión trombótica es extensa y aparece con carácter agudo. La trombosis ocluía las dos mesentéricas, las dos renales y la iliaca común derecha (fig. 1). La operación permitió librar de la isquemia a los miembros inferiores pero no consiguió desobstruir las renales. El enfermo murió anúrico.

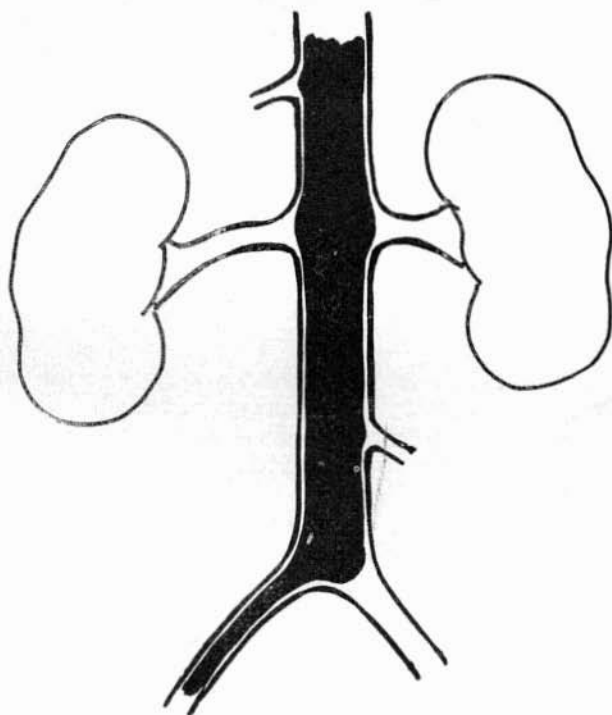


Fig. 1. — Trombosis aguda de la aorta en un arterioscleroso. La mesentérica superior, las dos renales, la mesentérica inferior y la iliaca común derecha están ocluidas.

OBSERVACIÓN 2. — Hombre de 64 años. Gran fatiga al andar desde hace algunos años. Ultimamente guarda cama: no puede andar ni tenerse en pie. Frialdad en piernas y pies.

Exploración: Atrofia extremidades inferiores. Ausencia de pulso y de oscilaciones en las piernas. Aparecen placas de gangrena en tobillos, rodillas y región sacra. Fallece de anuria.

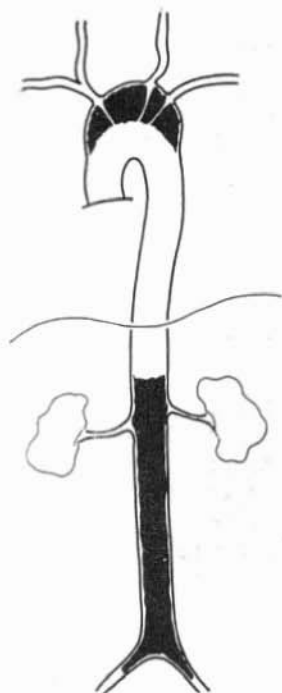


Fig. 2. — Trombosis crónica de la aorta en un arteriosclerosis con oclusión incompleta de los troncos supraaórticos y completa de las renales a ilíacas

En la autopsia se hallan intensas lesiones ateromatosas en toda la aorta. La bifurcación está ocluida por un trombo antiguo hasta las renales. Las dos renales están obstruidas por trombos más recientes.

A nivel del arco aórtico existen también intensas lesiones ateromatosas. Su parte convexa, donde emergen los troncos supraaórticos, está dilatada como si se iniciara un aneurisma sacular. Abierta la aorta y examinada por dentro, la porción convexa muestra un fondo de saco lleno por un trombo con tres orificios.

Al arrancar el trombo, aparecen los orificios aórticos de los tres troncos más bien dilatados con placas y úlceras ateromatosas.

Comentario. — Este caso evoluciona solapadamente, la trombosis ocluye parcialmente las ilíacas y los troncos supraaórticos. Más tarde la oclusión total de las ilíacas da lugar a la aparición de placas de gangrena. Por último la oclusión de las renales (fig. 2) produce la muerte por anuria.

OBSERVACIÓN 3. — Un enfermo de 48 años acudió a nuestra Clínica Vascular por claudicación intermitente el 1-X-47. En febrero de 1951 desarrolla una hipertensión maligna de curso rápido con edema peripapilar y hemorragias retinianas. La pielografía intravenosa muestra ausencia de repleción en el riñón derecho. Se practicó una lumbotomía derecha el 10-III-51, observando que una trombosis ascendente de la bifurcación aórtica había cerrado el orificio aórtico de la arteria renal derecha. Se extirpó el pequeño riñón y el enfermo mejoró rápidamente, normalizándose su presión arterial, recuperando completamente la visión y desapareciendo las lesiones del fondo del ojo.

Pasó casi seis años completamente bien.

En septiembre de 1956 presenta anuria y uremia elevada.

Operado de nuevo se comprueba que la trombosis ascendente de la aorta ha cerrado el orificio aórtico de la arteria renal izquierda como antes cerró el de la arteria renal derecha (fig. 3). Fallece de anuria el 19-IX-56.

Comentario. — En este último caso vemos como el cierre de un solo orificio renal no produce anuria sino hipertensión, y como el cierre de las renales con un solo riñón produce la muerte por anuria.

Hemos descrito tres casos de muerte por anuria como complicación de la trombosis ascendente originada en el sector aorto-ilíaco. La observación n.º 3 demuestra que la oclusión del orificio aórtico de las arterias renales puede no ser simultánea sino sucesiva y hasta transcurrir muchos años entre una y otra oclusión. Esta posibilidad inclina a practicar la trombectomía o tromboendarteriectomía en los casos de hipertensión maligna por oclusión del orificio aórtico de una arteria renal de preferencia a la nefrectomía.

SUMMARY

Three cases of fatal ascending aorto-iliac thrombosis in which death occurred as a result of anuria and uraemia are presented. In the first two cases both renal arteries were simultaneously occluded. In the third case the aortic orifice of the right renal artery occluded first producing malignant hypertension which was cured by nephrectomy. Five years later, the patient died of anuria and uraemia following

occlusion of the renal artery of the

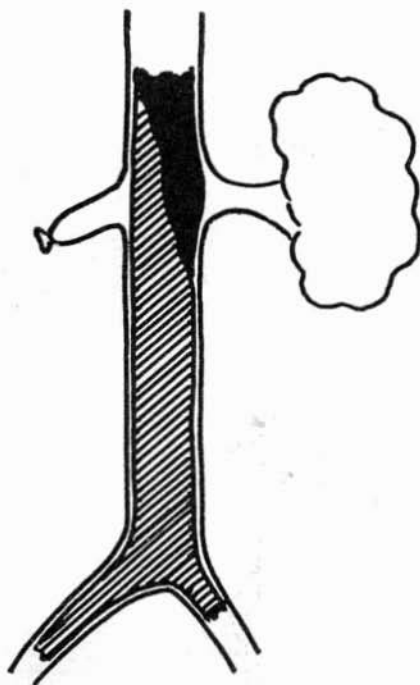


Fig. 3. — Oclusión trombótica antigua de la aorta y de la renal derecha y reciente de la izquierda.