

SINDROME ABDOMINAL EN LA CIRUGIA DE LA COARTACION DE AORTA *

Dres. V. ZERBINO, J. C. ABO,
R. CARITAT, R. RUBIO y A. SANJINES

Desde que Crafoord y Nylin, y Gross y Hufnagel (1945) iniciaron el tratamiento quirúrgico de la coartación de aorta, las primeras complicaciones postoperatorias estaban relacionadas con problemas y defectos de técnica. Pero desde 1953, con el primer caso referido por Sealy, aparecen en la literatura hasta 82 con complicaciones abdominales, que constituyen actualmente un verdadero síndrome. Estos cuadros abdominales adquieren mayor jerarquía cuando se recogen de la literatura ocho casos mortales, en todos los cuales la corrección quirúrgica de la coartación de la aorta había sido plenamente satisfactoria. De los 82 casos referidos, 22 exigieron una laparotomía exploradora, mostrando lesiones viscerales diversas, pero con un sustratum anatomopatológico común: una arteritis necrotizante, más marcada en el territorio de la arteria mesentérica superior.

La mayoría de los enfermos operados por coartación de aorta (96 %), muestran en el postoperatorio una caída de la presión arterial con respecto a los valores preoperatorios (Rumel, Schuster). Pero un pequeño grupo puede presentar por el contrario una hipertensión paradójal o reaccional, con aumento de la presión sistólica y, sobre todo, de la diastólica. Los pacientes que presentaron síndrome abdominal postoperatorio, se encuentran en su casi totalidad englobados en este último grupo. Sealy señala dos tipos de hipertensiones postoperatorias:

- 1) Aquélla, precoz, que aparece en el postoperatorio inmediato, que suele ceder en 36 ó 48 horas.

* Trabajo del Departamento de Cardiología del Hospital de Clínicas. Jefe: Prof. Adj. Dr. J. Dighiero.

- 2) La hipertensión tardía, que se presenta al 3º ó 4º día de la operación, con marcado aumento de la diastólica, y que suele durar hasta los 10 ó 15 días del postoperatorio. Esta forma de hipertensión es la que se presenta en los casos de síndrome abdominal (cuadro 1).

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME ABDOMINAL EN LA
CIRUGIA DE COARTACION DE AORTA.**

Autor	Operados	Síndrome	%
RING- LEWIS	64	18	28%
CLELAND	37	5	13%
SEALY	30	6	20%
HURT	17	2	11%
REID	15	1	6%
TRUMMER	33	8	24%
Total	196	40	20%
CARDIOLOG:	20	2	10%

Cuadro 1.

De un grupo de 20 enfermos estudiados en el Departamento de Cardiología del Hospital de Clínicas, con resección por coartación de aorta, sin mortalidad, 2 presentaron el síndrome abdominal postoperatorio.

CASOS CLINICOS

CASO 1.—J. C. B. (Nº Reg. 4.091), varón de 15 años que se opera (Dr. Sanjinés) por coartación de aorta, con valores tensionales preoperatorios de 120/70. En el postoperatorio inmediato presenta una P. A. de 130/80 y durante el 2º y 3er. día su presión presenta valores de 140/100 que se mantienen hasta el 6º día en que comienza a descender, sobre todo la presión diastólica, para regularizarse la presión al 13º día. Al 4º día presenta dolores abdominales difusos y se instala gradualmente una distensión abdominal importante, comprobándose radiológicamente un íleo paralítico de intestino delgado. Persiste esta sintomatología con dolores fijos, intensos en hemiventre inferior (haciendo pensar incluso en una apendicitis) hasta el 10º día, para comenzar su recuperación progresiva al 11º día. Su leucocitosis fue de 8.700 G. B. por mm³. Se trató durante este período con hipotensores (Raudixin).

CASO 2.—L. A. O. (Nº Reg. 135.290), niño de 2 años de edad con coartación de aorta y ducto permeable, que presentaba presiones preoperatorias de 160-180/80 en sus miembros superiores y P. A. máxima de 80 en sus miembros inferiores. Durante el acto operatorio (Dr. Sanjinés), su presión arterial osciló alrededor de 160 mm. Hg de máxima. En el postoperatorio inmediato los valores tensionales oscilaron entre 110-130/70-80. Pero al 3er. día presenta 180/120

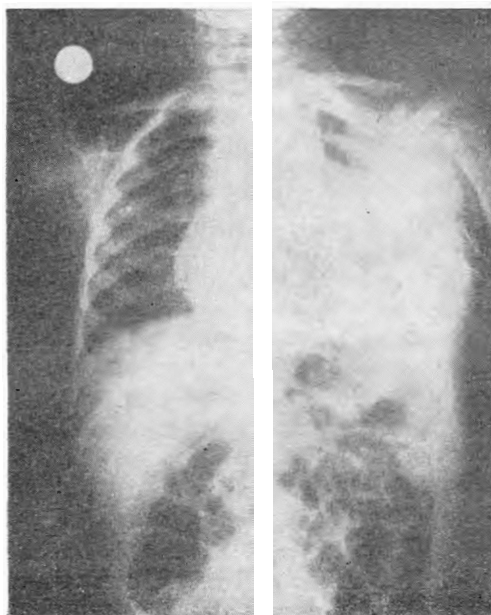


Fig. 1. Radiografía postoperatoria del caso "

y luego 160/90. El 4º día está febril (37°8) y presenta distensión abdominal con dolores difusos (fig. 1). Al 5º día la distensión es más importante, acompañándose de vómitos e íleo paralítico. Esta sintomatología comienza a retroceder al 6º día junto con una caída tensional progresiva, y su evolución posterior es satisfactoria. El 3er. día, al hacer el empuje hipertensivo se instala terapia hipotensora (Harmony1), hasta el 9º día.

ANALISIS DE LA CASUISTICA PUBLICADA

El síndrome abdominal en el postoperatorio de la coartación de aorta suele presentar el cuadro clínico del íleo paralítico, con abdomen distendido, dolores abdominales difusos, náuseas, vó-

mitos, fiebre, leucocitosis (Singleton) hasta 50 y 80.000. A veces se asocian melenas, albuminuria y microhematuria con oliguria, ascitis (Cleland). En el estudio radiológico se encuentran asas distendidas por gas, y una pared intestinal engrosada, sobre todo del intestino delgado.

Suele aparecer el síndrome al 3º ó 4º día, sobre todo en pacientes del sexo masculino cuya presión a las 48 ó 72 horas no presenta valores inferiores a los preoperatorios. La frecuencia de este síndrome varía según las estadísticas entre 1,6 y 28 % de operados por coartación.

En aquellos casos que fueron intervenidos, la laparotomía se efectuó entre el 10º y 18º día del postoperatorio.

LESIONES ENCONTRADAS EN LA LAPAROTOMIA

Con mayor frecuencia (16 casos) se halló el intestino (sobre todo delgado) gangrenado en una extensión variable, con arteritis mesentérica necrotizante, y ulceraciones mucosas; otras lesiones encontradas: adherencias múltiples, adenitis mesentéricas, hematomas intestinales, hemoperitoneo, exudado peritoneal purulento.

LESIONES VASCULARES

Se afectan sobre todo las pequeñas arterias y arteriolas, en territorios situados debajo de la coartación. Se observa una inflamación necrotizante de los vasos con fragmentación y desgarramiento de la capa media, y también de la lámina elástica interna; aparecen depósitos fibrinoides en las paredes e infiltración inflamatoria. Vasos pequeños aparecen trombosados y con exudado adventicial. Estas alteraciones son más marcadas en las bifurcaciones arteriolas. La microscopia presenta un aspecto semejante al de la periarteritis nudosa. Se encuentran estas lesiones en los territorios de hígado, bazo, riñón, médula espinal, pared abdominal, pero sobre todo en el territorio de la arteria mesentérica superior (con preferencia en el ileon distal). La causa de esta localización sería la falta de tejido de sostén rodeando estos vasos y quizás el origen lineal (en la misma dirección) de la arteria mesentérica superior con respecto a la aorta. Se agregan como agentes etiológicos, la infección y la falta de peristaltismo por isquemia.