

ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL E HIPERTENSION RESECCION DEL ANEURISMA Y MEJORIA DE LA HIPERTENSION

Dres. H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticati.

Servicio de Urología
 Policlínico de San Martín
 Ruta 8 y Diego Pombo
 Prov. de Buenos Aires.

La frecuencia de los aneurismas de la arteria renal ha sido considerada como excepcional hasta hace pocos años, la introducción de la angiografía ha llevado a modificar este concepto, aún cuando la relación de su incidencia con respecto a otras localizaciones sigue siendo reducida, es así como según Abeshouse de 596 aneurismas diagnosticados entre 1925 y 1935 en la Clínica Mayo sólo uno era renal. Kampmeier revisa 1113 aneurismas del Charity Hospital en New Orleans y del Vanderbilt University Hospital en Nashville sin hallar ninguno en la localización que referimos. Kment encuentra 554 aneurismas en 4.100 autopsias, de los que sólo 5 eran renales, y Howard 10 en 6981. Jurado y del Río del Instituto de la Santa Cruz y San Pablo sobre 39 pacientes tratados quirúrgicamente por hipertensión reno-vascular hallan 1 aneurisma renal. En relación a esta coincidencia creemos de fundamental importancia el hecho señalado por Mc. Kiel, Graf y Gallahan de que en 1123 hipertensos fueron hallados 10 aneurismas renales, o sea una incidencia próxima al 1 %, francamente mayor que la correspondiente a pacientes no hipertensos, de donde surge que el estudio angiográfico de los hipertensos permitiría revelar un número creciente de aneurismas renales. Prueba de ello es también el hecho de que de los 300 casos publicados hasta la fecha la mitad de ellos han sido diagnosticados en los últimos 10 años, coincidiendo con la difusión de la aortografía; es por ello que creemos imprescindible este recurso diagnóstico en todo paciente con hipertensión en que se sospeche el origen vásculo-renal de ésta, así como también en cualquier otro en que una diferencia de tamaño de un riñón con respecto al otro haga suponer una alteración vascular. Permitiría por añadidura diagnosticar la posible, aunque rara, existencia de aneurismas bilaterales o múltiples, que pueden obligar a una modificación del planteo terapéutico. En 1966 Poutasse refiere su experiencia de 57 casos de aneurismas renales de todos los tipos, la mayor reunida por un sólo cirujano, de ello 21 eran saculares, en 18 se realizó excisión del aneurisma y restablecimiento de la continuidad vascular, aunque sólo en 4 fue posible extirpar el saco con sutura del defecto parietal resultante. Es de hacer notar que del total sólo uno falleció en el post-operatorio inmediato, resultados elocuentes en favor del tratamiento quirúrgico de estas lesiones y de una técnica depurada, que puede, al menos en parte, explicar la diferencia con la recopilación efectuada por Ippolito en 1960, con una mortalidad del 53 al 60 % en cirugía conservadora y del 5,3 al 6 % en nefrectomías. Hemos tenido oportunidad de tratar quirúrgicamente dos pacientes con aneurisma calcificado de la arteria renal, realizando en ambas la aneurismectomía, una de estas enfermas, hipertensa, es la que presentamos hoy con el siguiente resumen de la historia clínica nº 8086 del Servicio de Urología del Policlínico de San Martín, C. V. de D. 37 años, casada, argentina, comienza su enfermedad aparentemente hace 7 años con hipertensión de 180 - 100 observada en el curso de un embarazo y de la que no fue tratada. Desde hace un año dolor en el bazo y hemitórax izquierdo y fatiga de esfuerzo, en ocasiones edemas maleolares, actualmente se encuentra en tratamiento con diuréticos y reserpina, a raíz de una crisis hipertensiva ocurrida hace 20 días en que se

comprobó una Mx. de 200 mm y Mn de 140 mm acompañándose de trastornos en la visión y parestesias de miembros inferiores. El examen cardiológico reveló: primer ruido retumbante en los cuatro focos, segundo ruido normal, soplo sistólico mitral 3/6 que se irradia a la izquierda y a todos los focos. Electrocardiograma: ritmo sinusal, extrasístoles ventriculares aislados. Fondo de ojo: arterias estrechas, angioespasmos.

Los análisis efectuados indicaron: eritrosedimentación: 64 - 100 - 57.

Hemograma: glóbulos rojos 3.710.000; glóbulos blancos 6700.

Orina: células y leucocitos 1 - 2 por campo.

Glicemia: 0,93. Urea: 0,45.

Se efectúa una urografía observándose una imagen redondeada sobre el área renal derecha de unos 2 cm. de diámetro, con bordes calcificados, imagen que imprime una muesca en el borde superior de la pelvis renal del mismo lado, y que coincide con los anillos descritos por Renk en los aneurismas calcificados.

El Dr. Jaime Roca le efectúa una aortografía que revela la existencia de un aneurisma de la arteria renal derecha. La enferma no ha tenido hematuria ni dolor del lado afectado, se busca la existencia de soplo vascular en el hipocondrio derecho no auscultándose.

El 21/X/66 se interviene con anestesia general por incisión de Kocher, se libera el riñón abordándolo por su cara anterior, como se encuentran dificultades en la localización del aneurisma se decide explorar la cara posterior, en la disección del pedículo se lesiona una vena que produce una pérdida sanguínea considerable que obliga a clampear la arteria renal. Se disecciona el aneurisma y una vez liberado se reseca el saco a nivel del cuello, observándose dos arterias de unos 2 mm de diámetro que nacen en la vecindad del ángulo externo de la brecha resultante, otra arteria de mayor diámetro que las anteriores continúa distalmente el tronco de la renal. Se sutura la arteria con seda 0000 en aguja atraumática y por encima de la línea de sutura, cubriéndola, se aplica un pequeño parche de aponeurosis del músculo recto anterior, fijando sus bordes a la adventicia arterial, se quita el campl sin poder localizar la lesión venosa por lo que se dejan dos trozos de esponjostan fijándolos a la cápsula renal. Avenamiento con tubos de goma. Cierre de la pared por planos. El examen histopatológico del aneurisma reseado informó: Pared vascular con ateromatosis e incipiente calcificación.

El 29/X/66 se drena pequeño hematoma de pared, la tensión arterial es de 140 - 90.

El 30/X/66 hematocrito 30%, enferma febril, se drena líquido piohemático de los planos superficiales.

El 4/XI se da de alta con tensión 140 - 95.

La enferma fue controlada periódicamente durante un año y medio, manteniéndose la tensión en la vecindad de la normal, siendo la última determinación recientemente de 150 - 110.

No se realizó examen arteriográfico posterior por estar la paciente embarazada.

Consideraciones: Los aneurismas renales han sido clasificados básicamente en 1º saculares - los más frecuentes.

2º fusiformes.

3º post-estenóticos.

4º fistulas arterio venosas.

Secundariamente pueden dividirse en calcificados y no calcificados, con relación de frecuencia de 1 a 3 de los primeros con respecto a los segundos.

Creemos que convendría establecer una diferencia entre los intrarrenales, localizados en pleno parénquima, y los hiliares, ya que el tratamiento es fundamentalmente distinto en unos y otros. Etiológicamente no puede negarse la existencia de aneurismas congénitos, como lo prueba su hallazgo en un niño de 9 meses, pero la frecuencia mayor en el curso de la vida favorece la creencia en la acción de factores adquiridos, evidentes en cuanto se revelan alteraciones degenerativas en su pared. En otros casos pueden re-

conocerse reacciones inflamatorias o signos de infección micótica, que parecería tener predilección renal. Se ha hecho la diferencia entre falsos y verdaderos aneurismas, siendo los primeros resultado de una ruptura arterial, en ocasiones traumática, o más frecuentemente a nivel de una placa ateromatosa con extravasación sanguínea y proliferación fibro-conjuntiva reaccional secundaria, este proceso puede ser inclusive consecuencia de la fisuración o ruptura de un aneurisma verdadero, la posibilidad de un accidente de este tipo reviste particular trascendencia, ya que en parte condiciona la actitud terapéutica ante el hallazgo de un aneurisma asintomático y obliga a la intervención cuando se sospeche tratarse de un falso aneurisma, hacia lo que orientan su habitual mayor volumen y la existencia de antecedentes de trauma o episodio agudo previo.

Ippolito y Leveen han recopilado 24 rupturas de aneurismas renales con 20 muertes. Mayor gravedad aún puede tener esta complicación en la embarazada, ya que han sido referidas 8 rupturas con 7 muertes, lo que implica una actitud francamente intervencionista en el embarazo. Ninguno de estos aneurismas complicados con ruptura era calcificado, lo que justificaría el criterio sustentado por Poutasse de no intervenir estas lesiones cuando es evidente la calcificación de toda la circunferencia del saco, excepto lógicamente a nivel del cuello, y de hacerlo en los no calcificados y cuando la calcificación es incompleta, ya que esto revelaría un segmento de pared adelgazada que llega a estar constituida solo por una delgada membrana conjuntiva. Mc. Kiel - Graf y Callahan recomiendan el tratamiento quirúrgico de todo aneurisma, sea o no calcificado, sin tener en cuenta el volumen, aplicando criterio similar al seguido en otras localizaciones. La hipertensión vascular existía en el 85 % de los pacientes de estos autores, aunque cifras de sólo el 15 % han sido halladas por otros. Como se comprende es fundamental la coexistencia de hipertensión en la determinación quirúrgica ya que su extirpación puede actuar favorablemente en la evolución de la hipertensión, como ha ocurrido en esta paciente.

Tratamiento: fundados en lo anteriormente expuesto creemos que el tratamiento de la mayoría de los aneurismas renales debe ser quirúrgico; situaciones particulares se plantean cuando la lesión es múltiple, unilateral o bilateral, así como cuando la asociación con otros estados patológicos contraindica la intervención. La resección del saco y la sutura de los bordes del mismo es la técnica más sencilla cuando es posible, y es la que empleamos en el caso que presentamos como en otro enteramente similar operado posteriormente. La reconstrucción puede verse dificultada por la emergencia de colaterales en íntima vecindad del cuello del saco, que puede obligar a limitar la extensión de su resección, por otra parte, si se pretende disponer de pared arterial no alterada la sutura posterior determina una estrechez segmentaria de la arteria renal de consecuencias imprevisibles. Para obviar esto puede recurrirse a un parche de vena o de arteria que permita conservar el calibre arterial. Es posible que el refuerzo de la sutura con un parche aponeurótico como lo practicamos en esta paciente sea un recurso más, aun cuando hay cierta dificultad en fijar sus bordes a la adventicia. Un manguito venoso o aponeurótico que rodee toda la arteria puede tal vez cumplir mejor esta función de refuerzo, aunque en la experiencia de otros autores esto parece innecesario por los resultados francamente favorables de la reparación simple. En los casos más complejos en que es imposible la resección del saco, o cuando de otro tipo de aneurismas se trata, puede ser necesario llegar al reemplazo del segmento afectado con un trozo de vena safena o de arteria esplénica, según lo prefiere últimamente Poutasse, que dice no ser necesario el sacrificio del bazo, ya que su circulación colateral permite la conservación del órgano, consideración que creemos completamente secundaria. En otros casos puede recurrirse a un corto circuito con la arteria esplénica cuando del lado izquierdo se trata. Como quiera que sea en la mayoría de los casos creemos que el urólogo puede resolver plenamente los problemas quirúrgicos de la patología vascu-

lar renal y es con esa convicción que ofrecemos este caso a la consideración de nuestros colegas.

Resumen: se refiere el caso de una paciente de 37 años con un aneurisma calcificado de la arteria renal e hipertensión vascular generalizada, en la que se efectuó resección del aneurisma normalizándose la tensión arterial y manteniéndose estos resultados un año y medio después.

BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse, B. S.: Aneurysm of the renal artery. Report of two cases and review of the literature.
Urol. Cutan. Rev. 55 451-563 1951.
- Alvarez Colodrero, J. W. y Grassi, O.: La pielografía endovenosa sistemática en la hipertensión arterial. Aneurisma de la arteria renal.
Rev. Argen. Urol 13 319-330 1944.
- Barry, W. F. and Kim, S. K.: Renal artery aneurysms.
Am. J. Roentgen 98 132-136 1966.
- De Bakey, M. Morris, G., Morgan, R., Crawford, E. and Cooley, D.: Lesiones of the renal artery. Surgical technic and results.
Amer. J. Surg 107 84 - 96 1964.
- Garritano, A. P.: Aneurysm of the renal artery.
Amer. J. Surg 94 638-648.
- Glass, P. and Uson, A.: Aneurysms of the renal artery. A study of 20 cases.
J. Urol 98 285 - 292 1967.
- Grossman, R. and Babbitt D.: Renal artery aneurysm; their diagnosis and endocrine implications: a case report in a child.
J. Urol 97 172-175 1967.
- Holman, E.: The development of arterial aneurysms.
Surg. Gynec. & Obst. 100 599 1955.
- Ippolito, J. J. and Le Veen, H. H.: Treatment of renal artery aneurysms.
J. Urol 83 10-16 1960.
- Jaegere, P., Vergison, R. et Boeles, W.: Un cas de hipertensión due à un aneurysme de la artere renal.
Acta. Urol. Belg. 31 289-297 1963.
- Kakkar, V. V., Tsapogas, M. and Gleave, E.: Experimental arterial patching using veins and other autologous tissues.
Brit. J. Surg 54 533-537 1967.
- Kment, H.: Aneurysma der arteria renalis.
Beitrag z. Klin. Chir, 147 144 1929.
- Mathe, C.: Aneurysm of renal artery causing hipertensión. Report of three cases.
J. Urol 82 412-416 1959.
- Mc.Kiel, Ch., Graf, E. and Callahan, D.: Renal artery aneurysms. A report of 16 cases.
J. Urol 96 593-398 1966.
- Momose, G.: Zwei Fälle von Nierenarterienaneurysma.
Zschr. Urol. 59 745-749 1966.
- Moreyra Bernan, P y Halac, A.: Aneurisma de la arteria renal.
Rev. Argen. Urol 16 88-102 1947.
- Pastor, B. H.: Hipertensión associated with renal artery aneurysm and relieved by nephrectomy.

Ann. Int. Med. 42 1122 1955.

Poutasse, E. F.: Renal artery aneurysms: their natural history and surgery.

J. Urol 95 297-306 1966.

Puigvert Gorro, A. y Cols Baques, A.: Aneurisma de la arteria renal.

Arch. Esp. Urol. 3 203-210 1947.

Winter, C. C.: Correctable renal hipertensión.

Philard. Lea y Febiger 1964.

DISCUSION

Dr. Garces. ¿Se hizo control postoperatoria de la arteria renal operada?

Dr. Pagliere. No se hizo porque la enferma quedó embarazada. En estos días, habrá de practicársele una aortografía.

Dr. Garces. ¿Se le practicó biopsia renal?

Dr. Pagliere. No, doctor. No creemos que sea conveniente agregar un riesgo más que poco puede demostrar con respecto a la afección en sí.

Dr. Costa. ¿Podría utilizarse algún material sintético para el parche?

Dr. Pagliere. El material sintético goza de las preferencias de algunas escuelas de cirujanos vasculares. Poutasse, que tiene gran experiencia en aneurismas renales, prefiere valerse de los medios que tiene a su alcance, que es el parche o el reemplazo con vena safena o vena esplénica, sin utilizar material sintético.

Dr. Scorticati. No se ha hecho todavía control angiográfico, pero en un examen urográfico se ha podido comprobar la existencia de buena función en el riñón operado.