

Coartación de aorta abdominal

Dres. A. Rodríguez Sacristán y R. Rivera
SEVILLA

Presentamos a continuación el caso de una enferma todavía no completamente estudiada, pero que presenta problemas que en nuestro concepto aconsejan sean discutidos en estas sesiones clínicas por el interés que para los asistentes pueden tener por su rareza, y por los beneficios que de la consiguiente discusión se derivarán para la enferma.

Se trata de una mujer de 32 años, casada, que hace cinco años durante su primer embarazo, presentó una hipertensión con cifras de 21 de máxima. Posteriormente cursó bien hasta hace dos años, en que comenzó a presentar cefáleas y "pesadez en un ojo". Vista e interrogada por uno de nosotros no encontró nada anormal.

En la exploración objetiva encontramos los siguientes hallazgos, moderada obesidad con piernas delgadas. Latido arterial en cuello. Soplo sistólico en foco aórtico y vasos del cuello con irradiación a punta y aorta abdominal. Pulsos periféricos conservados, rítmicos a una frecuencia de 92 latidos por minuto. La presión arterial era de 21'5/11'5. La radioscopia y radiografías de tórax mostraban una calcificación residual en vértice dere-

cho, agrandamiento cardíaco a expensas fundamentalmente de ventrículo izquierdo y ligera elongación aórtica. El E.C.G. (Dr. Berjillos), mostraba un ritmo sinusal a 70 sistoles por minuto e hipertrofia de ventrículo izquierdo con sobrecarga sistólica, así como discreto aumento de aurícula izquierda. El F. C. G. (Dr. Berjillos), evidencia en foco aórtico la existencia de un soplo protodiastólico. Las pruebas de laboratorio eran normales.

Ante esta situación y dada la edad de comienzo de la hipertensión de la enferma, se consideró probable la existencia de una hipertensión de origen nefrógeno y ante la ausencia de antecedentes de nefropatía el diagnóstico clínico se inclinó por la existencia de un probable factor vascular renal. Por este motivo se indicó la práctica de un estudio angiográfico renal.

Este se efectuó en marzo de este año, mediante la introducción de un catéter en forma percutánea a través de femoral derecha, el cual bajo control radioscópico se hizo avanzar hasta el nivel de la bifurcación aórtica donde por encontrarse dificultades para avanzarlo se efectuaron dos inyecciones de contraste, obteniéndose placas seriadas.

Las arteriografías evidenciaron la existencia de una imagen de estenosis de la aorta situada unos 3 cms. por encima de su bifurcación a nivel del borde inferior de L-4. La inyección de contraste evidenció asimismo la existencia de una amplia red colateral desembocando en la porción de aorta visualizada, por lo que se llegó a la conclusión de que nos encontrábamos ante una estenosis ateromatosa de aorta abdominal terminal que se rellenaba merced a una circulación colateral tan amplia que mantenía los pulsos periféricos.

Ante el fracaso del estudio angiográfico renal por esta vía se decidió realizarlo posteriormente por vía axilar o braquial. Explorada la presión arterial en las extremidades inferiores en este momento encontramos que eran máximas de 14, siendo imposible determinar la mínima. El índice oscilométrico era en tercio inferior de muslo: Dcho. 1'25, Izdo. 2. Tercio superior de pierna: Dcha. 1'25, Izqda. 1'5, Tercio inferior de pierna: Dcha. 0.25, Izqda. 1 (a presiones de diez).

Vista de nuevo la enferma el pasado mes de agosto cuenta que mientras hacía tratamiento con Ismelin Návidrex presentó un típico síndrome de claudicación intermitente más intenso en la pantorrilla derecha que en la izquierda y un aumento de las molestias que va presentaba anteriormente, fundamentalmente los mareos y cefáleas. A la exploración presentaba una presión de 21/11 en el brazo derecho, 18'5/12'5 en el brazo izquierdo. Los pulsos periféricos de las extremidades inferiores, si bien perceptibles, eran poco amplios y

la presión arterial se mantenía como previamente.

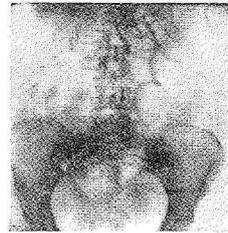


Fig. 1.—Aortografía abdominal realizada por vía axilar en un caso de coartación de aorta abdominal, que afecta el origen de ambas arterias renales

El estudio angiográfico se practicó de nuevo ayer mediante la introducción de un catéter a través de axilar derecha, el cual se avanzó por aorta descendente hasta nivel del diafragma.

Se efectuó una inyección de 30 cc. de Urografín al 76 % y se obtuvieron 6 placas seriadas en 3 segundos. Estas evidenciaron la existencia de un marcado adelgazamiento de la aorta inmediatamente distal al origen de la mesentérica superior, con casi completa oclusión por debajo de las renales. Estas, si bien se rellenaban en gran parte con afluente normal el izquierdo y por circulación colateral, aparecían con una marcada estenosis en su origen el derecho.

La aorta distal se rellena a través de una amplísima circulación colateral que sigue dos vías principales, una a través de la mesentérica superior que se anastomosa con otra rama de la colica media de la mesentérica inferior y a través de la última arteria intercostal y de

ramas muy numerosas de las paredes arteriales que desembocan a nivel de ambas arterias femorales rellenas. La morfología de la aorta que no parece totalmente interrumpida, sino máximamente adelgazada desde el borde superior de L-2 a borde superior de L-4, sugiere la existencia más que de una oclusión ateromatosa, de una coartación de aorta abdominal. Es evidente que el origen de la hipertensión que esta enferma tiene, es por un mecanismo vásculo-renal, pero persiste sin embargo el problema de conocer si este mecanismo se establece a través del hecho de que ambas arterias renales se originan en la zona estenosada de la aorta abdominal o de que el tronco de la arteria renal derecha presenta una marcada estenosis. Por esta última razón aboga el hecho de que el nefrograma derecho aparece casi con dos segundos de retraso con el izquierdo y de que el riñón derecho presenta un volumen marcadamente inferior al del contralateral. Por otro lado presenta el problema de la insuficiencia vascular que la mar-

cada estenosis de la aorta determina en las extremidades inferiores. Finalmente el tercero y fundamental de los problemas que la enferma nos plantea es el de su terapéutica. ¿Es necesaria una intervención de revascularización de las extremidades inferiores?

Evidentemente la situación de este territorio arterial no es normal pero dadas las dificultades técnicas de una solución quirúrgica consideramos que el by-pass natural constituido por su amplia circulación colateral puede considerarse por el momento aceptable.

En segundo lugar, ¿es necesaria una intervención quirúrgica para corregir el síndrome hipertensivo de esta enferma? ¿Y de serlo debe incluir esta intervención la corrección completa del síndrome o afectar exclusivamente a la renal derecha? Estos son los principales problemas que el caso hasta el momento nos ha planteado y que nosotros esperamos que nos ayuden a resolver.

