

SOBRE UN CASO DE ANEURISMA AÓRTICO

Diego LAMAS y Rómulo ARDAO

Hemos creído oportuno traer a esta Sociedad un caso que operamos hace algunos meses y que en última instancia resultó de índole exclusivamente médica.

He aquí la historia de nuestro enfermo.

. D., 45 años, uruguayo, ingresa en la Sala Artigas del H. Maciel en Diciembre de 1936.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Específico en tratamiento. Hace seis años fué arrollado por un auto y una de las ruedas le pasó sobre el tórax; reposo en cama y bolsa de hielo dieron cuenta de ese accidente.

Enfermedad actual. — Hace un mes y medio tuvo una hemoptisis abundante (al decir del enfermo) y desde entonces hasta su ingreso se repitió cuatro veces con menor intensidad. Hace dos años consultó médico por dolores bastante intensos en el hemitórax derecho, el médico le recetó algunos calmantes y los dolores desaparecieron, reapareciendo al poco tiempo sin que el enfermo le diera mayor importancia. No ha habido vómica, ni se ha constatado en la expectoración la presencia de vesículas hidáticas ni trozos de membrana.

El enfermo manifiesta que durante sus hemoptisis arrojó sangre roja, pura, espumosa y coagulando rápidamente en el recipiente.

Examen. — Enfermo con excelente estado general, apirético, pulso 72 p.m. P. A.: Mx. 14; Mn. 6. La inspección del tórax no revela nada de anormal, lo mismo que la palpación y auscultación que son absolutamente negativas. A la percusión se percibe una zona de matidez en la mitad inferior del hemitórax derecho contra la pared anterior; ausencia absoluta en esa región de soplo y estertores. Abdomen sin particularidades.

Exámenes de laboratorio. — R. de W. positiva intensa (Dic. 10. 36). Azoemia 0 gr. 24 (Dic. 10. 36). Orina: albúmina, indicios; glucosa, no. Reacción de Cassoni: negativa.

Radiografía de tórax (B. 17929): Sombra redondeada con aspecto de tumor de hemitórax derecho.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 21 de abril de 1937.

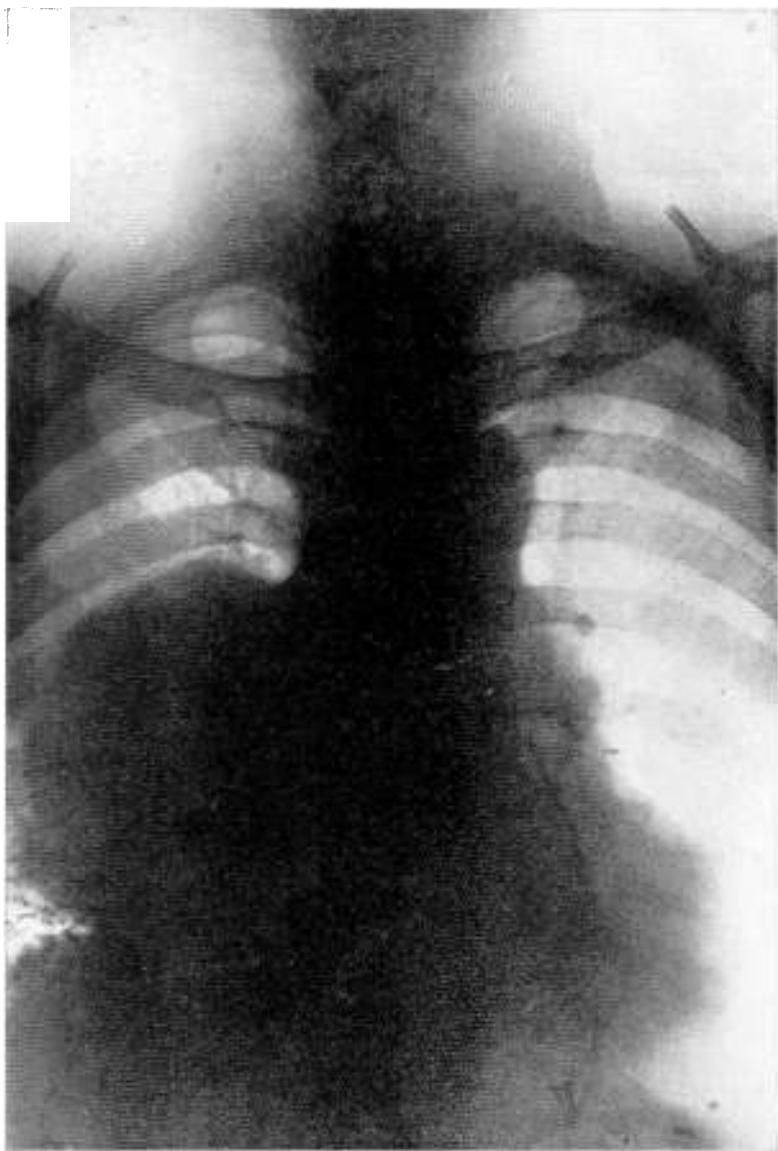


FIG. 1. — Radiografía de frente con inyección intrabronquica de lipiodol.

Llama la atención el abombamiento del ventrículo en el lado izquierdo.
Radiografía con lipiodol intra bronquico (B. 17983): Sombra redondeada en la parte media y anterior del hemitórax derecho a contornos externos nítidos.

Los bronquios están rechazados hacia atrás y hacia abajo. Las placas

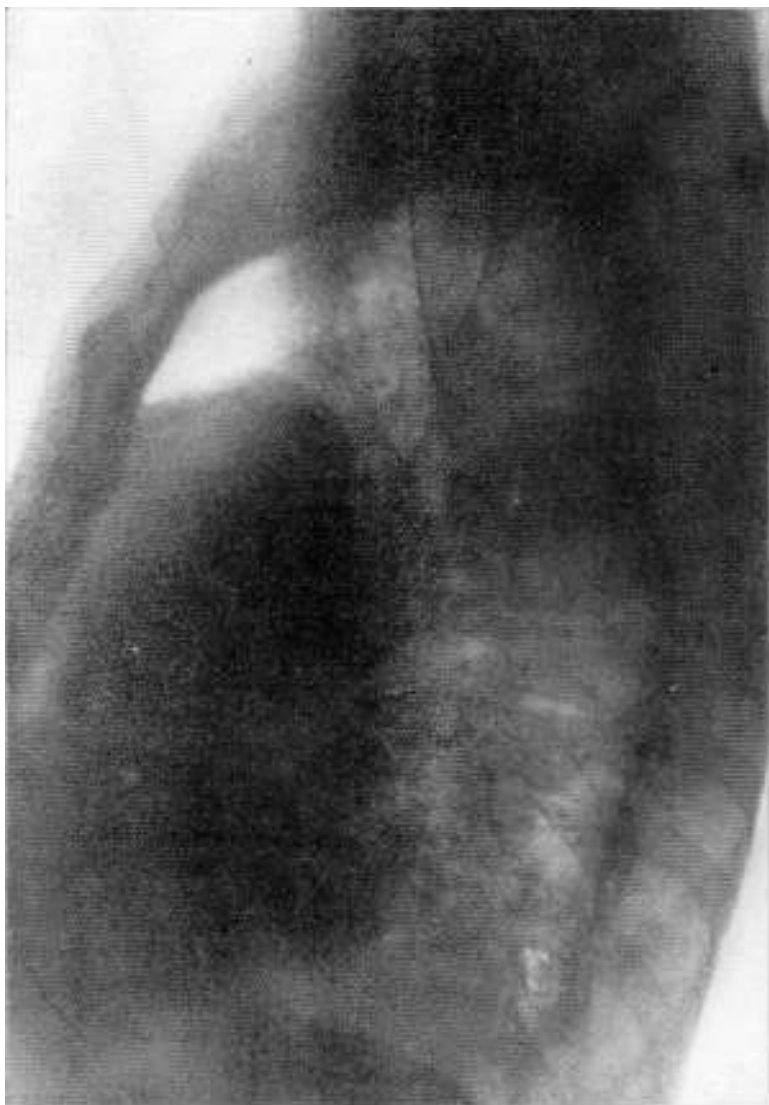


FIG. 2. — Radiografía de perfil con inyección intrabronquica de lipiodol. Se percibe claramente el cayado aórtico y porción descendente del mismo vaso.

y los informes pertenecen al Instituto de Radiología del H. Maciel. Previamente a las placas se hizo examen radioscópico observándose la misma sombra que no era pulsátil.

Con diagnóstico de probable quiste hidático operamos el 17 de diciembre de 1936.

Op. Dr. Lamas - López Gutiérrez. Anestesia local con novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión sobre la 4ª costilla derecha en la línea mamelonar, resección de 5 cms. de costilla, mecha con "referencia" metálica para control radioscópico.

El enfermo fallece repentinamente a las 48 horas. El doctor Ardao practica la necropsia.

Examen interno. — Serosa peritoneal normal. Lo mismo el resto de los órganos intraperitoneales, salvo el bazo que está aumentado de volumen (350 grms.) y que presenta su cápsula espesada (Esplenomegalia con peri-esplenitis).

En el retro-peritoneo: los riñones son de color rojo vinoso (congestivo); resto: normal.

Cavidad torácica. — Pleura derecha. Adherencias fibrosas de la pleura visceral y parietal a nivel de la brecha operatoria. Se desgarran. Se toca a nivel del lóbulo medio una masa de consistencia blanda como líquido a poca tensión a través de una cáscara fibrosa bastante consistente.

Pleura izq. — Adherencias fibrosas a nivel del vértice.

Tráquea. — Contiene mucosidades sanguinolentas escasas. Bronquios hiliares: normales.

Pulmones. — Infiltración hemorrágica de los lóbulos inferiores.

Pericardio. — Adherencias fibrosas extensas a nivel de la cara anterior. El fondo de saco de Haller está libre.

Miocardio. — Grande. Punta roma. Flácido. Color pardo-amarillento.

Ventrículo derecho. — Muy dilatado. *Aurícula derecha.* Muy dilatada. Está rechazada hacia atrás por la masa ya indicada que toma contacto con la pared anterior de la aurícula.

Orificio aurículo-ventricular derecho. — Dilatado.

Ventrículo izquierdo. Dilatado. *Orificio aórtico.* Grande. A $\frac{1}{2}$ centímetro por encima de las vulvas, en la pared derecha de la aorta existe un orificio circular del diámetro de una moneda de 50 centésimos, que da acceso a un saco del volumen de un gran puño revestido por coágulos rojos y trombos fibrinosos vagamente estratificado. La pared del saco aneurismático es fibrosa, de $\frac{1}{2}$ a 1 cm. de espesor. Pasa por delante de los gruesos vasos de la base del corazón en el mediastino y se esculpe un lecho en el pulmón derecho a cuyos lóbulos medio y superior adhiere fuertemente.

Cavidad craneana. — Edema sub-aracnoideo difuso.

Encéfalo. — Congestión y edema muy marcados a nivel de la corteza parieto-occipital izquierda.

Diagnóstico anátomo-patológico-necrópsico. — 1º Aneurisma sacciforme de la aorta ascendente. 2º Miocarditis parenquimatosa. Dilatación de las cavidades. 3º Pericarditis fibro-adhesiva. 4º Esplenomegalia. Peri-esplenitis. 5º Congestión y edema encefálicos.

Examen microscópico. — a) Pared aneurismática. Está constituida por haces conjuntivos densos laminados. Las arteriolas y pequeños vasos de la adventicia presentan lesiones de vascularitis con infiltración linfocitaria y plasmocitaria alrededor. Micro esclero-gomas en la adventicia y tunicas fibrosas.

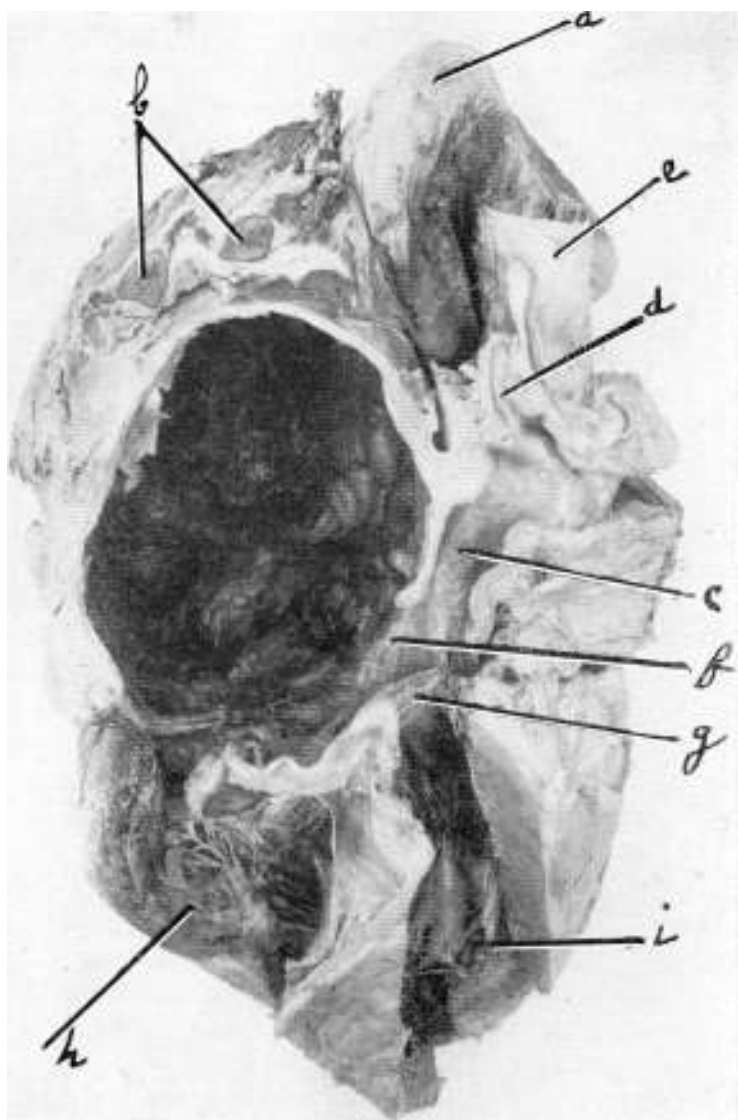


FIG. 3. — Corte frontal de aorta - aneurisma - corazón.

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| a) Pulmón derecho. | f) Orificio aorta - aneurisma. |
| b) Corte de costillas. | g) Valvas aórticas. |
| c) Cayado aórtico. | h) Ventrículo derecho. |
| d) Tronco braquiocefálico | i) id izquierdo. |
| e) Tráquea. | |

b) *Aorta*. Lesiones de perivascularitis exudativa linfocitaria. c) *Miocardio*. Degeneración granulosa e hialina. d) *Pulmones*. Congestión, exudación serosa y descamación (estado catarral), infiltración hemorrágica alveolar. Enfisema compensador.

Resumen. — Se trata de un aneurisma sacciforme de la aorta ascendente de etiología sifilítica.

Desde el punto de vista anátomo - patológico estricto esta observación no presenta, a mi juicio, interés, a los efectos de consideraciones especiales.

Causa de la muerte. — Muy posiblemente ha fallecido a consecuencia de una embolia cerebral.

Dejando de lado su sífilis en actividad nuestro enfermo no presentaba otros síntomas que sus hemoptisis y el cuadro radiológico que tenemos a la vista. Es esto último que le da, a nuestro entender, cierto interés y por lo que nos permitiremos hacer una pequeña incursión en el campo de la radiología del corazón.

En general las dilataciones de las cavidades cardíacas y de los grandes vasos dan sombras radiográficas salientes más bien en el hemitórax izquierdo.

Ciertas dilataciones aórticas con predominancia del lado derecho pueden dar en la pantalla sombras en el hemitórax derecho, pero con caracteres distintos a los de nuestro caso. En efecto sacos aneurismáticos no muy grandes pero localizados en la cara derecha de la aorta ascendente pueden prolongar la sombra cardíaca en el hemitórax derecho, sombra no tan redondeada como en nuestro caso, el borde superior es frecuentemente horizontal.

Algunas enormes dilataciones de la aorta ascendente pueden dar sombras parecidas a las que tenemos a la vista, pero hay que tener en cuenta que son aneurismas impresionantes por su tamaño y que han llegado a roer la pared costal haciéndose visibles por la simple inspección.

En general la sombra dada por estas dilataciones es más alta que la de nuestro caso y no está en contacto con el diafragma.

Hemos encontrado en el "American Heart Journal" de diciembre de 1932 un caso, publicado por Nichols y Ostrum de una enorme dilatación del ventrículo izquierdo que daba una sombra muy semejante a la de nuestro enfermo. Es, pues, en las grandes

dilataciones del ventrículo izquierdo que hemos visto descriptas sombras simulando la que tenemos a la vista; desde luego que otros signos radiológicos y el resto del síndrome cardíaco aclararon en esos casos el diagnóstico.

Por lo demás, fuera de la ausencia de signos esteto - acústicos que puedan verse en los aneurismas de la aorta, nuestro enfermo presentó un aspecto radioscópico interesante: la sombra no era pulsátil. Llama la atención que, no habiendo esclerosis de los tejidos lindantes con el saco lo que se ve en la placa y se constató en la autopsia, el tumor presentará esa absoluta inmovilidad.

En presencia de estos datos fuimos inclinados al diagnóstico de posible quiste hidático. Está demás decir que si, por un segundo, hubiéramos pensado en una ectasia de la aorta hubiéramos tratado de afinar el diagnóstico en ese sentido haciendo electrocardiogramas, sacando placas en diferentes oblicuidades y, sobre todo, consultando a quien tuviera más competencia que nosotros en la semiología cardíaca y sus secretos; nos contentamos con el diagnóstico de hidatidosis y ello frenó nuestras investigaciones desde otro punto de vista.

En presencia de este caso nos preguntamos y lo hacemos extensivo a esta Sociedad: ¿un examen más perspicaz de estas placas, y nos limitamos a las placas porque prácticamente no había otro síntoma, pudo haber evitado el error de diagnóstico que cometimos?

Es este problema el principal motivo de esta comunicación.