

Hipertensión renovascular por estenosis renal bilateral

By-Pass aortorrenal derecho

Dres. **BOLIVAR DELGADO, LUIS A. BONAVIDA** y **JUAN PIÑEYRO ***

Con la finalidad de aumentar la casuística nacional presentamos esta interesante observación de hipertensión renovascular provocada por una estenosis renal bilateral a la cual se le efectuó un by-pass aortorrenal unilateral con excelente evolución.

Asistente de Cirugía, Asistente de Clínica Urológica, Adjunto de Clínica Urológica.

Trabajo de la Clínica Urológica de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. J. Lockhart.

Presentado el 27 de setiembre de 1972.

R.B.B. H. de Clínicas. Nº 253.865. 26 años.

Desde hace muchos años presentaba crisis de cefalea. A la edad de 21 años (1966) consultó en el Dpto. de Cardiología del H. de Clínicas donde se le comprobó una hipertensión arterial y fue estudiado realizándose los siguientes exámenes que no arrojaron ninguna anormalidad: fondo de ojo, Rx. de tórax y exámenes de rutina.

Desde entonces se trata irregularmente con hipotensores sin lograr mejoría, llegando en oportunidades a cifras de 29 de presión arterial máxima.

En enero de 1972 consulta en el Hospital Pasteur (Servicio del Dr. García Fontes) por cefaleas intensas.

estado nauseoso y parestesias de los miembros superiores con pérdida de fuerzas de la mano izquierda. La P.A. era en ese momento de 24/15 por lo cual se decide su ingreso.

No presentaba antecedentes personales de importancia. No había tampoco antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Al examen se constata en ese momento: ritmo regular de 70 por minuto; la punta late en el 6º espacio en la línea de referencia; soplo sistólico de punta; 2º tono acentuado en el foco aórtico; se palpa aorta supraesternal; no hay soplos lumbares; pulsos radiales y femorales simétricos.

Durante el examen se comprueba que la compresión y el masaje de la fosa lumbar izquierda provoca cefaleas y leve aumento de la P.A.

Se le medica con hipotensores mejorando rápidamente con retroceso total de la sintomatología pero en varias oportunidades repite sus crisis llegando durante ellas su P.A. a cifras de 27/13.

Estos hechos llevaron al diagnóstico clínico primario de feocromocitoma. Se le estudia con una urografía de excreción que es normal y retroneumoperitoneo con cortes tomográficos que parece mostrar una imagen patológica en el polo superior del riñón izquierdo. Sin embargo una dosificación del ácido vanil-mandélico en 24 horas es sólo de 2,82 mgrs.

Un estudio del fondo de ojo mostró un discreto aumento del brillo arterial y el E.C.G. signos indirectos de hipertrofia ventricular izq. y trastornos de repolarización de tipo isquémico.

Es enviado al H. de Clínicas para su tratamiento. En el Servicio de Urología se le indicó una seriocentellografía que mostró retraso de la eliminación con disminución del flujo a der.; la arteriografía renal evidenció una estenosis de ambas arterias renales a predominio der., hecho que coincidía con la tomografía que mostraba que ese riñón era más pequeño que el otro (figs. 1 y 2).

Se resuelve entonces operar al enfermo para su confirmación operatoria y en caso positivo realizar una revascularización renal.

Operación (2-III-72): mediana xifopílica; el riñón der. es más pequeño que el izq. y su arteria presenta una estenosis casi total en la parte media con una dilatación posestenótica. Se resuelve realizar un by-pass aortorenal der.

Se toma un injerto de vena safena interna y se le coloca primero terminolateral en la cara anterolateral

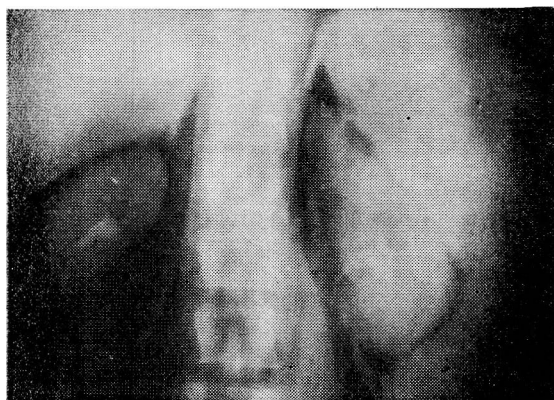


FIG. 1.—Retroneumoperitoneo con cortes tomográficos. El riñón derecho es más pequeño que el izquierdo.

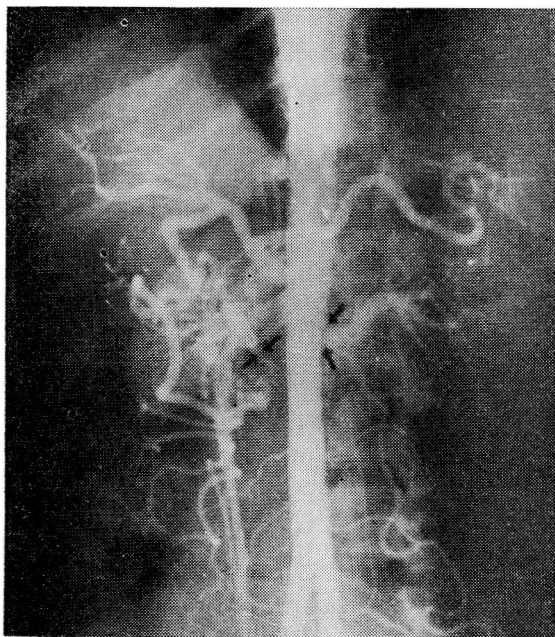


FIG. 2.—Arteriografía renal bilateral mostrando la estenosis de ambas arterias.

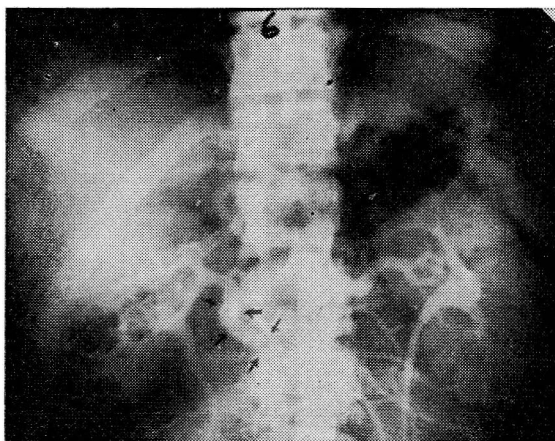


FIG. 3.—Arteriografía de control a los 4 meses de operado. Se comprueba la excelente permeabilidad del injerto y la buena circulación renal.

de la aorta subrenal y luego terminolateral en la arteria renal posestenótica.

Las suturas quedan satisfactorias, con buen latido del injerto y la arteria renal. El riñón se recolora e incluso late.

Control de hemostasis. Drenaje en cigarrillo de la logia renal. Cierre por planos con puntos de apoyo totales.

Durante el clampeo renal que duró 30 minutos se heparinizó al paciente.

Se deja constancia que la aorta presentaba ya un proceso ateromatoso.

Posoperatorio: transcurrió sin incidentes. La P.A. osciló entre 11-14/6-9 con un pico de 18 que se presentó al 5º día y que cedió espontáneamente.

Al mes y medio de operado se le practicó una nueva seriocentellografía cuyo informe es el siguiente: "estudio dentro de límites normales".

A los 4 meses de operado una arteriografía de control mostró una buena permeabilidad del injerto y un buen flujo renal derecho (fig. 3).

En la actualidad (6 meses de operado) presenta una ligera hipertensión arterial de 16/9 normalizada a cifras de 12/8 con 1 comprimido diario de diatiserpina.

COMENTARIO

Ante un paciente joven portador de una hipertensión renovascular de más de 6 años de evolución con una estenosis renal bilateral se resolvió realizar en primera instancia la revascularización del riñón der. por las siguientes razones: 1) por ser ese riñón más pequeño y de menor flujo; 2) por presentar su arteria la estenosis más importante y por tanto ser el "riñón protegido"; 3) por el grave riesgo que significaría una trombosis en un by-pass bilateral.

La moderada hipertensión arterial remanente puede ser atribuida a una angioesclerosis

ya constituida y a la presencia del riñón izq. isquémico. Esto último plantea como posibilidad de futuro el actuar quirúrgicamente sobre él.

RESUMEN

Con la finalidad de acrecentar la casuística nacional se presenta una observación de hipertensión renovascular evolucionada por estenosis renal bilateral que fue tratada con éxito con un by-pass aortorrenal derecho.

RÉSUMÉ

Comme apport supplémentaire de la nomenclature nationale en matière de cas pathologique, on présente ici une observation d'hypertension réno-vasculaire évoluée par sténose rénale bi-laterale, qui fut traitée avec succès par un by-pass aorto-rénal droit.

SUMMARY

We present one case of renovascular hypertension developed as a consequence of bilateral renal stenosis, so that it can be added to national case material. Treatment consisted of right aortorrenal by-pass and was successful.