

Hipertensión nefrógica por aneurisma de rama de la arteria renal intrasinusal

Tratamiento quirúrgico por clipado

Dres. Rómulo Danza, José Arias,
Luis Tognola y Juan A. Pravia*

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán). Hospital Maciel, Montevideo.

Se presenta un caso de aneurisma de una rama de división, intrasinusal, de la arteria renal derecha, en enferma de 44 años portadora de hipertensión arterial severa, de posible mecanismo renovascular. Se trataba de un aneurisma secular, de 7 mm. de diámetro, que se pudo resolver satisfactoriamente, mediante procedimiento que no hemos visto publicado: el clipado de su cuello con clips de Scoville para aneurismas intracranianos.

Ello permitió la conservación completa de la circulación renal intraparenquimatosa, como se aprecia en angiografía selectiva postoperatoria. La enferma curó de su hipertensión, manteniendo cifras tensionales normales, a los 14 meses de intervenida.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Aneurysm/complications, surgery. Hypertension, renal/etiology, therapy. Vascular surgery.

El aneurisma de la arteria renal o de sus ramas de división es una afección grave que lleva a la muerte por su rotura en un porcentaje alto de los enfermos que la padecen.

A la vez en muchos casos de aneurisma de la arteria renal se produce hipertensión arterial que por diversos mecanismos puede complicar la evolución de estos enfermos.

En esta comunicación señalamos un caso de aneurisma de una rama de la arteria renal dentro del seno renal que presentó una hipertensión arterial pudiéndose solucionar ambos problemas mediante la técnica del clipado del cuello del aneurisma y conservando la circulación renal completamente normal. La técnica empleada no la encontramos consignada en la literatura.

OBSERVACION

N. I. P. de S. Sexo femenino. 44 años.

Consulta en marzo de 1973 por cuadro de cefalalgia occipital y nerviosismo de 3 años de evolución.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 5 de julio de 1974.

* Profesor Adjunto Int. de Cirugía. Docentes Auxiliares de Clínica Quirúrgica.

Dir.: Alicante 1975, Montevideo (Dr. Danza).

Desde ese momento se había constatado hipertensión arterial. No presenta antecedentes vasculares ni urinarios. En el momento de la consulta a la cefalalgia que se ha hecho persistente agrega disnea de esfuerzo y dolor precordial.

Examen: Buen estado general, sobrepeso discreto. Cifras tensionales de 210 de máxima y 130 de mínima con ligeras variaciones posturales no significativas. Acentuación de segundo tono en foco aórtico. Silueta cardíaca normal.

Urografía de excreción: Retardo de la eliminación del contraste por el riñón izquierdo. Glicemia 1,59.

Fondo de ojo: Ligera esclerosis arteriolar.

Radiorenograma: No hay elementos importantes.

Arteriografía: Renal selectiva (Fig. 1) aneurisma pediculado de unos 7 mm. de la rama superior de la arteria renal derecha que se proyecta sobre la rama inferior (compresión a ese nivel?).

El tratamiento hipotensor de prueba instaurado no logra en ningún momento normalizar las cifras tensionales.

En suma: Enferma hipertensa, con repercusión central de su hipertensión y portadora de aneurisma de rama de la arteria renal, con una diabetes no severa. Sin descartar la nefropatía diabética, se piensa que la hipertensión puede obedecer a un mecanismo renovascular indicándose la intervención quirúrgica teniendo en cuenta además el riesgo de rotura del aneurisma.

Intervención (25-IV-73). Incisión mediana. Abordaje amplio del pedículo renal derecho por decolamiento colomesocólico y del plano duodeno pancreático. Disección del pedículo intrahilear y exposición del mismo mediante disección cuidadosa y ligera tracción de la arteria y venas renales. Esta maniobra permite una correcta exposición de las ramas arteriales y venosas de división. Disección roma del aneurisma y colocación de 2 clips de Scoville en el cuello del mismo.

En el postoperatorio inmediato hay completa normalización de la presión arterial que se mantiene hasta el día del alta a los 10 días de la operación, no necesitando hipotensores.

Al mes del postoperatorio durante un severo problema emocional presenta cifras tensionales de 150-80, que rápidamente descienden con un comprimido diario de reserpina.

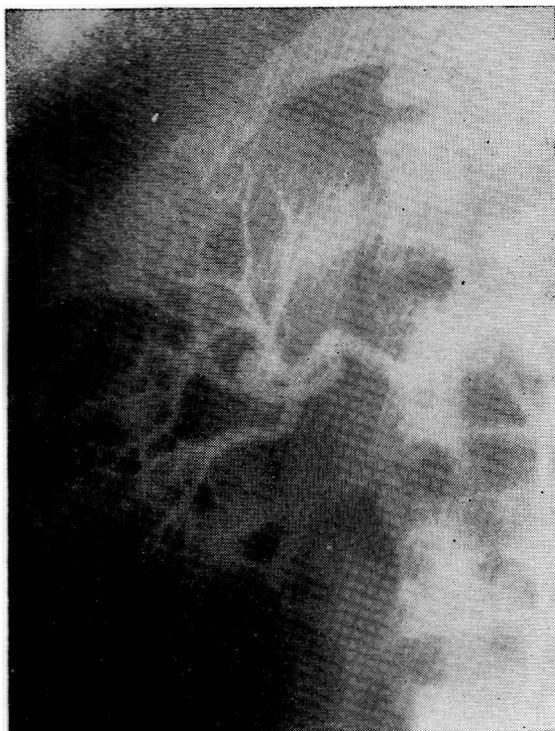


FIG. 1.—Arteriografía renal selectiva preoperatoria. Se aprecia claramente el aneurisma dentro del hilo renal.

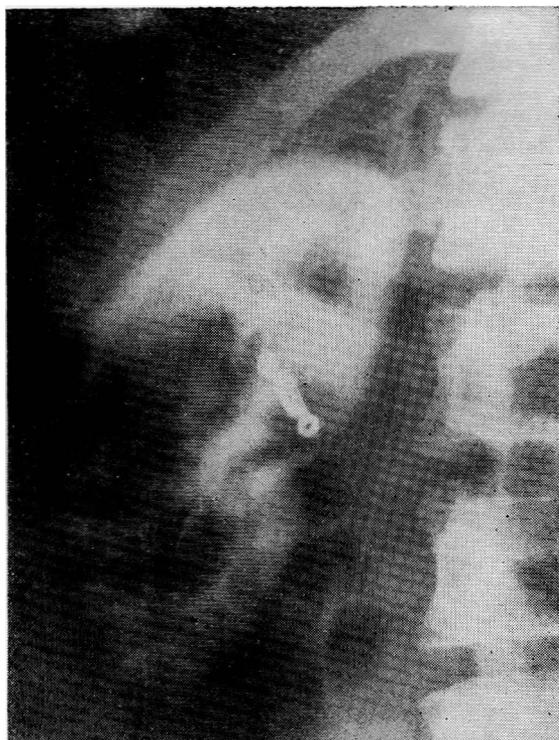


FIG. 2.—Radiografía simple postoperatoria. Los clips se proyectan en la sombra renal.

Actualmente a los 14 meses de la intervención las cifras tensionales se mantienen normales sin el uso de hipotensores.

Radiología postoperatoria: La radiografía simple (figura 2) muestra los clips proyectados dentro de la sombra renal (intrahiliares). La arteriografía muestra el correcto clipado del aneurisma conservando perfectamente la circulación renal (Fig. 3).

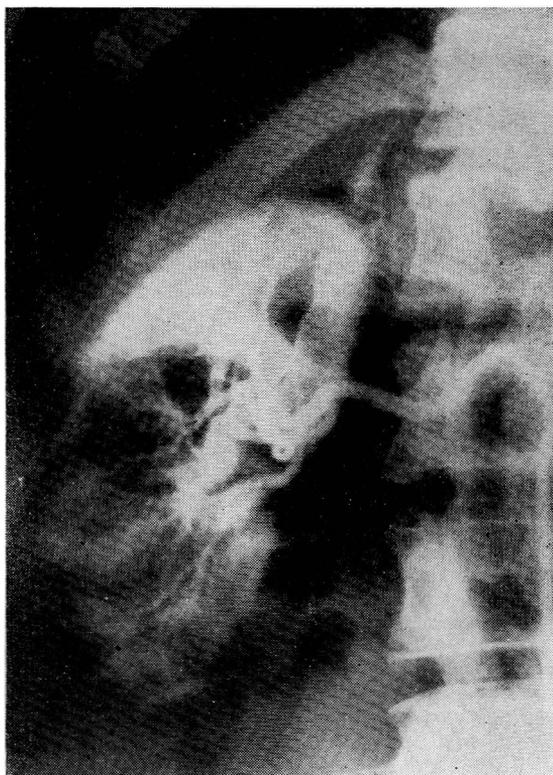


FIG. 3.—Arteriografía renal selectiva postoperatoria. Los clips colocados permiten una correcta circulación de todo el parénquima renal.

DISCUSION

La solución quirúrgica de los aneurismas de la arteria renal y sus ramas se encuentra indicada por los peligros que entraña su rotura y por la frecuente complicación con hipertensión arterial (6, 7).

Los mecanismos que más frecuentemente se describen como posibles productores de hipertensión en casos de aneurisma son: compresión de una colateral arterial por el aneurisma (probablemente el mecanismo en juego en nuestro caso); isquemia producida por alteraciones hemodinámicas en el flujo sanguíneo del aneurisma; microembolias repetidas.

Es perfectamente conocido por otra parte que la disminución de la circulación a nivel de un sector pequeño de parénquima renal, producida por una alteración de una rama arterial de poco calibre tiene gran valor como posible factor hipertensógeno (1, 3).

Sin duda la mejor prueba de que la hipertensión de un paciente es debida a un mecanismo renovascular es su curación al solucionar la causa de isquemia renal como sucedió en nuestro caso (2).

Tcherdakoff y col. (9) sobre 42 aneurismas de la arteria renal estudiados señalan que la mayoría de ellos se presentan en enfermos de menos de 40 años y que con mayor frecuencia afectan la división de la arteria renal o sus ramas, siendo en un 75 % sacciformes.

Teniendo en cuenta estas características de localización es que la cirugía vascular directa se hace difícil en muchos de estos enfermos ya que la reconstrucción vascular se torna sumamente laboriosa por la situación intrahiliar del aneurisma y la pequeñez de los vasos a tratar. Por lo tanto en muchas comunicaciones se señala la utilidad del tratamiento quirúrgico por nefrectomía (4, 5).

Consideramos entonces que la técnica que proponemos en este trabajo; el clipado con clip de Scoville (8) (cuya anchura y presión elástica los hace especialmente adecuados) puede solucionar el problema de estos enfermos.

RÉSUMÉ

Hypertension néphrogène par anévrisme d'une branche de l'artère rénale intrasinusale. Traitement chirurgical par clipage.

Présentation d'un cas d'anévrisme d'une branche de division, intrasinusale, de l'artère rénale droite, chez une malade de 44 ans souffrant d'hypertension artérielle très prononcée et pouvant résulter d'un mécanisme rénovasculaire. Il s'agissait d'un anévrisme sacculaire, de 7 mm de diamètre qui put être résolu d'une manière satisfaisante grâce à un procédé dont nous n'avons vu aucune publication: le clipage du col par des clips de Scoville pour les anévrismes intracrâniens.

On put ainsi maintenir l'intégrité de la circulation rénale intraparenchymateuse, comme le laisse apprécier l'angiographie post-opératoire sélective. La ma-

lade fut guérie de son hypertension et 14 mois après l'intervention les chiffres de sa tension restaient normaux.

SUMMARY

Nephrogenic hypertension due to an aneurysm of an intrasinus branch of the renal artery. Surgical treatment by clipping.

Case report of an aneurysm of an intrasinus branch of the right renal artery, in a 44 year old female patient, suffering from severe arterial hypertension probably due to renovascular mechanism.

This was a saccular aneurysm, 7 mm in diameter, which was satisfactorily solved by means of a method which we have not seen published, that is, clipping his neck employing Scoville clips for intracranial aneurysms.

This permitted keeping complete intraparenchymatous renal circulation, as shown in selective postoperative angiography. The patient was relieved of her hypertension and fourteen months after the operation, arterial tension remained within normal limits.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CLAUD WM and BOSS E. Small vessel arterial aneurysms of the kidney. *JAMA*, 216: 2018, 1971.
2. DANZA R, POLLERO H, ARIAS J, DANZA F, PRAVIA J, SUAREZ R. Tratamiento de la hipertensión renovascular mediante revascularización renal por injerto venoso. *Cir Urug*, 43: 320, 1973.
3. DORNFELD J, LECKY J and PETER J. Poliarteritis and intrarenal aneurysms. *JAMA*, 215: 1950, 1971.
4. IPPOLITO JJ and LE VEEN HH. Treatment of Renal artery aneurysms. *J Urol*, 83: 10, 1960.
5. JAMESON R and COUCH A. Spontaneous rupture of intrarenal arterial aneurysm. *Br Med J*, 3: 28, 1972.
6. POUTASSE EF. Renal Artery aneurysms: their natural history and surgery. *J Urol*, 95: 297, 1966.
7. RODHES JF and JOHNSON G (Jr). Renal Artery Aneurysm. *J Urol*, 105: 155, 1971.
8. SCOVILLE WB. Miniature torsion bar spring aneurysm clip. *J Neurosurg*, 25: 97, 1966.
9. TCHERDAKOFF Ph, MAILLET R, ECOIFIER J, VAYSSE J et MILLIEZ. Anévrisme de l'artère rénale chez les malades hipertendus. *Presse Méd*, 79: 1923, 1971.