

ROTURA DE FALSO ANEURISMA DE AORTA (*)

Dres. Julio Mañana, Eneas Terra y Br. J. Artigas

Enfermo del C. A. S. M. U.

Motiva la presentación de este caso la confrontación radio-anatomo - clínica de la rotura de un falso aneurisma de aorta, y la necesidad de la difusión de la sintomatología clínica de las roturas de los aneurismas de esta arteria, dado que actualmente puede intentarse una cirugía aunque difícil y arriesgada; no deja de ser realizable.

HISTORIA CLINICA:

Presentaremos para ser más gráficos y, explícitos cronológicamente los hechos que se dieron en la historia del paciente.

Se trata de B. L., de 58 años de edad, sexo masculino, casado; raza blanca.

Tuvo un primer ingreso un año antes del accidente actual, motivado por un cuadro doloroso de abdomen; difuso, de tipo retortijón, intermitente, acompañado de deseos de defecar, pero sin expulsión de materias ni gases.

En sus antecedentes figuraba un infarto de miocardio tres años antes. Al examen clínico presentaba cicatriz de hernia inguinal derecha no recidiva. Abdomen balonado, timpanismo difuso.

La radiografía simple de abdomen mostraba gases en el colon hasta ángulo izquierdo. Al día siguiente exoneró su intestino normalmente mejorando el enfermo.

El estudio radiográfico del colon por enema mostraba un buen relleno baritado, ciego alto, irregular, algunos divertículos.

Aparentemente mejorado. Alta.

Segundo ingreso.

Vuelve a ingresar a los tres días de otorgada el alta. Por el mismo cuadro pero acompañado de dolores en el trayecto del nervio crural del miembro inferior derecho.

El examen osteo-musculo-neurológico de sus miembros inferiores es

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 1º de octubre de 1958.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

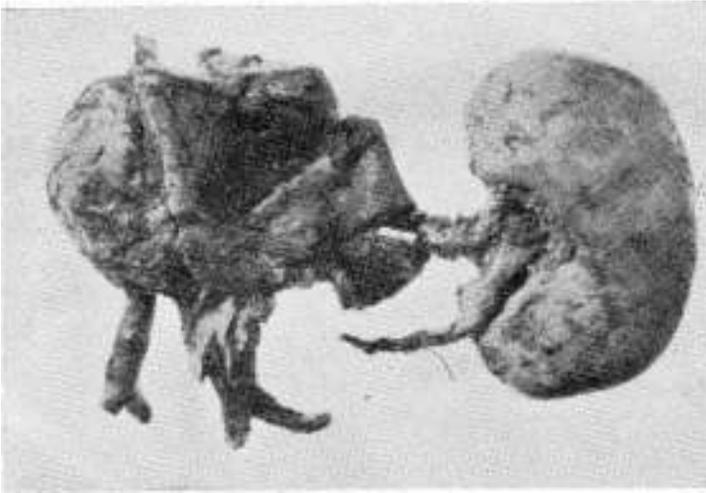
negativo. Pulso tibial, y pedio débiles pero conservados. Columna sin particularidades, lo mismo que cadera y sacroilíacas. No hay síndrome ciático.

Pielografía descendente: riñones de forma, situación y tamaño normales; buena eliminación del medio de contraste. Imagen pielocaliciarias espasmódicas. Tránsito de delgado: el tránsito se efectúa en el horario normal, ciego espasmódico, situado en fosa ilíaca y doloroso en su borde interno.

Alta, pasa un año bien.

Tercer ingreso.

Hace aproximadamente doce días comienza con dolor tipo puntada en región inguinal derecha que se irradia a región sacro-lumbar. Se



Enf. B. L. — Formación aneurismal vista por el plano posterior.

acompaña de pérdida de fuerzas y sensaciones parestésicas en miembro inferior derecho. Desde hace 5 días no moviliza el intestino, distensión abdominal y dolores difusos de vientre.

Dolor en región dorso lumbar principalmente a derecha.

Examen:

Enfermo pálido, deshidratado, abdomen distendido, timpánico, el hemiventre derecho se deprime menos que el izquierdo; fosa lumbar derecha ocupada y dolorosa. Tacto rectal: sin particularidades. Se despierta dolor a la percusión de la cuarta vértebra lumbar y a la palpación de la cresta ilíaca derecha. Miembro inferior derecho: banda de anestesia en región antero-externa de muslo.

Sin diagnóstico se ingresa.

A las doce horas de su internación es visto por primera vez por el comunicante.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Gran colapso vascular; enfermo muy pálido, sin pulso ni presión. Se cateteriza una vena pasando levofed a chorros; se logra levantar la presión a 8, el pulso es de 140 p.m. Se comprueba cuadro de anemia aguda; tumefacción de fosa lumbar y fosa iliaca derecha.

Abdomen distendido. La tumefacción es francamente retroperitoneal, ocupando: fosa lumbar, flanco y fosa iliaca derecha, se realiza diagnóstico de aneurisma de arteria aorta o iliaca roto, o un tumor retroperitoneal que hubiese sufrido un proceso hemorrágico.

Con transfusión de sangre a chorro se logra hacer aparecer los pulsos radiales pero no los femorales.



Pared del aneurisma verdadero. a) Restos del plano muscular;
b) Fibrosis parietal.

Aparece importante equimosis sobre el pliegue inguinal derecho. Cuando se prepara para operar el enfermo fallece en cuadro de anemia aguda.

Autopsia. Mediana supra e infra-umbilical. Hematoma del subperitoneo que se expande por el bogros hacia el lado derecho, aumenta hacia el flanco, tomando dimensiones muy importantes en retroperitoneo.

Se comprueba un aneurisma de aorta subrenal que llega hasta la bifurcación, este aneurisma invade mucho hacia la derecha desplazando la vena cava. Se extirpa aorta, vena cava y riñón derecho.

Examen anatomopatológico.

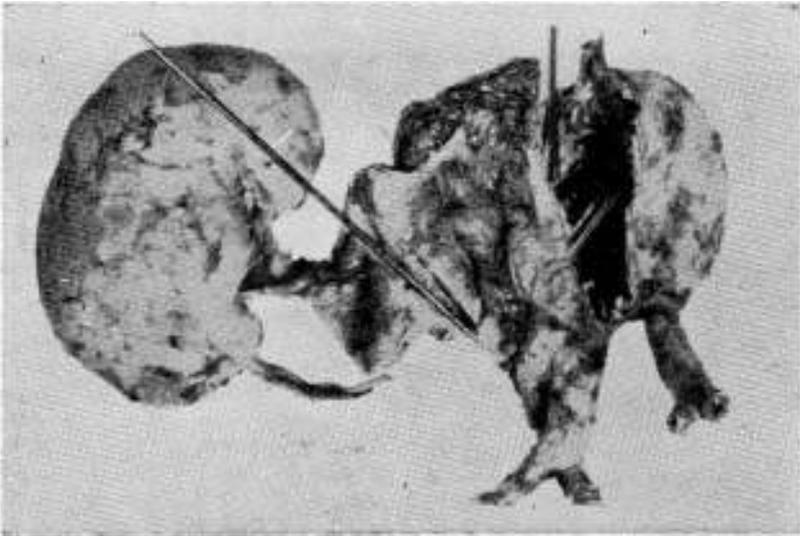
Dr. Scandroglio.

Material autopsico constituido por el riñón derecho, el uréter, la vena cava inferior y parte de la aorta terminal con sus bifurcaciones iliacas.

La aorta mide en longitud 88 mms. Tiene una forma cacula, arci-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

forme), constituida por una pared externa irregular, de aspecto fibroso y color amarillento. Es de consistencia dura. La sección longitudinal muestra una pared gruesa, irregular, sin separación en capas vasculares. El aspecto interno está constituido por capas sobrepuestas de sustancia de aspecto fibrinoide, de color grisáceo negruzco alternando con otras de apariencia amarillento. En el extremo superior se continúa con la aorta que conserva sus dimensiones normales con fenómenos de calcificación. La vena cava sigue una dirección oblicua hacia abajo y a la izquierda. No presenta alteraciones patológicas. Se encuentra separada



Formación aneurismal vista por su plano anterior. La aorta se mantiene abierta longitudinalmente. a) Luz; b) Pared fibrosa; c) Tejido grasoso periférico yuntaarterial; d) Infiltración sanguínea. Aneurisma falso.

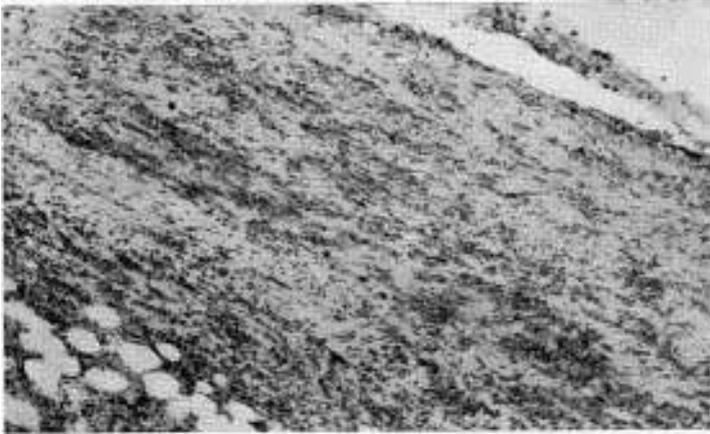
de la aorta, en su extremo superior por una cavidad irregularmente abierta hacia arriba, que forma otro saco, de unos 34 mms. de diámetro. Tiene una pared gruesa, irregular de color grisáceo negruzco. En parte se desprende con facilidad. El riñón derecho y el uréter no presentan fenómenos patológicos.

Microscópicamente se comprobó: un saco de tipo aneurismal con una pared fibrosa donde es muy difícil reconocer la estructura arterial por la producción esclerosa y en parte por calcificación; por dentro y parcialmente calcificado existen capas sobrepuestas de fibrina y glóbulos rojos. En parte se ha organizado por producción conjuntiva joven. El saco externo es de naturaleza fibrosa y muestra periféricamente una organización conjuntiva fibrosa, recubierta en su interior por capas de fibrina en gran parte organizadas, mezcladas a glóbulos rojos. La aorta

muestra una arterioesclerosis con calcificación a nivel de la media y con una íntima muy engrosada. El proceso se produce a nivel de ambas fosas ilíacas.

EN RESUMEN

Aneurisma saciforme de la aorta de su extremo distal con falso aneurisma entre la aorta y la vena cava desplazando a ésta última hacia la derecha y provista de una gruesa pared fibrosa.



a) Cavidad del falso aneurisma; b) Aorta con el verdadero aneurisma; c) Vena cava desviada.

No se observa perforación aórtica persistente de comunicación entre ambas formaciones.

Arterioesclerosis de la aorta y de las ilíacas.

Destacamos de la historia del paciente:

Que se trata de un paciente entre la sexta y quinta década de la vida, hipertenso, arterioesclerótico, que tenía en sus antecedentes un infarto de miocardio. Elementos que se dan en 33 % en la historia de estos pacientes.

Que fue un caso donde el aneurisma había dado sufrimientos por él, como enfermedad.

Que el falso aneurisma de la aorta debió ser originado en el episodio cursado en el primer ingreso, un año antes del desenlace.

Que transcurrió un año que con un correcto diagnóstico se podía haber intentado una terapéutica quirúrgica.

Llama la atención la sobrevida de un año obtenida espontáneamente en este paciente.

Que el cuadro clínico de rotura se puede catalogar como típico por:

- a) dolor en región dorso-lumbar días antes,
- b) síndrome de anemia aguda,
- c) tumefacción de región lumbar y flanco,
- d) ileo paralítico,
- e) ausencia de pulso femoral,
- f) dolor en columna lumbar a la percusión,
- g) dolor sobre cresta ilíaca,
- h) equimosis supra inguinal,
- i) síndrome radículo neurítico en miembro inferior derecho.

Los diagnósticos diferenciales que se pueden plantear cuando el cuadro no es tan claro son: aneurisma disecantes, accidentes reno-uretrales, oclusión intestinal, pancreatitis aguda, infarto de miocardio, infarto de mesenterio, por su irradiación dolorosa hacia las fosas ilíacas acompañado de ileo; con cuadros dolorosos de dichas fosas como apendicitis.

SUMARIO

1º Se presenta el cuadro clínico, los documentos radiográficos y la confrontación anatómica de un falso aneurisma de aorta roto.

2º Se realizan algunas consideraciones clínicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BENSON, W. R., HAMILTON, J. E., CLAUGUS, E. C.: Aorta disecante, relato de un caso tratado por el procedimiento de la fenestración. Ann. Of. Surg. T. II. 1:106, 1957.
- 2) BURMAN, S. O., DIETER, J. J.: Clavije no hemorrágico de la aorta. Ann. of Surg. T. III. 4:477, 1958.
- 3) GLIEDMAN, M. L., AYERS, B. W., BETTY, L. V.: Aneurisma de aorta abdominal y de sus ramas. Un estudio de pacientes sin tratamiento. Ann. of Surg. T. II, 2:195, 1957.
- 4) JAMPLIS, W. R., RUGTIV, M. G., GURKMA, N. V., CRESSMAN, D. R.: Resección de una rotura de aneurisma aórtico abdominal, seguida por rotura fatal del homoinjerto aórtico. Ann. of Surg. T. III, 3: 337, 1958.