

Aneurismas disecantes de aorta torácica tratamiento médico y quirúrgico

Dres. PATRICIO A. WELSH y GUILLERMO O. ROSAS

6ª Cátedra de Cirugía Hospital C. Argerich

RESUMEN

Se resume la experiencia acumulada en 4 años con el tratamiento de 17 aneurismas disecantes de la aorta torácica. Catorce enfermos fueron tratados durante su periodo agudo, de los cuales 5 fueron operados, otros 5 fueron tratados médicamente y el

resto falleció antes de poder instituir ningún tratamiento. Se relata nuestro criterio actual para seleccionar la terapéutica médica o quirúrgica.

El aneurisma disecante está ocasionado por una rotura de la íntima y penetración del to-

rrente sanguíneo dentro de la capa media formándose entonces una luz falsa mantenida solamente por la adventicia. La etiología más frecuente es la necrosis quística de la media.

La evolución espontánea de los aneurismas disecantes según las clásicas estadísticas de Hirst muestra una mortalidad del 20 % en el primer día, 60 % en la primera semana y 80 % al mes. La causa de muerte más común es la rotura en pericardio (70 % de las roturas), pleura y abdomen; pero también puede ser por infarto masivo de miocardio al ocluirse el origen de las coronarias por disecación retrógrada. Si bien esto es más frecuente en las disecciones originadas en aorta ascendente, también puede ocurrir en las que se inician en el sector descendente. El fallecimiento también puede estar determinado por la oclusión de las renales, carótidas o mesentérica.

El 65 % de los aneurismas disecantes se originan en los primeros 4 cm de la aorta ascendente. Estos son en general los de peor pronóstico. El 10 % nace en el cayado, el 21 % en la aorta descendente y el 4 % en la aorta abdominal. Los pocos casos que llegan al período crónico corresponden en general a los de aorta descendente.

De Bakey ha propuesto una clasificación práctica de acuerdo con la localización y extensión de los aneurismas. El tipo I se origina en la aorta ascendente y se extiende distalmente en forma variable, pero generalmente hasta la aorta abdominal y aún las ilíacas. El proceso habitualmente afecta solamente parte de la circunferencia y ocasiona insuficiencia valvular aórtica.

El tipo II corresponde a los aneurismas limitados a la aorta ascendente por rotura de la íntima suprasigmoidea y generalmente con insuficiencia valvular.

El tipo III se origina en la aorta descendente inmediatamente distal a la arteria subclavia. Puede afectar solamente la aorta torácica o llegar hasta el abdomen. Si bien esta clasificación no es completa, es útil desde el punto de vista quirúrgico.

La evolución espontánea favorable se puede producir por dos mecanismos. Uno, el más raro, es la curación espontánea por trombosis de la luz falsa. El otro se produce por una reentrada de la luz falsa dentro de la luz verdadera en una zona más distal, disminuyendo de esta manera la presión exagerada sobre la adventicia y por ende la probabilidad de rotura y la prosecución de la disección. Sin embargo ésta

es una curación con defecto, pues pasa a un período crónico y el aneurisma puede seguir creciendo. Uno de los enfermos de esta casuística llegó al servicio tres meses después de haberse producido un aneurisma disecante que había estado latente hasta que se rompió en pleura izquierda. En la autopsia se comprobó que la luz falsa se hallaba trombosada.

La alta mortalidad de los aneurismas disecantes ha inducido a tratar esta afección quirúrgicamente. En 1955 Shaw y De Bakey propusieron la operación de reentrada para los aneurismas tipo I. Esta operación consistía en la sección de la aorta descendente, la sutura de ambas capas distales, la resección de un pequeño manguito de íntima proximal y la unión de ambos cabos. La mortalidad llegó al 33 % y se trataba de una operación paliativa, por lo que pronto se abandonó. En 1965 De Bakey relató su experiencia sobre la resección y reemplazo con prótesis de Dacron en 58 aneurismas disecantes operados en el período agudo. La mortalidad quirúrgica en los de tipo I era de 40 % en tanto que para el grupo III fue de 19 %.

Si bien estas cifras pudieron ser algo mejoradas en los últimos años, son aún un poco altas, y otros autores no han podido repetir estos resultados.

En 1965, Wheat y Palmer preconizaron el tratamiento médico en el período agudo de los aneurismas disecantes en base a drogas que redujesen la presión arterial y el impulso cardíaco. Esto se puede obtener con el uso de reserpina (1 a 2 mg, IV) guanetidina (50 mg 2 veces por día) y Trimethaphan en goteo endovenoso (1 a 2 mg/ml). El objeto de esta terapéutica es evitar la progresión de la disección, que es habitualmente el factor que llevará a la rotura u oclusión de ramas aórticas. Estos autores han tratado 50 pacientes, con una mortalidad del 14 %. Otros 5 enfermos fallecieron en su evolución alejada por complicaciones del aneurisma, lo que da una mortalidad global del 24 %. Con esta terapéutica hipotensora se consigue sobrepasar el período agudo, pero algunos casos deben ser intervenidos posteriormente en forma electiva si desarrollan complicaciones.

Wheat y Palmer creen que prácticamente todos los aneurismas disecantes deben ser tratados médicamente en su período agudo, aún cuando se presenten complicados.

En aquellos no hipertensos auspician el uso de bloqueadores β -adrenérgicos para disminuir la fuerza impulsora del ventrículo izquierdo.

Otros, como Hurst tienen ciertas reservas y piensan que el tratamiento médico debe limitarse a los no complicados, en tanto que cuando se presentan con insuficiencia valvular severa, rotura en pericardio o pleura y oclusión de alguna rama importante, deben ser operados de inmediato.

En el período 1966-1970 hemos observado 17 aneurismas disecantes.

CUADRO 1
ANEURISMAS DISECANTES
 1966 - 1970

Tipo I	7
Tipo II	1
Tipo III	9

Catorce enfermos llegaron en período agudo de disección y los otros 3 en su faz crónica. Estos últimos no serán tratados aquí.

Cinco enfermos fueron operados de urgencia por hallarse complicados. Todos eran del tipo III. En 3 el aneurisma se había roto en pleura, con gran hemotórax e hipovolemia, otro presentaba una oclusión de ambas arterias ilíacas con severa isquemia de miembros inferiores y el último demostró un gran crecimiento y dolor que hacía pensar en inminente rotura.

CUADRO 2
ANEURISMAS DISECANTES
 1966 - 1970

Tratamiento quirúrgico de urgencia 5 casos
 todos de tipo III

Indicación quirúrgica:

Rotura aorta torácica	3
Oclusión y rotura ilíacas	1
Gran crecimiento y dolor	1

En todos los casos se hizo el diagnóstico por el examen clínico y radiografía simple de tórax; solamente en 2 se practicó una aortografía pues existían dudas sobre el lugar de origen de la disección.

En 4 casos se practicó una resección del aneurisma de aorta torácica descendente y su reemplazo con una prótesis de Dacron; en to-

CUADRO 3
ANEURISMAS DISECANTES
 1966 - 1970

Tratamiento quirúrgico de urgencia 5 casos
 Operación practicada:

Resección y reemplazo con Dacron bajo CEC	4
By-pass aorto-femoral	1

Resultados:

Sobrevivida	2
Fallecidos	3
Hemorragia	1
Intraoperatorio	1
Úlcera gástrica por stress al mes	1

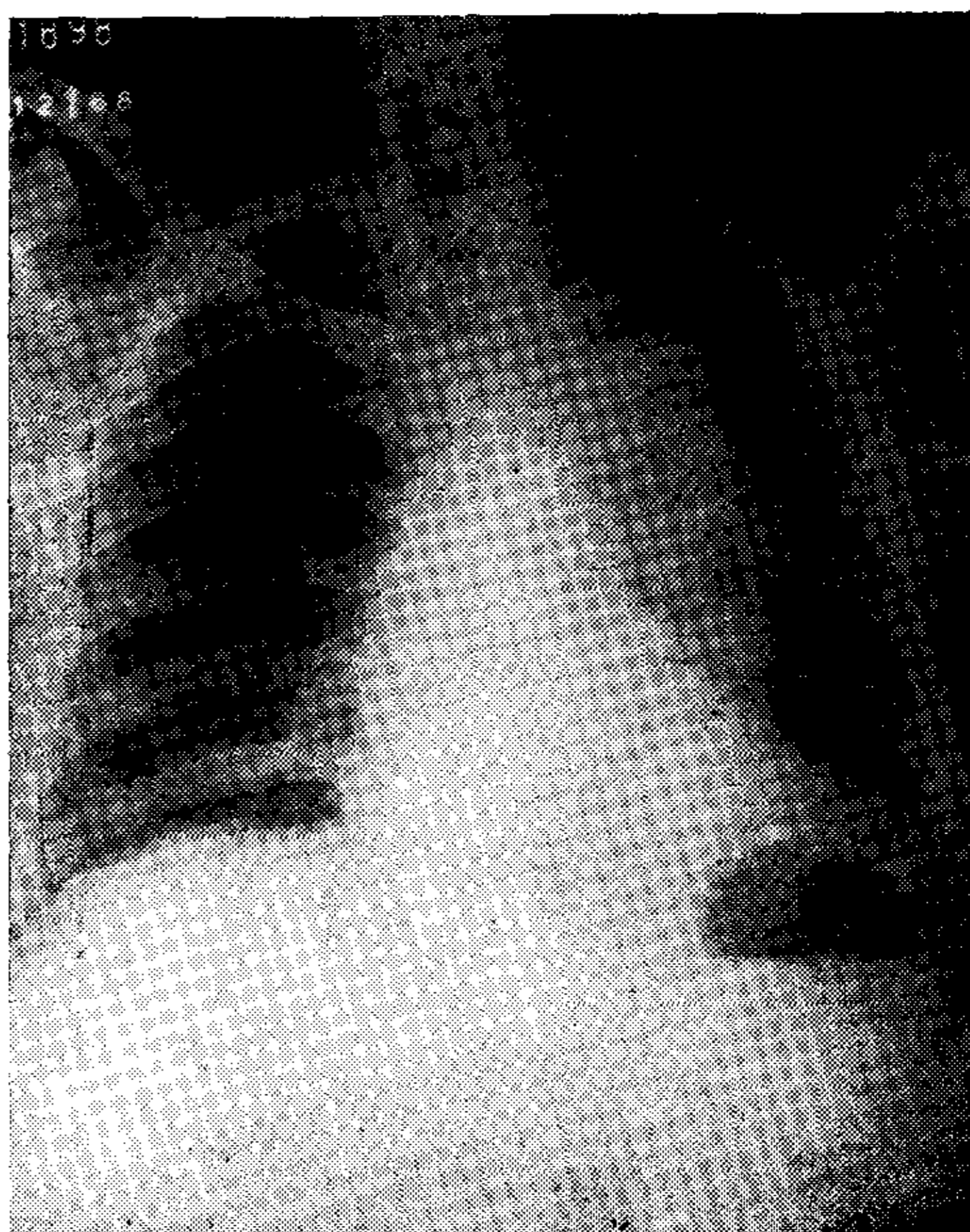


Fig. 1. Radiografía de tórax 3 meses antes de internación. Imagen correspondiente a aneurisma de aorta torácica descendente.

dos éstos se utilizó circulación extracorpórea. En un caso se efectuó by-pass aorto-femoral con prótesis de Dacron por existir una oclusión de ambas ilíacas y concomitantemente rotura de una de ellas.

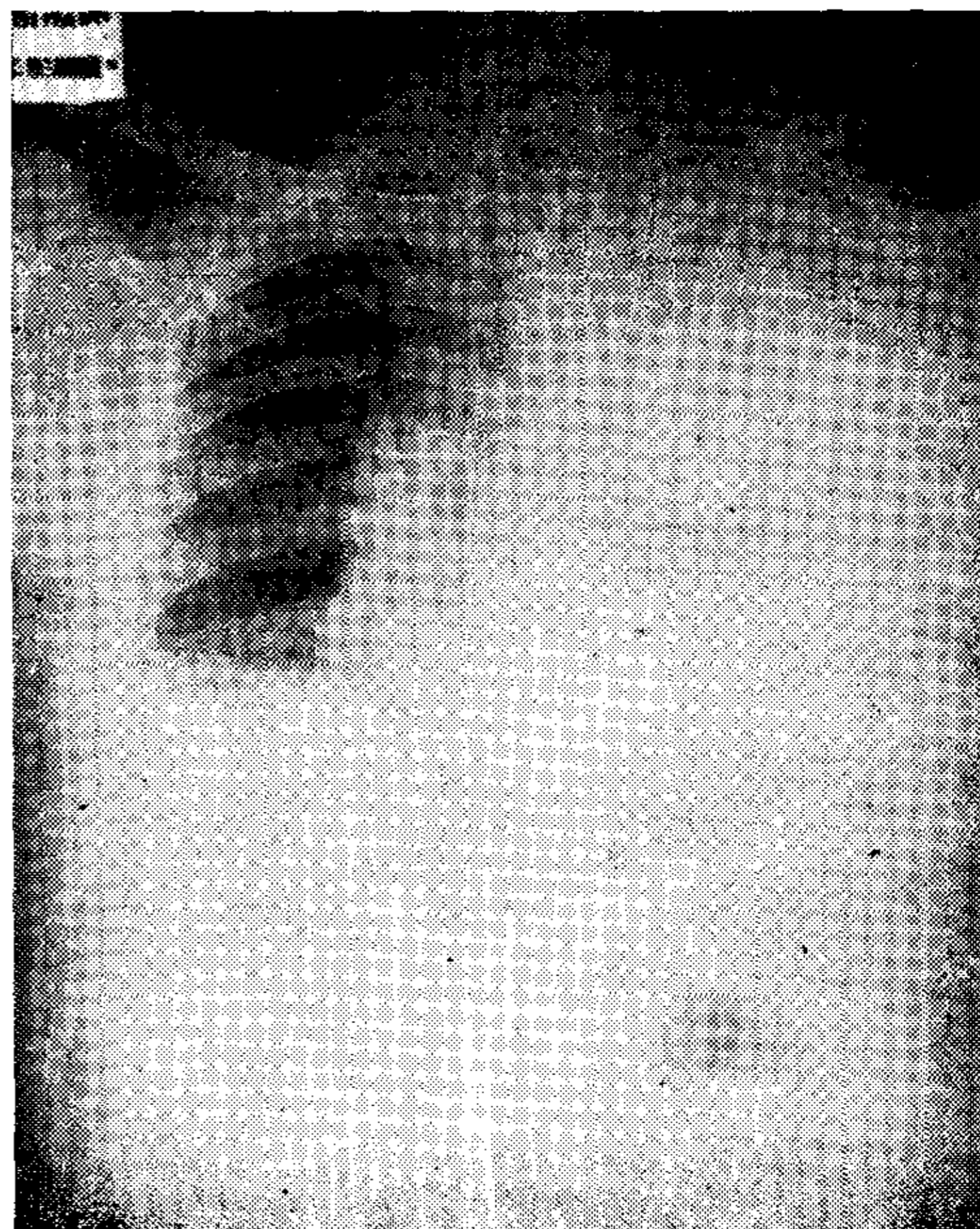


Fig. 2. Radiografía al ingreso del mismo paciente. Aneurisma roto con gran hemotórax. Fue operado en esta situación.

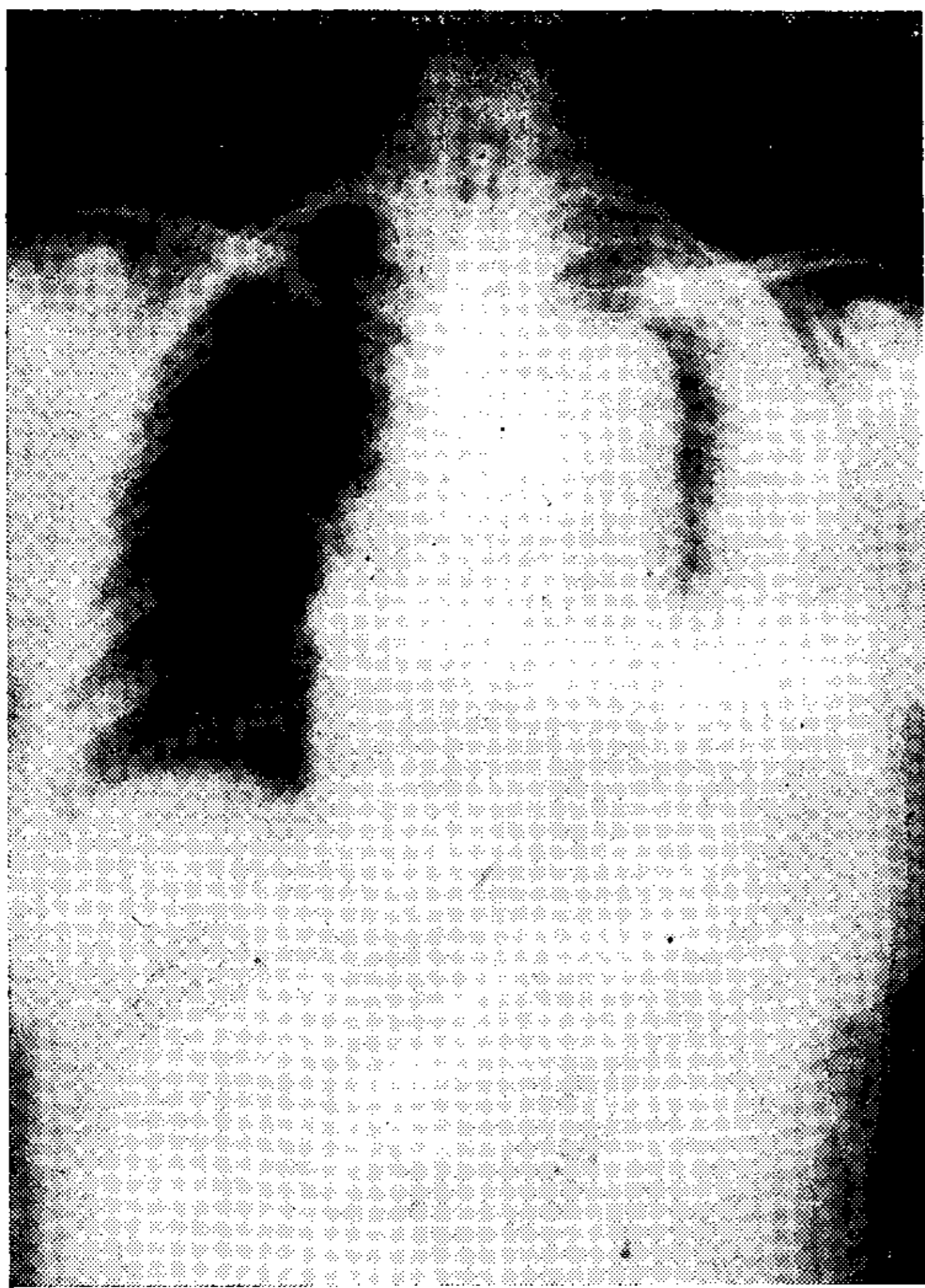


Fig. 3. Radiografía al ingreso. Aneurisma de aorta descendente roto con hemotórax.



Fig. 4. Aortografía de un aneurisma disecante de aorta descendente roto en pleura.

Fallecieron 3 enfermos; uno durante la operación, otro por hemorragia a las 24 hs. y el último, que había sobrepasado un paro cardíaco por hipovolemia antes de comenzar la operación, al mes por hemorragia digestiva debido a úlceras gástricas agudas.

Sobrevivieron 2 enfermos que llevan actualmente 4 años y 5 meses y 1 año y 8 meses de buena evolución.

Otros 4 pacientes, tres de tipo I y uno de tipo III, fallecieron a las pocas horas de ser internados, sin poder haber efectuado ningún tratamiento efectivo por el estado en que llegaron. Los 3 pacientes de tipo I murieron por rotura en pericardio y el de tipo III por infarto intestinal, anuria y rotura en abdomen.

CUADRO 4

ANEURISMAS DISECANTES

1966 - 1970

Sin tratamiento	4..
Causa de muerte:	
Rotura en pericardio	3 (tipo I)
Infarto intestinal y rotura en abdomen	1 (tipo III)

Cinco pacientes fueron tratados médicamente por no hallarse complicados. Cuatro corresponden al grupo I y uno al grupo III. Todos tuvieron buena evolución, que va desde los 8 meses a los 4 años. Uno de estos enfermos presentó a posteriori un crecimiento progresivo

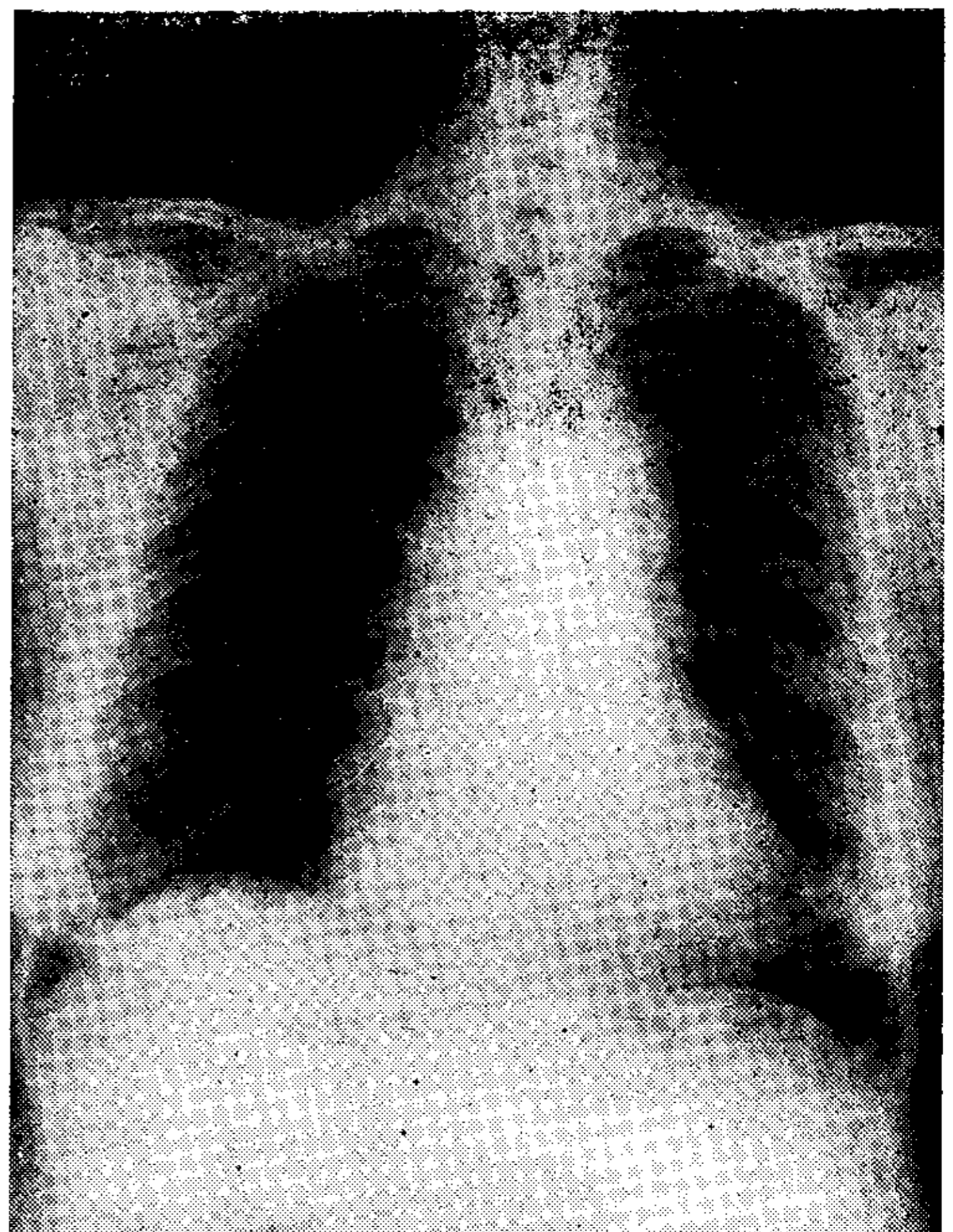


Fig. 5. Radiografía en postoperatorio alejado correspondiente al mismo caso de la Fig. 3.

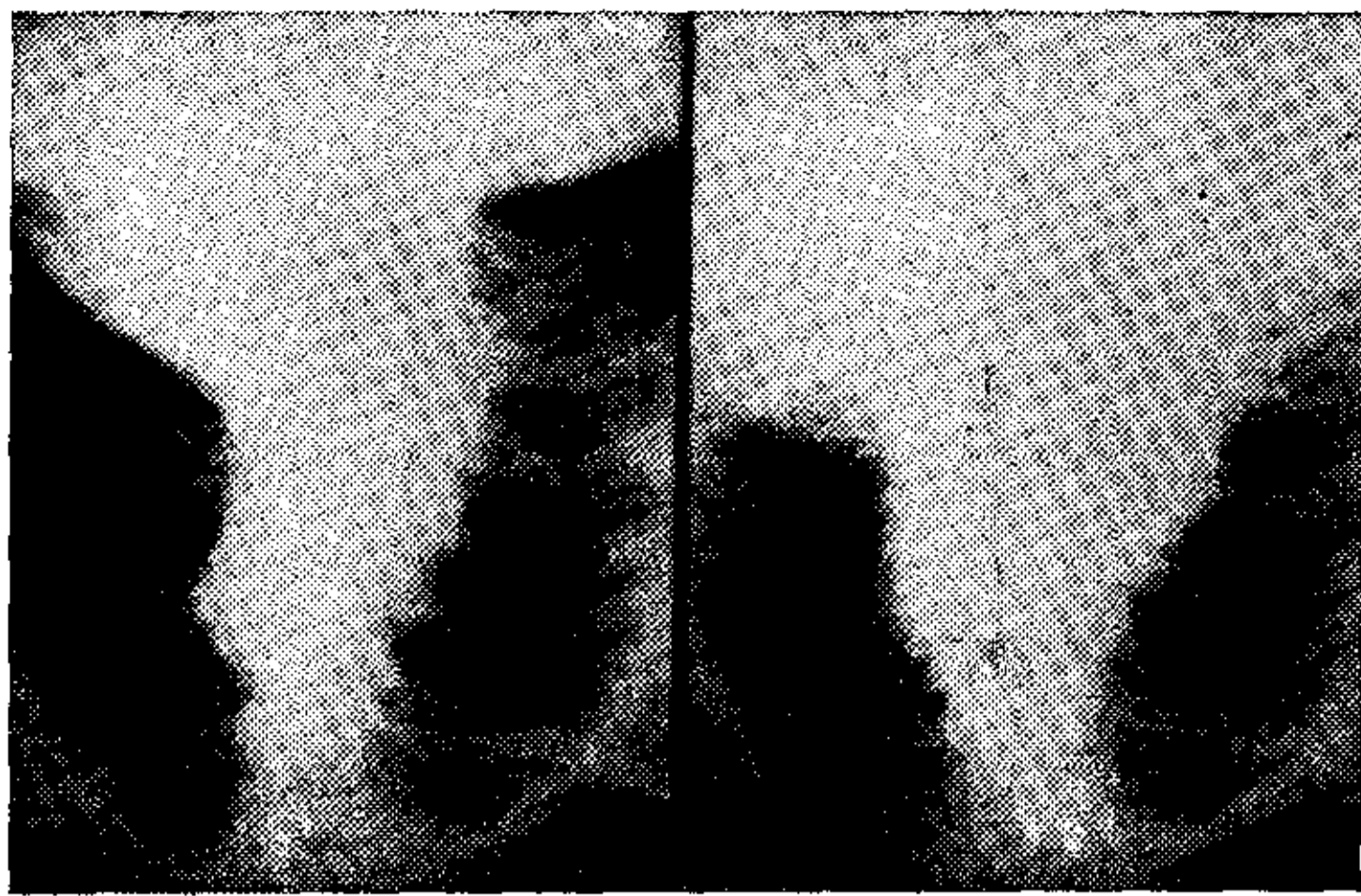


Fig. 6. Radiografía al ingreso con un aneurisma disecante de aorta ascendente. A la derecha el mismo caso luego de 6 meses.

de un aneurisma de aorta ascendente por lo que fue intervenido a los 4 meses de su episodio agudo, habiéndose practicado una resección y reemplazo con Dacron de la aorta ascendente con buena evolución.

CUADRO 5

ANEURISMAS DISECANTES

1966 - 1970

Tratamiento médico	5
Tipo I	4
Tipo III	1

Cirugía electiva a posteriori 1 (tipo I) con sobrevida.

El criterio actual, basado en la bibliografía y en la experiencia propia, es aplicar el tratamiento médico y quirúrgico de acuerdo al caso particular. Los aneurismas disecantes que se presentan complicados por severa insuficiencia valvular aórtica deben ser sometidos a tratamiento médico durante 24 a 48 hs.: si ésta no mejorase la situación está indicada la intervención, pues en estos casos puede agravarse rápidamente la insuficiencia cardíaca. Cuando se presentan con rotura en pleura o pericardio u oclusión de una rama importante, como ser la carótida, mesentérica superior o renal, deben intervenirse con urgencia pues van rápidamente a la muerte.

Si el aneurisma disecante no se encuentra complicado, es más conveniente el tratamiento médico, pues tiene menor riesgo. Este debe controlarse mediante monitoraje cardíaco, pre-

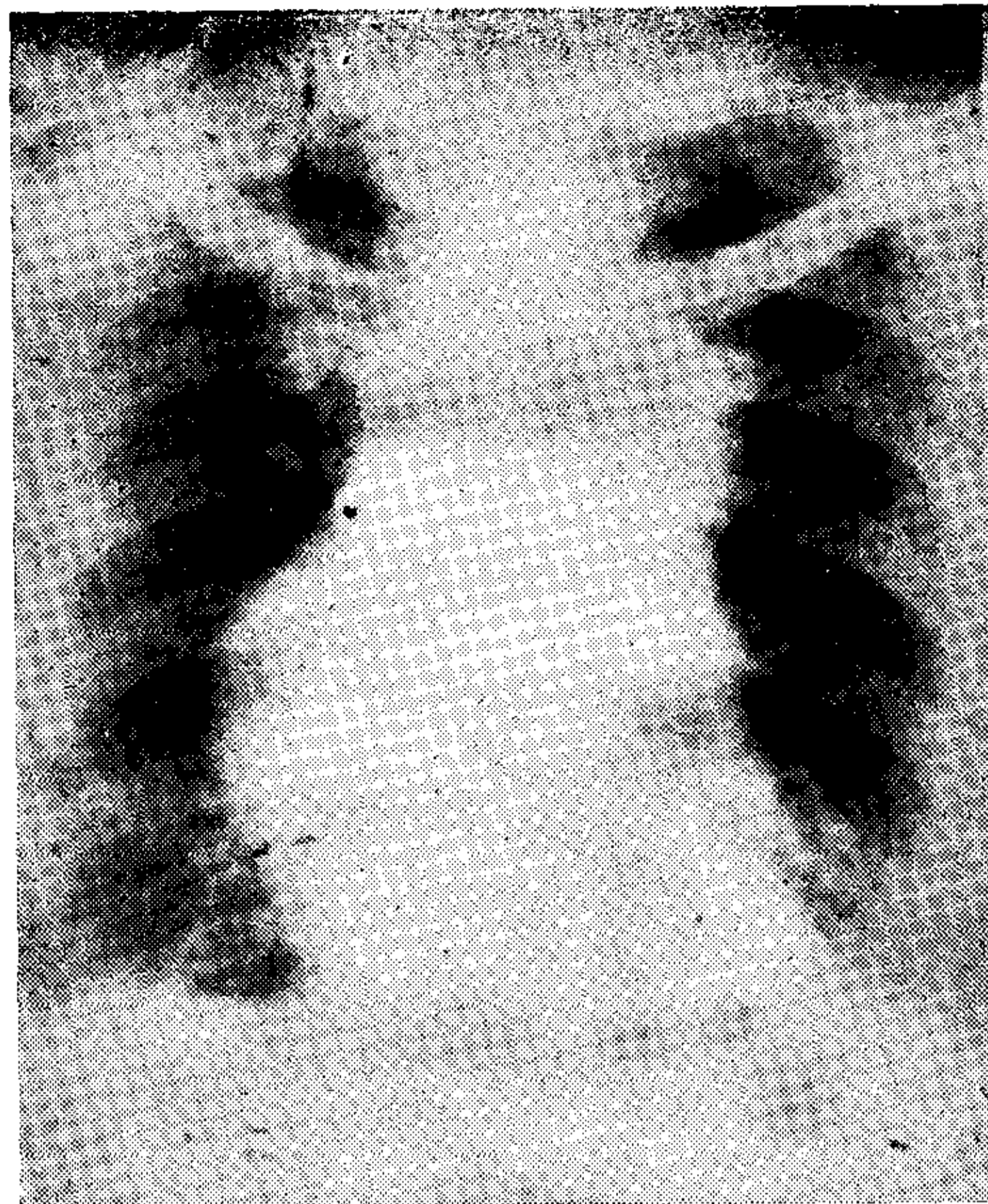


Fig. 7. Aneurisma de aorta ascendente corregido mediante resección y reemplazo con buena evolución al año.

sión arterial por canulación de una arteria y diuresis horaria.

SUMMARY

We summarize our experience during 4 years with 17 cases of dissecting aneurysms of the aorta. 14 patients were seen during the acute episode; 5 were operated on as emergency, 5 were treated medically and the rest died before any treatment could be instituted. We summarize our criteria for the selection of medical or surgical treatment in acute dissecting aneurysms.

BIBLIOGRAFIA

1. De Bakey, M. E.; Henly, W. S.; Cooley, D. A.; Crawford, E. S. and Beall, A. C.: Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta.
2. Palmer, R. F. and Wheat, M. W. Jr.: Treatment of dissecting aneurysms of the aorta. *Ame. Thorac. Surg.*, 4:38.1967.
3. Wheat, M. W. Jr. y Palmer, R. F.: Aneurismas disecantes de la aorta: Estado actual del tratamiento farmacológico comparado con el quirúrgico. *Progresos en enfermedades cardiovasculares*. Vol. IX, Nº 3, Mayo-Junio 1969.