

REVISION DE 57 CASOS DE ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER

* Dr. José D. Chanlatte Baik

** Dra. Daysi Marisela Almanzar Santana

Resumen

Revisamos 57 casos admitidos en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, con el diagnóstico de Aneurisma de la Aorta Abdominal. El 82% fueron masculinos y localizados debajo de las arterias renales en el 91% de los casos. Los síntomas y hallazgos fueron los mismos reportados en la mayoría de la literatura. La sonografía y tomografía demostraron ser de mucha importancia para localizar anatómicamente el aneurisma, así como medir su diámetro transversal.

En nuestros casos usamos mayormente injertos bifurcados tipo DeBakey de dacron tejido. El 21% de los casos fueron operados de emergencia por rotura, con una mortalidad aceptable de 42%.

La mortalidad operatoria en los casos electivos fue ligeramente elevada (8.8%), pero mucho más baja que en los casos rotos, por lo que recomendamos intervenir electivamente estos pacientes, que presenten aneurismas de 5 cm o más de diámetro o que presenten dolor.

Aneurismas de aorta abdominal Hosp. Dr. Salvador B. Gautier técnica de DeBakey

Abstract

We reviewed 57 cases admitted to Dr. Salvador B. Gautier Hospital with the diagnosis of Abdominal Aortic Aneurysm. Out of 57 cases 83% were male and the aneurysm was localized below the renal artery in 91% of the cases. The symptoms and physical findings were similar to those reported in the literature. The ultrasound and computerized tomography proved to be very important to localize anatomically the aneurysm and to measure its transversal size.

We primarily used bifurcated knitted dacron graft DeBakey type. 21% of the cases were operated as an emergency due to rupture with an acceptable mortality rate of 42%.

The surgical mortality in the elective cases was slightly elevated (8.8%), but much lower than in the ruptured cases. Due to the high mortality in the ruptured cases we recommend elective surgery for aneurysms 5 cm or more in diameter and those cases with pain.

Abdominal aorta aneurysm Dr. Salvador B. Gautier Hospital DeBakey technic

* Coordinador Residencia de Cirugía, Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

** Del Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

INTRODUCCION

Un aneurisma es la dilatación anormal de una arteria como resultado de la debilitación estructural de la capa elástica de la media, debido a la disminución en cantidad de la elastina y el colágeno. Ha sido asociado a la arterioesclerosis o factores genéticos y como factores de riesgo, la hipertensión arterial y el tabaquismo.¹⁻³

Los aneurismas de la aorta abdominal ocurren en el 5% de las personas de más de 65 años de edad. Es la localización más común de los aneurismas y se encuentran debajo de las arterias renales en un 95% de los casos. La gran mayoría son fusiformes y verdaderos o sea, que la pared arterial completa forma parte del saco aneurismático. Algunos son saculares de origen congénito, traumático o sífilítico. Los aneurismas falsos son aquellos que no tienen pared arterial sino reacción organizada de fibrosis alrededor de un hematoma, comunicado a la arteria, que pulsa y estos pueden ser traumático, iatrogénico, miótico ó post-quirúrgico¹.

La mayoría son hombres: 9 a 1. La mortalidad operatoria en los casos electivos de menos de un 5%, no siendo así en los aneurismas rotos donde la mortalidad operatoria oscila entre 50 y 70 %. Por esto se recomienda operar electivamente cuando el aneurisma mide 5cm. de diámetro, ya que crecen 4 mm. por año.

Las complicaciones post-operatorias son varias, siendo las más frecuentes e importantes las hemorragias, trombosis, embolias distales, insuficiencia renal y pulmonar, colitis isquémica, paraplegia, infecciones generalmente producidas por estafilococos epidermitis. Las causas de muerte también son varias, siendo las más frecuentes: Cardíaca, pulmonar, renal y accidentes cerebro-vasculares.

MATERIALES Y METODO

Revisamos 57 casos, del 1969 al 1989, no representando esta cifra el número total de aneurisma abdominales internados y operados en el Hospital Gautier durante este período de 20 años, debido a dificultades y errores en los archivos del hospital, así como expedientes incompletos.

RESULTADOS

El paciente más joven admitido tenía 26 años de edad y el más viejo 79, la edad promedio fue de 52 años.

De los 57 pacientes, 47 fueron masculinos para un 82.5% y 10 fueron femeninos para un 17.5%.

En cuanto a la localización del aneurisma 52 fueron infrarrenales para un 91%, supra e infrarrenal o suprarrenal 5 casos para un 9%.

Con respecto al tamaño, varió de 5 cm el más pequeño operado a 8.5cm el más grande en diámetro.

Otra lesión arterioesclerótica que acompaña el aneurisma fue obstrucción arterial periférica de las extremidades inferiores en 2 casos, para un 3.5%.

Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal epigástrico y sacro-lumbar.

El hallazgo más común fue una masa abdominal pulsátil y expandible.

Los estudios realizados para diagnosticar y localizar anatómicamente el aneurisma fueron radiografía simple de abdomen en un 16%, aortografía en un 17.5, sonografía en un 14% y tomografía en un 10.5%. Respecto a la sonografía y tomografía debemos tomar en cuenta que estos estudios comenzaron a realizarse en los años 80.

La técnica operatoria empleada fue similar a la descrita por DeBakey en el 1966. Los injertos usados fueron de Dacron Knitted (poroso) en la gran mayoría de los casos y Wown (no porosos) en algunos casos de rotura, para disminuir la pérdida de sangre por el injerto. En sólo dos casos se usó el Gore-Tex (PTFE). El material de sutura en los años 70 fue el Mersilene y más recientemente el monofilamento polipropileno (Prolene). También usamos heparina endovenosa en dosis de 5 mil unidades minutos antes de ocluir la aorta.

Once pacientes no fueron operados por diversas razones, algunas veces no establecidas ni explicadas.

La rotura del aneurisma se presentó en 12 pacientes (21%), de los cuales fallecieron 5, para un 42% de mortalidad.

La mortalidad operatoria de los casos electivos fue de 8.8% y para los casos rotos

operados de emergencia, fue de un 42% como acabamos de señalar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El aneurisma de la aorta abdominal es una patología relativamente frecuente en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, como ha sido expuesto anteriormente. La cirugía electiva tiene los mejores resultados por lo que se recomienda la cirugía cuando el aneurisma es todavía pequeño (5 cm) para evitar la rotura, con una alta mortalidad⁴⁻⁷. La edad no es generalmente una contraindicación al procedimiento, mas bien depende de la edad fisiológica del paciente así como otras patologías arterioescleróticas severas. La relativa alta mortalidad reportada en nuestro hospital se debió principalmente a dificultades y deficiencias en la Unidad de Cuidados Intensivos en la época que alguno de los casos se realizaron. Recomendamos investigar toda masa abdominal que pulse, principalmente en pacientes de 40 años o mas de edad. Debe recomendarse el diagnóstico con sonografías y/o tomografía abdominales.

REFERENCIAS

- 1- Crawford, E and DeBakey M .Aneurysm of the abdominal aorta.Surgical Clinics of North America, August 1966; 46 (4): 963-78
- 2- Cozzi P. Metabolismo de la pared aortica en relación a la susceptibilidad y resistencia de la arterioesclerosis. Journal of Vascular Surgery, Mayo 1988; 7 (5): 706-13
- 3- Cohen J. La elastina en el metabolismo de la aorta abdominal infrarrenal. Journal of Vascular Surgery Feb 1988; 7 (2) 210-13
- 4- Hollier L. Surgical management of abdominal aortic aneurysm in the high-risk patients. The Surgical Clinics of North America , April 1986 ; 66 (2): 269-79.
- 5- Hollis H. Reparación de aneurisma de la aorta abdominal con riñón pélvico (ectópico). Journal Vascular Surg, Feb 1988; 9 (3): 404-09
- 6- Johnston, K. Estudio prospectivo de los aneurismas no rotos de la aorta abdominal. The Journal of Vascular Surgery, Marzo 1989; 9 (3): 437-47
- 7- Thompson J E. Surgical management of abdominal aortic aneurysms. Ann. Surg, May 1975; pag 654.