

ANEURISMA TORACOABDOMINAL CON LESIONES OCLUSIVAS DE ARTERIAS VISCERALES*

G. PINTOS,* M. MARTINEZ,** E. RAMOS,** J. SANTAMARIA,** J. GARCIA COLODRO*** y M. HERMIDA.***

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General de Galicia. Facultad de Medicina, Santiago de Compostela (España).

Introducción

Los aneurismas tóracoabdominales son de escasa frecuencia. Algunos autores consideran que por cada cien aneurismas aórticos abdominales se encuentra sólo uno tóracoabdominal (1, 2).

Pero la lesión ectasiante, que en esta situación abarca la salida de las ramas viscerales de la aorta, puede asociarse a lesiones oclusivas de las mismas (3, 4) en un 20% de los casos (5), afectando a una o más ramas (tronco celiaco, mesentérica superior y ambas renales) y limitándose preferentemente al ostium.

El cuadro clínico de presentación más frecuente es el de dolor tóraco-dorsal y abdominal; y cuando existen lesiones oclusivas viscerales, síntomas de isquemia intestinal (arterias digestivas) e hipertensión arterial (arterias renales).

La etiología más frecuente en la actualidad es la arteriosclerótica.

En la mayoría de los casos, la lesión aneurismática se desarrolla en edades superiores a los sesenta años, aunque algunas veces se manifiesta ya en la década de los veinte (Crawford).

La reparación quirúrgica de este tipo de lesiones se realiza mediante la técnica ideada por primera vez por De Bakey y cols. en 1.956 (6, 7), o alguna de sus variantes, dependiendo de la morfología del aneurisma y de la variedad y extensión de las lesiones oclusivas. Cuando éstas no existen o se limitan al ostium y son de fácil endarteriectomía, la técnica de elección en la actualidad es la preconizada por Crawford y cols. (8, 9), dada su mayor sencillez y rapidez de ejecución, además de sus mejores características hemodinámicas.

Las complicaciones más frecuentes en el inmediato post-operatorio de este tipo de cirugía son la insuficiencia renal aguda (8, 5%), que en la casi totalidad de los casos se resuelve con hemodiálisis temporal, y la paraplejía (4%), esta última muy

* Profesor Jefe de Servicio.

** Adjunto Clínico.

*** Médico Residente.

(*) Comunicación presentada al Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. XXIX Jornadas Angiológicas Españolas, 1983.

a tener en cuenta en el acto operatorio por si se ha de realizar reimplantación de ramas aórticas posteriores que se desprenden a ese nivel, con el fin de evitar la isquemia medular.

Los resultados en las estadísticas con la máxima experiencia (Crawford, y Cols.) demuestran una supervivencia del 91%, aunque la mayoría registran una mortalidad que no difiere mucho de las clásicas series de De Bakey y Cols. del 26%. Las causas más frecuentes de exitus son la coagulopatía y las complicaciones cardiopulmonares y renales.

Las peculiaridades del caso tratado por nosotros, tanto por las características del paciente como por su forma de presentación clínica, la morfología de la lesión ecstásica y de las lesiones oclusivas asociadas, constituyen el motivo de su publicación.

Caso clínico

Varón de 32 años de edad que presenta un cuadro de disnea de esfuerzo progresiva de dos meses de evolución y que ingresa en el Servicio de Cardiología en insuficiencia cardíaca, que remite con tratamiento médico (Fig. 1).

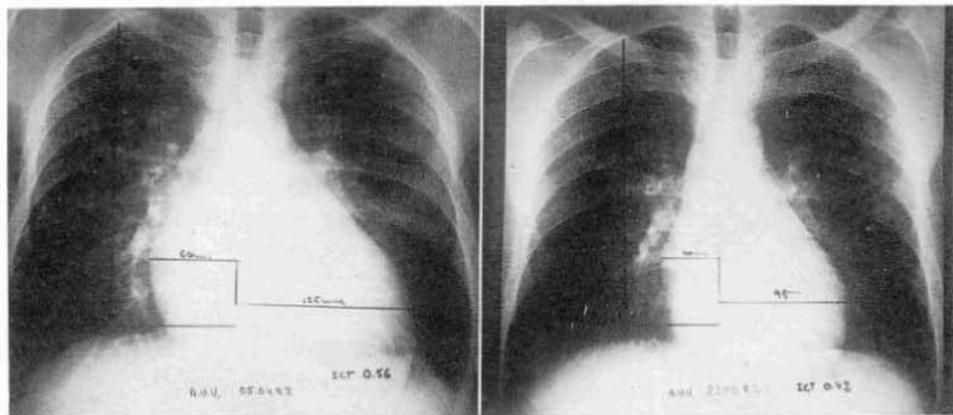


Fig. 1.- A) Radiografía de tórax a su ingreso.
B) Radiografía de tórax después del tratamiento cardiológico.

Entre sus antecedentes figura ser fumador y bebedor habitual.

De la exploración clínica debe destacarse la presencia de hipertensión arterial severa (200/130 mm de Hg) e hipertensión pulmonar.

Existe cardio y hepato-esplenomegalia y en apex se ausculta soplo pansistólico que se irradia a axila.

Se palpa una tumoración abdominal pulsátil y se ausculta soplo epigástrico.

La pulsatilidad distal está conservada y no existen edemas.

La analítica sanguínea no muestra alteraciones significativas.

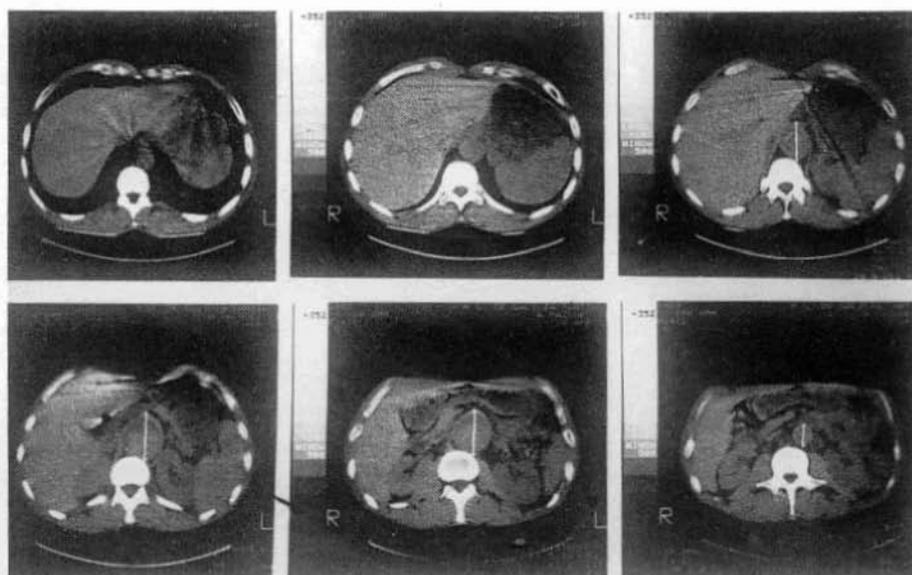


Fig. 2.- T.A.C. preoperatoria.

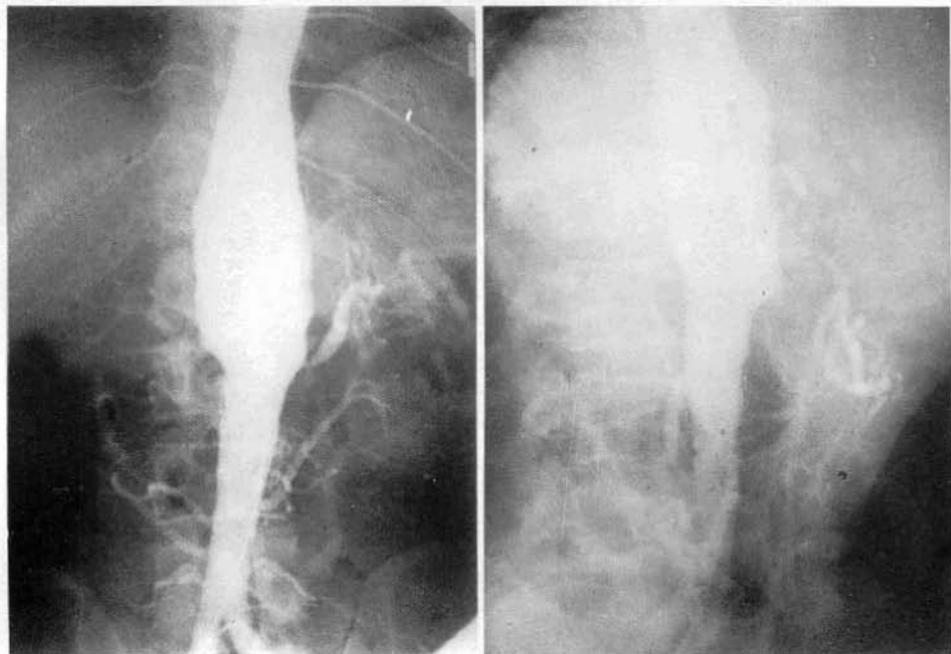


Fig. 3.- Estudio angiográfico preoperatorio:
A) Proyección antero-posterior.
B) Proyección lateral.

La urografía intravenosa no evidencia trastornos importantes de la función renal.

No existía sintomatología alguna de tipo digestivo.

La ecografía, TAC y angiografía muestran la presencia de un aneurisma tóracoabdominal con lesiones oclusivas de tronco celíaco, mesentérica superior y ambas renales (Fig. 2, 3, 4).

La intervención quirúrgica reparadora se realizó por tóracofrenolaparotomía, según la técnica de **De Bakey** (Fig. 5 y 6), con injerto aórtico de dacron bionit de 16

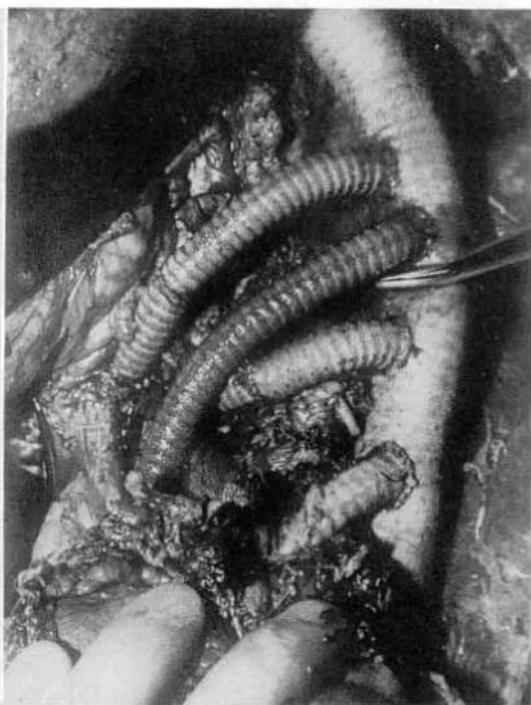
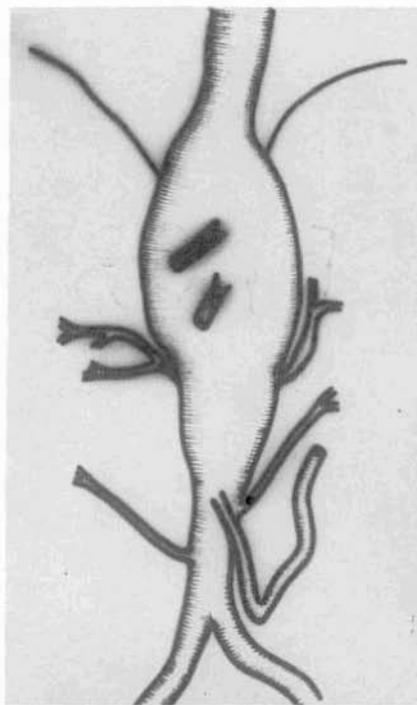


Fig. 4.- Representación esquemática de las lesiones ectásicas y ocluyentes que presentaba el paciente.

Fig. 5.- Imagen operatoria de la reconstrucción practicada.

mm (anastomosis proximal y distal término-lateral) e injertos independientes de dacron bionit de 8 mm a tronco celíaco, mesentérica superior y ambas renales. Se resecó el aneurisma, suturando la aorta distal por encima de la mesentérica inferior y la proximal dejando un muñón en bisel por debajo de la anastomosis, manteniendo la pared posterior aórtica, de la que salían varias colaterales de grueso calibre, con el fin de prevenir la isquemia medular. Se transfundieron 2.500 c.c. de sangre.

En el periodo post-operatorio el paciente presentó un cuadro de insuficiencia renal aguda por necrosis tubular, que se resolvió con hemodiálisis periódica durante un mes.

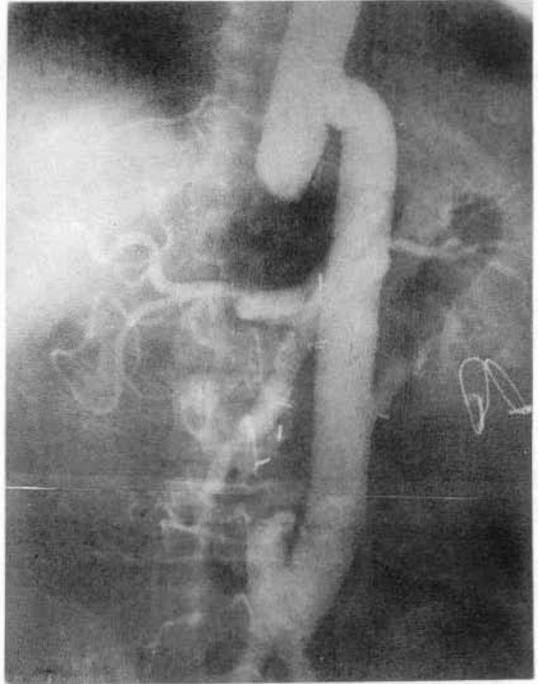
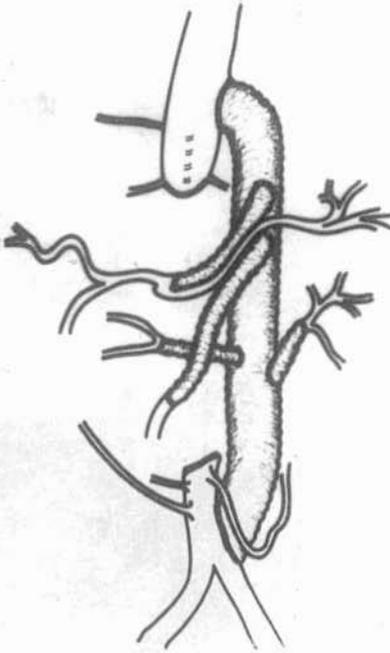


Fig. 6.- Representación esquemática de la reconstrucción quirúrgica practicada.

Fig. 7.- Estudio angiográfico postoperatorio.

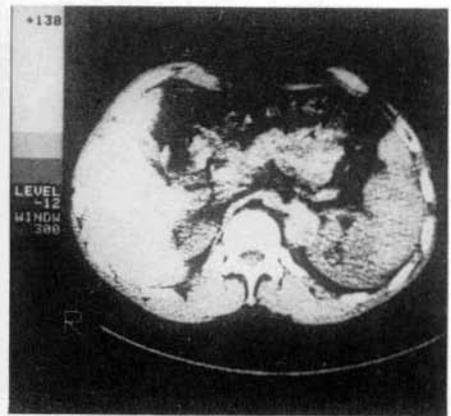
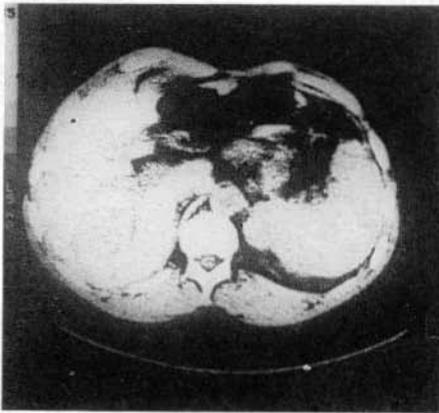


Fig. 8.- T.A.C. de control postoperatorio.

El resultado al año y medio de la intervención se considera bueno, permaneciendo permeables todos los injertos a excepción del correspondiente a la renal derecha (Fig. 7). El paciente está asintomático, salvo una discreta hipertensión que se controla con tratamiento médico y dieta hiposódica, no observándose nuevas dilataciones aneurismáticas (Fig. 8).

Discusión

En el análisis de este caso llama la atención, en cuanto a la clínica se refiere, la juventud del paciente (en alguna serie de **De Bakey** sólo el 15% estaban comprendidos entre 20 y 40 años) y el cuadro clínico de presentación de la lesión aneurismática.

Si bien la hipertensión arterial se asocia aproximadamente en el 20% de los casos de aneurisma tóracoabdominal con lesiones obliterantes de arterias renales, lo excepcional de este caso es que aquélla provocó un cuadro de insuficiencia cardíaca grave que motivó el ingreso del paciente en el centro hospitalario y permitió su diagnóstico.

Otra de las peculiaridades clínicas es la ausencia de sintomatología digestiva a pesar de las oclusiones del tronco celíaco y mesentérica superior, lo que se explica por el desarrollo experimentado por la mesentérica inferior y la suplencia realizada por una gruesa arcada de Riolo.

En el aspecto quirúrgico, se planteó la necesidad de derivaciones con ramas protésicas largas, dada la extensión de las lesiones parietales, a cuatro troncos arteriales; lo cual excluyó desde el principio la técnica de Crawford, más rápida y sencilla pero que exige la permeabilidad de troncos o lesiones oclusivas ostiales susceptibles, por sus condiciones, de endarteriectomía transaórtica.

Aunque la técnica de revascularización retrógrada de **Dubost** (10) conlleva mejores condiciones hemodinámicas, derivadas de la anastomosis proximal término-terminal, la comprobación intraoperatoria de la existencia de dos pares de arterias torácicas bajas de grueso calibre nos indujo a usar la técnica clásica de **De Bakey**, manteniendo un muñón en bisel por debajo de la anastomosis proximal con el fin de prevenir la isquemia medular y el elevado riesgo de paraplejía.

La revascularización del riñón derecho, irrigado únicamente por una arteria polar inferior, que aún mantenía una discreta función, aconsejó quizá con excesivo optimismo el intento de revascularización a pesar de las escasas posibilidades que hacía prever la gravedad de las lesiones oclusivas. La evolución postoperatoria corroboró esta sospecha, produciéndose la trombosis del «by-pass» en el inmediato postoperatorio, pero manteniéndose la función renal preoperatoria por medio de la arteria polar y mostrando la biopsia una isquemia moderada del parénquima renal.

Como la T.A. se mantiene en cifras de normalidad con tratamiento médico, no se considera oportuno proceder a ninguna intervención sobre dicho riñón.

El paciente es sometido a exploración periódica con el fin de destectar posible presentación ulterior de dilataciones aneurismáticas en otros sectores del árbol arterial, además del control médico e higiénico-dietético de su enfermedad arteriosclerótica.

La ausencia de grandes complicaciones intra y postoperatorias y la evolución favorable al cabo de año y medio, con permeabilidad de todas las ramas protésicas

implantadas a excepción de la reseñada anteriormente, corroboran la adecuada indicación y realización de la técnica usada, que aún no siendo la de elección en la mayor parte de los casos, mantiene su vigencia en pacientes singulares como el presentado.

RESUMEN

Tras una serie de consideraciones generales sobre los aneurismas toracoabdominales, se presenta un caso con características especiales y que fue operado, en un varón de 32 años de edad.

SUMMARY

After several general considerations about thoracoabdominal aneurysm, an especial case, operated on, in a 32 years old male, is presented.

BIBLIOGRAFIA

1. W. STARLING EDWARDS.: Thoracoabdominal Aortic Aneurysm. «Surg. Clin of North Am», 62: 441, 1982.
2. JOHN, J.; BERGAN y JAMES, J.T. YAO.: Tratamiento moderno de los aneurismas aórtico abdominales. «Clin. Quir. Nort.», 1: 175, 1974.
3. E. STANLEY CRAWFORD.: Thoraco-Abdominal and Abdominal Aortic Aneurysms Involving Renal, Superior Mesenteric and Celiac Arteries. «Ann. Surg.», 179: 763, 1974.
4. E. STANLEY CRAWFORD y JOHN S. SCHUESSLER.: Thoracoabdominal and Abdominal Aortic Aneurysms Involving Celiac, Superior Mesenteric and Renal Arteries. «World J. Surg.», 4: 643, 1980.
5. E. STANLEY CRAWFORD.: Surgical treatment of thoraco-abdominal Aortic Aneurysms. Conferencia de clausura en el «Primer Symposium Internacional sobre Aneurismas Arteriales». Madrid (España) abril 1983.
6. M.E. DE BACKEY.; O. CREECH, Jr. y G.C. MORRIS, Jr.: Aneurysm of thoraco-abdominal aorta involving the celiac, superior mesenteric and renal arteries: Report of four cases treated by resection and homograft replacement. «Ann. Surg.», 144: 549; 1956.
7. M.E. DE BAKEY.; E.S. CRAWFORD.; H.E. GARRET.; A.C. BEALL, Jr.; J.F. HOWELL.: Surgical considerations in the treatment of aneurysms of the thoraco-abdominal aorta. «Ann. Surg.», 162: 650, 1965.
8. E. STANLEY CRAWFORD.; ARTHUR E. PALAMARA.; SALWA A. SALEH.; JOHN O.F. ROEHM.: Aneurisma aórtico: estado actual del tratamiento quirúrgico. «Clin. Quir. Nort.», 4: 597, 1979.
9. H. EDWARD GARRET.: The Management of Thoracoabdominal Aortic Aneurysms, En: «Vascular Surgery», Rutherford R.B., Philadelphia, Ed. W.B. Saunders Co., 1977; pág. 655.
10. CH. DUBOST.; D. GUILMENT.; R. SOYER.: «La Chirurgie des Anéurysmes de l'Aorta». Paris Masson et Cie., 1970; pág. 136.