

# Sociedad Argentina de Urología

2ª Sesión científica ordinaria — 30 de Mayo de 1961

*Presidente:*.... Dr. Gustavo F. Alsina

*Secretario:*.... Dr. Alberto J. Claret

## ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL

Por los Dres. ARMANDO E. TRABUCCO, RAUL BORZONE  
y HORACIO LEVATI

El aneurisma de la arteria renal es una rara observación tanto clínica como necrópsica. Con el caso que a continuación resumimos queremos agregar uno más a la casuística.

*Historia clínica:* C.S. de G., española, 59 años.

*Antecedentes hereditarios:* Sin particularidades.

*Antecedentes personales:* A los 18 años gangliectomía axilar derecha. A los 40 años gangliectomía en cuello. A los 52 años, operada de quiste mamario derecho. Es reumática y diabética. Hace 10 por tenosinovitis bacilar en la muñeca derecha. fue tratada con estreptomicina restando hipoacusia por neuritis tóxica.

*Enfermedad actual:* Consulta por dolores lumbares derechos que padece desde hace 11 años y que actualmente se han espaciado algo. Se irradian a la ingle del mismo lado y son de tipo cólico.

*Examen:* En ocasiones micción imperiosa posiblemente por cistocele de IIº grado.

*Riñón izquierdo:* Sin particularidades.

*Riñón derecho:* Palpación negativa posiblemente por grueso panículo adiposo y puño percusión ligeramente dolorosa.

*Presión arterial:* Mx. 130 mm. Hg. — Mn. 80 mm. Hg.

*Orinas:* Cristalinas. Nunca notó orinas turbias o hematóricas.

*Análisis Urea:* 0.50 gr. ‰; glucosa: 1 gr. ‰.

*Eritrosedimentación:* 1º hora 7 mm.; 2º hora 16 mm.; índice de aKtz 7.5; glóbulos rojos: 4.600.000; glóbulos blancos 8.100; Hb.: 90 ‰; hematocrito: 41 ‰.

Al practicarle el urograma excretor se comprueba en la radiografía directa, a la altura de la 2ª apófisis transversa lumbar izquierda una imagen anillada.

Al urograma (fig. Nº 1) no se observa eliminación renal derecha (una pielografía ascendente posterior (fig. Nº 2) mostrará que se trata de una bolsa uronefrótica). Eliminación renal izquierda sin particularidades salvo la deformación piélica producida por la imagen vista en la placa directa.

Dados los antecedentes bacilares de la paciente y ante la duda que la imagen anillada fuera no un aneurisma de la arteria renal sino un gnglio clacificado se practica aortografía

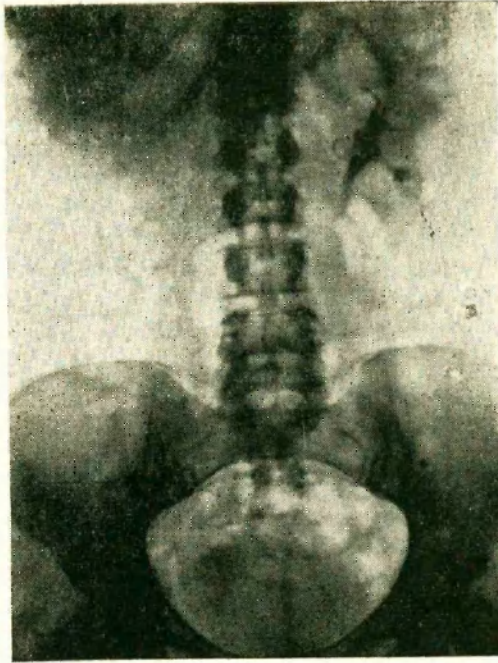


Fig. 1

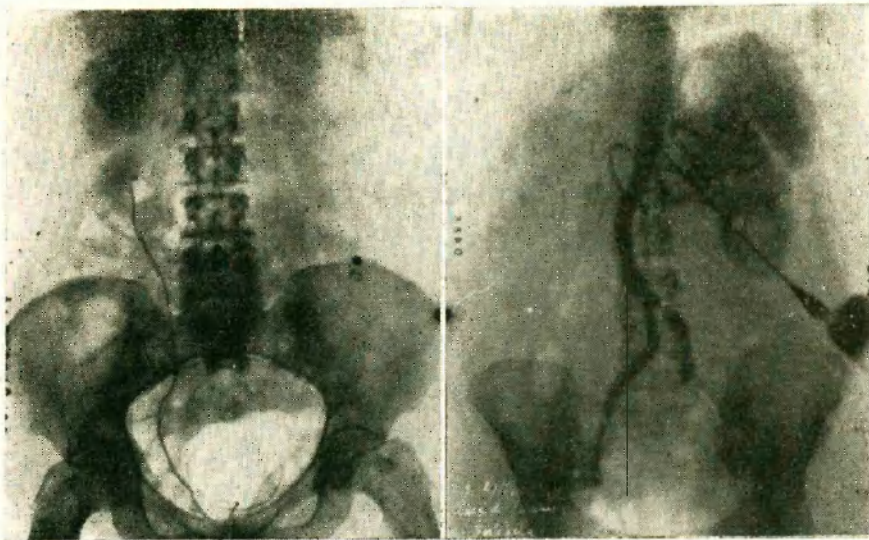


Fig. 2

Fig. 3

donde el relleno de la cavidad por la sustancia opaca (fig. Nº 3) confirma el diagnóstico presuntivo y nos indica además que se trata de la rama inferior de la arteria renal.

El 2 de agosto de 1960 se efectúa una lumbotomía exploradora para tratar de resecar el aneurisma en el caso que esto fuera posible.

*Cirujano:* Prof. Dr. Armando E. Trabucco.

*Ayudantes:* Dres. Raúl Borzone y Horacio A. Levati. Anestesia general.

Lumbotomía izquierda con resección de la duodécima costilla. Liberación del riñón y su pedículo observándose perfectamente el aneurisma buscado del tamaño de una uva. Al no poderse intentar ninguna maniobra quirúrgica por la vecindad del mismo a la bifurcación arterial lo que podría llevar a la nefrectomía y considerando la falta de función del riñón restante se cierra por planos.

Al quinto día la enferma deambula dándosele de alta a la semana de la intervención quirúrgica.

El mes en curso fué vista en perfecto estado general y ha prometido concurrir el mes próximo para la ectomía del riñón uronefrético pues las lumbalgias aún persisten.

*Consideraciones:* Hasta el año 1956 se habían publicado 123 casos de aneurismas de la arteria renal, constituyendo el 1% de todos los aneurismas. De estos casos no llegaban a 40 los aneurismas calcificados.

En 1960 (septiembre) el número de aneurismas renales publicados se eleva a 193.

El primer caso publicado fue por Rouppe en el año 1770. Este es uno más de los que pudo ser diagnosticado preoperatoriamente por el estudio radiográfico que dió la forma anillada característica y que corresponde al 25% de la totalidad de los casos.

Ni el dolor, el síntoma más constante, generalmente localizado en la parte superior del abdomen y a veces referido a la región lumbar, que se presenta en la mitad de los casos; ni la hematuria presente en el 35 % de los mismos; ni el tumor que se palpa en el 25 % de los pacientes; ni la hipertensión observada en el 20 % de los portadores de estos aneurismas, en parte en alguno de ellos por arterioesclerosis asociada o por la isquemia renal producida por el mismo aneurisma y por último ni la irradiación pulsátil observada en el 10 % de estos enfermos fueron vistas en nuestra paciente.

En cuanto al tratamiento las opiniones concuerdan en la extirpación quirúrgica del aneurisma que casi siempre significa nefrectomía pues se ha intentado con éxito la extirpación de aneurismas de pequeñas ramas de la arteria renal sin la ectomía del órgano.

En nuestro caso si bien se trata de una rama renal la importancia de la misma, su vecindad al tronco principal y la falta de función del riñón restante contraindicó la exéresis y sólo permitió que el acto quirúrgico fuera exploratorio.

La causística nos indica que ambos sexos tienen una incidencia similar y que la década de mayor número de casos es la que va de los 50 a los 60 años. Se los ha encontrado en pacientes desde los 9 meses a los 82 años de edad.

Como factores causales tenemos que considerar los degenerativos: aterosclerosis y arterioesclerosis; los inflamatorios: émbolos en la endocarditis bacteriana subaguda, sífilis, endoarteritis reumática, periarteritis nudosa y tuberculosis; y los traumáticos considerándolos como precipitantes sobre una pared arterial debilitada.

Hay publicados hasta 1956, dos casos de aneurisma bilateral: el de Carson de 1959 y el de Nesbit y Crenshaw ese año en una mujer de 25 años. El profesor Hughes en el VIº Congreso de Urología mostró placas radiográficas de otro caso bilateral.

De acuerdo a Harrow y Sloane la incidencia es mayor de las que indican

las estadísticas postmortem pues la disección de las arterias renales revelan la presencia de aneurismas sólo localizables aortográficamente.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con los quistes calcificados del riñón o bazo, absesos o hematomas calcificados, cálculos renales y vesicales, neoplasias calcificadas o linfáticos también calcificados y cuando es posible con los falsos aneurismas, que raramente se calcifican, en donde el saco está formado no por la pared vascular sino por tejidos fibrosos de las estructuras vecinas.

Como hallazgo necrópsico podemos citar a Abeshouse quien encontró 12 casos en 100.421 autopsias; Howard que encontró 10 aneurismas en 100.000 autopsias; Kment, 5 en 41.000; y Von Ronnen, 1 caso en una serie de 10.000 autopsias.

La variedad más común es la sacular y su ubicación más frecuente es el punto de bifurcación de la arteria lo que según Poutasse ocurre por un defecto congénito en el tejido elástico de la capa media en el punto de bifurcación.

Winsburg y White indican la observación de 1/3 de casos en el tronco renal y 2/3 en las ramas de la renal.

El uso de la arteriografía para el diagnóstico de los aneurismas fue sugerida por Mathé en 1932 y Lowsley y Cannon en 1943 y Sharp y Green 1950. Abeshouse fue el primero en diagnosticar un aneurisma por arteriografía por vía femoral en 1951.

La morbilidad de los casos no tratados es del 30 %.

Las nefrectomías, cuando son posibles, sólo llevan al 6 % de muertes. Las operaciones sobre el aneurisma mismo (excisión, resección del saco aneurismático, denervación del pedículo, liberación de adherencias, etc.), tienen un 52 % de mortalidad según Atkinson pero debemos considerar que se efectúan generalmente en aneurismas grandes, en riñones únicos.

Resumen: Se agrega a la casuística un caso más de aneurisma renal.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Mathé, C. P.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol. 72, 607, 1932.
2. Atkinson, R. L.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol. 72, 117, 1954.
3. Cibert, J., Duran, L., et Gordil, R.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol, Paris, 61, 379, february 1955.
4. Begner, J. A.: Aortography in renal artery aneurysm. J. Urol., 73, 720, abril 1955.
5. Nesbit, R. M. and Crenshaw, W. B.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol., 75, 380, march 1956.
6. Silvis, R. E., Huges, W. F. and Holmes, F. H.: Aneurysm of the renal artery. Am. J. Surgery, 91, 339, march 1956.
7. Malisoff, S. and Cerrutti, M.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol., 76, 542, 1956.
8. Marchiori, G. et Giongo, V.: Contribution a la connaissance des aneurysmes des artères rénales. Ch. Ital., 11 fasc., 5.571, 1959.
9. Ippolito, J. J. and Le Veen, H. H.: Treatment of renal artery aneurysm. J. Urol., 83, jannuary 1960.
10. Harrow, B. R. and Sloane, J. A.: Polycystic renal disease with renal and splenic artery aneurysm. J. Urol., 84, 447, sept. 1960.