

Aneurisma de la aorta abdominal

Reporte de tres casos con ruptura en el duodeno

Por los Dres.:

JOSÉ PERERA GUIARDINÚ (10) ANTONIO SENTÍ
PAREDES (11) ADALBERTO RODRÍGUEZ LÓPEZ(*****)
REYNALDO MAÑALICH,(12) (*) E ISRAEL
BORRAJERO(*****')

En el año 1962 tuvimos la oportunidad de observar casi simultáneamente, dos casos de aneurisma de la aorta abdominal, con ruptura en la tercera porción del duodeno, los cuales fallecieron en un corto lapso de tiempo, por hemorragia masiva intestinal. Dos años más tarde tuvimos otro caso con la misma topografía de perforación y con una evolución similar. Después de inscripto nuestro trabajo en el Congreso, hemos visto un cuarto caso de otro centro hospitalario, el cual hemos creído oportuno incluirlo en esta presentación. Entendemos que es de verdadero interés el conocer esta complicación de los aneurismas de la aorta abdominal, ya que aun-que no muy frecuente, el sangramiento digestivo con que se manifiesta puede tener una evolución no tan aguda y fatal en breve plazo, y se presta por consiguiente a considerar las distintas posibilidades etiológicas de un sangramiento digestivo, estableciendo un diagnóstico precoz tributario de una terapéutica quirúrgica eficaz.

REVISION HISTORICA

Viesalius en 1514, fue el primero según se ha dicho, que hizo el diagnóstico de un aneurisma aórtico abdominal en un paciente vivo.

*Salmón*¹ en 1843, fue el primero en reportar la ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal en el intestino, específicamente en el duodeno.

Skromak y *O'Neill*² hacen una revisión cronológica de los aneurismas aórticos abdominales rotos en el tractus gastrointestinal desde 1843 hasta 1951, señalando un total de 53 casos, de los cuales 40 fueron en el duodeno, 6 en estómago, 5 en yeyuno y 2 casos lo refieren en intestino delgado sin especificar sitio.

10 Profesor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana, Director del Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", Vía Blanca y 26, Cerro, Habana, Cuba.

(>**) Especialista en Urología en el Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", Vía Blanca y 26, Cerro,

Habana, Cuba.

(***) Profesor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana, en el Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", Vía Blanca y 26, Cerro, Habana, Cuba.

Estos autores añaden a esta revisión dos casos más, también con ruptura en el duodeno, haciendo por consiguiente un total de 42 rotos en duodeno hasta esa fecha, o sea, una incidencia de 76.3%.

En el propio año 1951, *Hirst y Af-feldt*,³ reportan además 8 casos de aneurisma abdominal, todos rotos en duodeno en 16,633 autopsias. Casos también reportados de aneurisma abdominal con ruptura en el duodeno han sido señalados por *Muendel*,* *Abramson*,^s *Tessoro*-*lo** *Breike*¹ y *Roll*.^s

*Garzón y Wilson*⁹ publican un caso de aneurisma aórtico abdominal, con doble ruptura en el colon ascendente y en la 3a. porción del duodeno. No menos interesante son los casos también publicados de *Ghosh*¹⁰ y *Rthojeld*,¹¹ de linfadenitis y absceso tuberculoso respectivamente, invadiendo aorta y duodeno produciendo su ruptura con hemorragia fatal.

Del 62 al 90% de estas lesiones ocurren en sexo masculino con un promedio de 80%. De nuestros casos dos fueron hombres y el tercero del sexo femenino.

Con respecto a la raza podemos señalar que según *Kampmeier*¹² un 80% de pacientes con aneurismas de la aorta abdominal ocurren en sujetos de la raza negra y así lo señalan también *Habney y Pollock*. En este sentido todos nuestros casos fueron de la raza blanca.

El promedio de edad de los pacientes con esta afección es de 65 años según *Estes*,¹¹ otros autores reportan un promedio de edad de 54 años.

ETIOLOGIA

Muchos factores etiológicos han sido señalados tales como: agentes infecciosos varios, sífilis, tuberculosis, fiebre ti

foidea, otros han señalado el alcoholismo y la panarteritis nodosa. No obstante, la causa que prevalece como más común e importante, es la arterioesclerosis y eso está de acuerdo con el tiempo de supervivencia de la población en general.

SITIOS DE RUPTURA

El sitio más común de ruptura de un aneurisma abdominal es la tercera porción del duodeno, como hemos podido comprobar al revisar los reportes anteriores y corroborado con el hallazgo de nuestros casos. Esto tiene su explicación y es debido a que el duodeno es retroperitoneal y cruza a la columna vertebral a nivel de la tercera vértebra lumbar inmediatamente por delante de la aorta.

Se han invocado varios mecanismos para explicar la ruptura, tales como: fuerzas hemodinámicas, procesos degenerativos, agentes infecciosos y una combinación de los anteriores.

SINTOMAS Y SIGNOS

El antecedente de una tumoración vascular intraabdominal puede ayudar al diagnóstico, sobre todo si el paciente ha sido visto antes por un facultativo, ya que en ocasiones el propio enfermo señala que hace tiempo se notaba un tumor abdominal que late.

Más frecuentemente antes de la ruptura, se señalan ciertos síntomas por el paciente, tal es el dolor, que puede ser de carácter variable y que es necesario conocer. El dolor puede ser referido como sordo, como latido, punzante e intenso como puñalada, más comúnmente de localización epigástrica y que se irradia hacia abajo, a la pelvis, muslos y región dorsolumbar. Dolor intenso en la región dorsolumbar es característico de erosión vertebral.

Pueden ocurrir síntomas por compresión: hipo (irritación diafragmática), ictericia, debida a compresión del conducto colédoco, náuseas, vómitos, constipación. Puede ocurrir albuminuria si ocurre presión sobre las arterias renales y basta anuria por presión sobre la pelvis.

El hallazgo físico en pacientes con aneurisma de la aorta abdominal antes de romperse, es la palpación de una masa tumoral en un 60 al 90% de los casos, sensible, pulsátil y expansiva, puede sentirse en algunos casos thrill sobre la tumoración y auscultarse soplos.

La tumoración vascular puede mejor percibirse si la palpación se realiza en posición genupectoral.

Ya una vez roto en el intestino pueden ocurrir varios episodios de hematemesis o bien sangramientos por el recto, a veces con dolor asociado de bastante intensidad, acompañado de colapso circulatorio, dependiendo de la cantidad de sangre perdida, pudiendo ser fatal después de uno o varios episodios sangrantes. Por lo regular, la muerte puede ocurrir en dos o cuatro días. Pueden presentarse, además, palidez, disnea y sudoración.

Los exámenes complementarios son de utilidad antes de ocurrir el sangramiento, en especial el estudio serológico en aquellos casos de etiología luética. Es importante señalar que test negativo pueden obtenerse en casos tratados o no de sífilis terciaria.

Otros exámenes importantes son: la radiografía simple de abdomen para observar calcificaciones¹³¹⁴ o masa tumoral, etc. En caso de aneurisma luético, principalmente, puede observarse erosión de los cuerpos vertebrales.

El estudio radiológico gastrointestinal podrá demostrar desplazamiento y compresión de las zonas interesadas,

estómago, duodeno, etc. También podemos realizar urografías descendentes, neumoperitoneo, y por último aortografía abdominal, mediante la cual se establece el diagnóstico de aneurisma de una manera evidente.

DIAGNOSTICO

Se establece en más del 50% de los casos desde el punto de vista clínico. De ahí se desprende la conveniencia de examinar cuidadosamente el abdomen de todo individuo de edad. La constatación de una masa pulsátil, expansiva debe considerarse sospechosa y practicar las investigaciones de rigor.

Si ha ocurrido ya sangramiento por fisuración o ruptura, hay que hacer el diagnóstico diferencial con la úlcera péptica, várices esofágicas, tumores benignos y malignos, gastritis, etc. Antes de romperse el aneurisma se planteará el diagnóstico de un tumor abdominal, teniendo que descartarse tumor o quiste de páncreas, pancreatitis hemorrágica, litiasis génitourinaria, tumor renal, quiste dermoide- quiste mesentérico, tumor retroperitoneal, pulsaciones del lóbulo izquierdo del hígado, tumor suprarrenal, íctero obstructivo.¹⁵ El diagnóstico se hará en definitiva por el estudio diferencial radiológico.

PRONOSTICO

Los pacientes portadores de aneurisma aórtico abdominal no roto, pueden sobrevivir durante mucho tiempo, hay casos reportados de 28 años, ahora bien, en los casos de aneurisma con ruptura en el tractus gastrointestinal, el término de vida se acorta notablemente, ya que puede ocurrir la muerte súbita al instante o producirse la misma en los días subsiguientes después de varios episodios sangrantes.

No cabe duda que hoy en día, con el progreso de la cirugía vascular, el diagnóstico precoz de un aneurisma aórtico-abdominal es de sumo interés- sobre todo, si está situado por debajo de las arterias renales, ya que puede ser extirpado con éxito y substituido por un injerto vascular o prótesis de dacrón, de lo contrario se expone al riesgo prácticamente mortal de su ruptura.

PRESENTACION DE NUESTROS CASOS

María Hernández Echevarría. Historia Clínica: 29783. Edad: 68 años. Sexo: femenino. Raza: blanca. Ingreso: noviembre 2-1962.

M.I. Enterorragia, melena, dolor abdominal.

H. E.A. Refiere un familiar que con historia anterior de haber sido operada en 1960 de aneurisma de la aorta abdominal en este centro, fue dada de alta en buen estado, manteniéndose bien, solamente en ocasiones ligero dolor periumbilical. El aneurisma pudo constarse en radiografía simple de abdomen previa a la operación que demostró una tumoración calcificada que asociada a la sintomatología clínica, planteó el proceso aneurismático.

Fue ingresada nuevamente en julio 20 de 1962 por dolor en región inguinal izquierda y miembro inferior izquierdo con melena, dándose de alta al mes siguiente. En radiografía de abdomen simple practicada en esta ocasión, se reportó "marcada ateromatosis de la aorta abdominal" (Fig. 1-A).

Seguida en consulta externa presentó edema y cianosis de ambos miembros inferiores que cedió al tratamiento, además tos, disnea y expectoración amarilla por bronquitis crónica con enfisema pulmonar y en ocasiones deposiciones oscuras como borra de café. La enferma arrastra hace años trastornos dispépticos

que se han acentuado últimamente con molestia dolorosa epigástrica y periumbilical. Estos dolores una semana antes de su ingreso se intensifican, en forma de cólicos con deposiciones oscuras en borra de café, hasta hoy en que después de un fuerte cólico abdominal, tiene una defecación roja negruzca con coágulos con sensación de desmayo y gran palidez por lo que in gresa.

A. P. P.—Sin importancia. Operada de apéndice y hernia inguinal hace años.

A. P. F.—Sin importancia.

INTERROGATORIO POR APARATOS.

Aparato digestivo: Acidez, regurgitaciones, repleción gástrica, meteorismo, epigastralgia con ritmo ulceroso a veces náuseas, vómitos biliosos, enterorragia, melena, intolerancia a las grasas y a los alimentos líquidos calientes.

Aparato cardiovascular: Calambres en las extremidades con cianosis.

Aparato respiratorio: Tos, expectoración amarilla y a veces hemoptoica.

Aparato genitourinario: Orinas oscuras, lumbalgia.

Sistema nervioso: Nada a señalar.

Historia genital: Embarazo: siete, partos, siete; abortos: No. Menopausia: 44 años.

EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Enferma longilínea, que no deambula por su astenia, posición ortopneica, facies pálida, mucosas pálidas, faneras- N.A.S.

T. C. S. no infiltrado.

Peso actual: disminuido. S.O.M.A. nada a señalar.

EXAMEN FÍSICO POR APARATOS:

Digestivo: Boca: sepsis, faltan piezas.
Abdomen: Circulación venosa visible en pared abdominal. Contractura moderada, músculos abdominales doloroso a la presión en hipocondrio derecho en zona periumbilical derecha se palpa pequeña tumoración que se desplaza a la presión y que transmite latido aórtico. No thrill. no soplo.

Hígado: Borde superior: séptimo espacio. Borde inferior: rebasa un través de dedo.

Cardiovascular: Inspección precordio: punta no visible. Palpación: ni se palpa latido de la punta.

Percusión: Matidez límites normales.

Auscultación: Bien golpeados los tonos en punta. Apagados en base. No soplos, *Pulso:* Ritmo 30 por minuto. P.A. B.D. 120-80. BI: 110-70.

Arterias periféricas: Pedias y tibiales se palpan sus latidos.

Respiratorio: *Inspección:* Tórax enfisematoso con tiraje en bases. *Palpación:* Vibraciones disminuidas en 2/3 superiores ambos pulmones y base derecha.

Percusión: Hipersonoridad en ambas bases. *Auscultación:* Estertores crepitantes en dos tercios inferiores del pulmón derecho con algunos subcrepitantes. Roncus diseminados.

Genitourinario: Nada a señalar.

Ginecológico: Normal.

Hemolinfopoyético: No esplenomegalia ni adenopatías.

Nervioso: Normal.

EVOLUCIÓN:

A su ingreso la enferma presentaba un hematocrito de 26 habiéndosele practicado transfusiones hasta llevar el hematocrito a 35 el día 12 de noviembre, al mismo tiempo

que se instituyó una dieta antiulcerosa. \it. K y se trataba su bronquitis enfisematosa con antibióticos y aerosol.

Las investigaciones complementarias de laboratorio incluyendo pruebas hepáticas y estudio de la coagulación sanguínea, fueron normales; radiografía esófago-estómago-duodeno en nov. 9, (Fig. IB) fue negativa de várices esofágicas o lesiones gastroduodenales, señalándose la neumopatía crónica y la marcada aterosclerosis de la aorta abdominal.

Del 12 al 27 de noviembre, la enferma continuó presentando melena en varias ocasiones, así como hematemesis y enterorragia una vez, habiendo necesidad de continuar realizando transfusiones para mantener presión y hematocrito, este último alrededor de 30.

Nueva radiografía esófago-estómago-duodeno y tránsito intestinal en noviembre 20 fue normal.

El diagnóstico clínico planteado de injerto aneurismático fisurado o de nuevo aneurisma fisurado en tractus digestivo, fue asimismo considerado por el departamento de cirugía el día 27 que no consideró posibilidades quirúrgicas, sugiriendo aortografía y reconsiderar el caso en junta con los angiólogos.

El día 30 de noviembre se reanuda la melena, se pasan más transfusiones sosteniéndose presión, el hematocrito descendió hasta 20, el día 3 fallece la enferma al continuar el sangramiento siendo insuficiente las transfusiones para evitar el shock hipovolémico.

Es de notar que a la enferma se le hicieron catorce transfusiones en el mes que estuvo ingresada, presentándose acentuación del sangramiento tras las transfusiones si éstas eran seguidas y elevaban la tensión arterial a niveles de 140 la máxima o más.

Abdomen: Discreta cantidad de líquido serosanguinolento. Al disecar la aorta, se observa una gran dilatación aneurismática por debajo de la emergencia de las arterias renales, ocupadas por un gran trombo organizado situado en el espacio que queda entre una plastia previa y la adventicia aórtica. Dicho aneurisma presenta dos fisuraciones: una de ellas se abría en cavidad abdominal, encontrándose taponada por un coágulo; la otra abierta en tercera porción del duodeno. (Fig. 1-c).

Francisco Erices Castellanos. H. C. 65360. Edad: 69. Raza: Blanca. Sexo: Masculino.

Ingreso: 30 de noviembre de 1962, por hematemesis y melena.

H. E. A. Con antecedentes de salud anterior en 1957 comienza a sentir adormecimiento de la pierna izquierda y dolores al caminar una cuadra. Asiste a un facultativo que le impone tratamiento, mejorando de su sintomatología.

A los dos años comienza a presentar trastornos digestivos dados por llenuras, digestiones lentas, intolerancia a algunos alimentos como huevos, carne de puerco, también cólicos abdominales después de ingerir alimentos con deposiciones normales y a veces diarreicas, con restos de alimentos abundantes, fétidas, de color carmelitoso, en número de uno o dos al día con días o meses entre una y otra crisis.

En agosto veintidós de este año tras una comida abundante, amanece con fiebre alta que persiste durante cuarenta días, bajando solamente con ASA, tras cinco días de apirexia presenta hipo persistente con intensos dolores abdominales y deposiciones oscuras como borra de café, durante mes y medio, abiéndosele practicado transfusiones repetidas en la calle apareciendo junto con

ellas enterorragias abundantes y buchadas de líquidos como borra de café, desde que comenzó la fiebre hasta el momento actual ha perdido 30 libras de peso, los dolores abdominales no se aliviaban con antiespasmódicos ni con la defecación en el acmé de la fiebre, a veces pérdida del conocimiento y convulsiones.

A. P. P.—Sin importancia. Alergia a la penicilina. Cinco transfusiones previas, la última noche anterior a su ingreso. Operado de pólipos nasales y quiste sebáceo.

A. P. F.—Padre muerto afección hepática. Madre de parto. Diez hermanos, 2 muertos tuberculosis pulmonar. Cuatro muertos de cirrosis.

Hábitos tóxicos: Tabaco y café abundante.

Alimentación: Buena, vivienda buena.

Interrogatorio por aparatos: Digestivo: Lo referido. General: pérdida 30 libras de peso.

Cardiovascular: Claudicación intermitente pierna izquierda, palpitaciones.

Respiratorio: Respiración blanca escasa.

Genitourinario: Litiasis renal con dolores lumbares. *Nervioso:* nerviosismo.

EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Enfermo normolíneo que deambula con dificultad, decúbito preferido supino y latera], facies con cierta fijeza de expresión, onicomiosis. Piel y mucosas hipocoloreadas, en miembros inferiores, piel seca y pigmentada. Fría en extremidades inferiores. Tejido celular subcutáneo no infiltrado. Panículo adiposo disminuido. Cuello con latidos arteriales normales. No tumoraciones.

EXAMEN FÍSICO POR APARATOS Y SISTEMAS :

Cardiovascular: Pulso 80, T.A.: 140- 70, ritmo regular, tonos apagados en base femorales, poplíteas y tibiales no palpables. *Digestivo:* Boca: Faltan todas las piezas. Lengua seca. Abdomen: Globuloso, luce tener onda líquida circulación visible en ambos flancos. A la palpación se dificulta por hipertonia de la pared, difícil palpación de hígado.

Genitourinario: Nada a señalar.

Hemolinfopoyético: No adenopatías. Ligera submatidez en zona esplénica, no palpable el bazo. *Nervioso:* Nada a señalar.

EVOLUCIÓN:

A su ingreso se constata:

1. Un síndrome hemorrágico dado por enterorragia, melena y hematemesis.
2. Síndrome anémico, palidez de piel y mucosas.
3. Síndrome doloroso: epigastralgia atípica.
4. Síndrome circulatorio: insuficiencia vascular periférica bilateral con ausencia de pulso, podio, poplíteo y femoral.
5. Síndrome general: pérdida de peso y fiebre.

Se plantean como diagnósticos etiológicos:

- a) Sangramiento digestivo por várices esofágicas por cirrosis hepática.
- b) Trombosis crónica de aorta abdominal.

Con un hematocrito a su ingreso de 24 y 47% de hemoglobina se pasan 500 cc. de sangre total teniendo después de ella melena abundante. Se pasan 1000 cc. más de sangre el día 1ro. de diciembre, dieta de

leche cada dos horas, vitamina K y adrenascor.

La presión ge mantiene en 150-80 con pulso de 88, después de la segunda transfusión melena y enterorragia con hematocrito de 20.

Los días dos y tres de diciembre persiste bajo el hematocrito, la epigastralgia persiste intensa y se irradia al abdomen. Hay melena- hay una retención de broinosulfaleína de 147, con pruebas hepáticas de floculación normales.

El día 4 se reconsidera el caso y por radiografía de estómago-duodeno que desplaza estómago, hacia delante y hacia abajo, se plantea.

1. Síndrome anémico.
2. Síndrome febril.
3. Tumor retroperitoneal.

Diagnóstico etiológico:

- a) Tumor ganglionar (linfosarcoma).
- b) Absceso retroperitoneal a punto de partida vesicular.
- c) Aneurisma fisurado e infiltrado de la aorta abdominal.

El resto de las investigaciones ordenadas, estudio de la coagulación serología, urea, glicemia, bilirrubinemia, creatinina, colesterol, fosfatasa alcalina, arrojan resultados normales.

En diciembre 6 a las 12:05 a.m. se llama de urgencia al médico de guardia que aprecia un estado de shock en el enfermo con presión arterial máxima de 60, pulso filiforme- extremidades sudorosas, palidez intensa y dolor de administrar dos transfusiones de 500 cc. cada una, por colapso vascular se requiere a la guardia de

cirugía que disecciona vena de pie, y se logra pasar 1.000 cc. de sangre total en una hora, dejándose transfusión continua a pesar de lo cual el enfermo no recupera su presión, que llega a desaparecer, falleciendo a las 2:10 a.m.

INFORME DE LA NECROPSIA

Abdomen: No líquido ni sangre en cavidad. Estómago e intestino grueso: distendidos. Aorta abdominal: al abrirla se observan placas de ateroma en toda su extensión. Por debajo de la emergencia del tronco celíaco, se observa dilatación aneurismática ocupada por un gran coágulo organizado, estando la emergencia de las arterias renales a nivel de este proceso aneurismático. Se observa fisuración del mismo en tercera porción del duodeno, provocando una hemorragia enterocólica masiva (Figura 2).

J.M.Z.- H.C. No. 88820. Edad: 58 años. Raza: blanca. Estado: casado. Sexo: masculino. Ocupación: empleado.

Ingresó en agosto 17 de 1964, por dolor intenso en ambas regiones lumbares.

En mayo 27-1964, es operado de cistectomía total por carcinoma infiltrante y ureterosigmoidostomía bilateral en un solo tiempo. En ese acto quirúrgico se halló tumoración vascular de tipo sacciforme de la aorta abdominal por debajo de arterias renales, ya con anterioridad se había constatado tumoración en abdomen en la región umbilical, pulsátil, batiente, expansiva.

Dos días antes de su último ingreso el paciente siente dolor interno en ambas regiones lumbares con irradiación a región sacra y a la raíz del muslo derecho. En días precedentes venía haciendo ligera febrícula considerándose la posibilidad de pielonefritis ascendente propiamente de la intervención realizada. Se le impuso tratamiento con antibióticos y analgésicos,

pero sigue el cuadro doloroso en región lumbar sin dolor en abdomen.

En agosto 27-64, es ingresado con el mismo cuadro doloroso y se piensa en posible metástasis a nivel de columna lumbo-sacra, con lo cual se practica punción de columna siendo ésta negativa (Figuras 3 y 3-A). Durante unos 8 días el enfermo continúa con intenso dolor en columna lumbar rebelde a todo tratamiento, teniendo necesidad de utilizar cocteles líticos. Al cabo de la semana de ingresado experimenta cuadro de hipotensión arterial y anemia marcada con hematocrito bajo, pasándose 500 gramos de sangre. Es visto con el especialista de vascular periférico- Dr. Bird y se plantea la posibilidad de fisuración del aneurisma abdominal, notándose aumento de la tumoración vascular por palpación abdominal, continuando con hipotensión. En este estado el día antes de su muerte se presentó hematemesis y melena en gran cantidad cayendo en shock no recuperándose a pesar del tratamiento con transfusiones de sangre masiva en septiembre 6-64, no se decide tratamiento quirúrgico debido al estado precario en que el paciente vino al hospital.

I. P.A.— Aparato respiratorio: Catarro esporádico. *Aparato cardiovascular:* Disnea al respirar. *Aparato digestivo:* Constipación habitual. *Genitourinario:* n.a.s. (orina por el recto).

General: Astenia.

A.P.F. Sin importancia.

A.P.P. Gastrectomía subtotal por ulcus en 1955. Revisión vesical endoscópica en 1962. Cistectomía total y urétero-sigmoidostomía en 1964. Niega venérea. Enfermedades de la infancia.

Hábitos tóxicos: Tabaco: 0, cigarros: 0, alcohol: 0, café: 3 tazas.

EXAMEN FÍSICO GENERAL
a su INGRESO:

Normolíneo que deambula con dificultad debido al dolor en regiones lumbares y que no adopta decúbito preferido. Facies no característica. Piel y faneras: n.a.s. Mucosas hipocoloreadas, T.C. Sub: no infiltrado. A adiposo disminuido: peso 125 lbs., talla 5.3 pies.

E.F. regiouril: Cabeza, cuello y extremidades: n.a.s. Dolor a la palpación sobre columna lumbar exquisito, así como sobre el sacro y ambas articulaciones sacroilíacas.

E.F. por Aparatos: Digestivo: Sepsis oral. Prótesis en arcada superior, lengua sabural.

Abdomen: Hígado borde superior 60. espacio no se puede precisar si rebosa reborde costal. Abdomen algo distendido.

Inspección: Cicatriz quirúrgica pararectal izquierda supraumbilical. Otra mediana infraumbilical que asciende 3 cms. por encima del ombligo. Palpación: abdomen algo depresible discretamente doloroso en forma generalizada algo distendido. Se aprecia tumoración a nivel región umbilical del tamaño de una toronja, expansiva y batiente.

Percusión: Timpanismo. *Auscultación:* escaso ruido hidroaéreo.

Cardiovascular: Punto 50. espacio a nivel de línea media clavicular izquierda. Tonos cardíacos, taquicardia.

T.A. 100 y 60, pulso 100. Pedias D-I: laten.

Renal: Puntos renales posteriores dolorosos, no se palpan riñones. El resto de los aparatos: n.a.s.

Análisis agosto 28-64: Hemograma: H.B. 12.6 gramos. Hematocrito: 40. Leuco. 15,000 Stab. 2, Seg. 81, Eo. 4. Linf. 12, mono 1, Eritro: 68, Duke 1, Lee White 8,

retracción coágulo normal. Serología: negativa, orina n.a.s., urea: 30 mg.%, glicemia: 9.5 mg.%, NA-140 mEq, K-3.4 mEq.

INFORME DE LA NECROPSIA

Abdomen: no líquido en cavidad. Dilatación de asas delgadas y colon ascendente y transverso. Adherencias del ciego al colon ascendente. Gastroyeyunos- lomia antigua. Reimplantación de uréteres en sigmoides (ausencia de vejiga). *Estómago:* Gran cantidad de coágulos sanguíneos en su interior. Mucosa: no presenta alteraciones, así como tampoco el límite de unión de la gastroyeyunostomía.

Al abrir el yeyuno e íleon, se observa gran cantidad de coágulos sanguíneos, moldeados por la pared intestinal. La mucosa yeyunal se encuentra congestiva. El íleon presenta borramiento de sus pliegues. Al abrir el duodeno a nivel de la unión de la segunda con su tercera porción, se aprecia un área de 3x2 cms. con necrosis y ruptura de la pared. (Fig. 3-B). Explorando dicha área se observa que comunica con una dilatación aneurismática sacular de la aorta abdominal que mide 10 x 8 x 7 cms. Al abrir la aorta, las paredes de la misma con marcada ateromatosis extendiéndose el aneurisma antes referido, desde 1 cm. por debajo de la emergencia de las arterias renales, hasta las arterias ilíacas, las cuales también están dilatadas. El saco aneurismático lleno de trombos organizados apreciándose fisuras que comunica la luz de la aorta con la zona necrosada de la segunda porción duodenal.

Serafín Palacios Estévez. De 70 años, blanco.

H.E.A.: Fue visto en C.E. en julio de 1961, por trastornos respiratorios y dificultad a la micción, los análisis de rutina indicados son normales y la ra-

diografía de pulmones reporta enfisema pulmonar, con E.C.G. normal' enviándose a la consulta de angiología por tener amputación de pierna derecha y gangrena aterosclerótica de la pierna izquierda. El angiólogo diagnostica oclusión aterosclerótica de la aorta terminal, indicándole aortografía. El urólogo reportó hipertrofia prostática, siendo necesario en los meses posteriores pasarle sonda vesical en tres ocasiones hasta el día 4 de agosto de 1961 en que ingresa en el servicio de Urología por "infección vesical". Radiológicamente se le diagnostica condensación neumónica de la base pulmonar derecha.

Además del enfisema en una citoscopia en agosto 29, se encuentra vejiga llena de esfacelos, mucus 4 secreción purulenta. Urografía descendente en septiembre 1º de 1961, demuestra una alteración de vejiga en borde derecho de tipo diverticular con calcificación de la aorta abdominal y arterias ilíacas, operado en octubre de 1961, ya curado de su neumonía, se le hace talla vesical, confirmándose divertículo vesical y la hiperplasia adenomatosa de la próstata. Complicación postoperatoria de fistula uretrocutánea es resuelta por cirugía, siendo dado de alta el 9 de noviembre de 1961.

En abril de 1962- se le practica aortografía siendo informada: oclusión de las ilíacas externas marcada aterosclerosis de la aorta abdominal, en septiembre de 1963 (Fig. 4). Ingresa por afasia y paresia del miembro superior derecho, planteándose como etiología una trombosis arterial. Se trata con anticoagulantes después de las investigaciones adecuadas, regresó la afasia y paresia, siendo dado de alta en octubre de 1963, con anticoagulantes y el diagnóstico de trombosis cerebral.

Reingresó en octubre 26 de 1964, con una tromboflebitis de miembro superior

izquierdo. La tensión arterial de 130- 100, habitual en él, hace hematuria que se atribuye al tratamiento anticoagulante, es dado de alta en noviembre 19 de 1964.

En junio 18 de 1965 sangramiento digestivo que requiere ingreso en Emergencias donde se le suspende el anticoagulante y controlado el sangramiento es dado de alta.

En julio ingresa en nuestro hospital por hemateiuesis y melena sin estar tomando anticoagulantes con Hto. de 32 y Hb. de 9.6 se le ingresa practicándole transfusión de 500 c.c. En la historia ya ingresado se recogen como dato de interés molestias epigástricas desde hace ocho meses, que se alivia a la ingestión de alimentos o aún con agua.

Al examen físico como datos positivos las mucosas hipocoloreadas en abdomen no es doloroso a la palpación superficial ni profunda, hígado: B.S. 5to. espacio B.I. no rebasa.

Soplo sistólico grado 2/6 en punta, pulsos periféricos faltan en la pedia del pie izquierdo (derecho amputado). Alteraciones de la motilidad y reflejos en la pierna izquierda secuelas de su hemiplejía.

Se plantea la posibilidad de una úlcera duodenal que explique el sangramiento digestivo, por los antecedentes de epigastralgia y la radiografía de estómago duodeno donde se aprecia deformidad de la mitraduodenal y hernia gástrica a través del hiato esofágico, que también pudiera explicar el sangramiento (Figs. 4-A y 4-B). Se considera el tratamiento anticoagulante que tuvo hasta hace 3 meses, no dándole valor como etiología y que se confirma por las pruebas de coagulación.

En julio 31 se aprecia ligera resistencia de la pared abdominal. Se le hace nueva transfusión de sangre.



Caso 1. Fig. 1. Radiografía simple abdomen. Tumoración calcificada.



Caso 1. Fig. 1-A. Radiografía simple. Calcificaciones aorta.



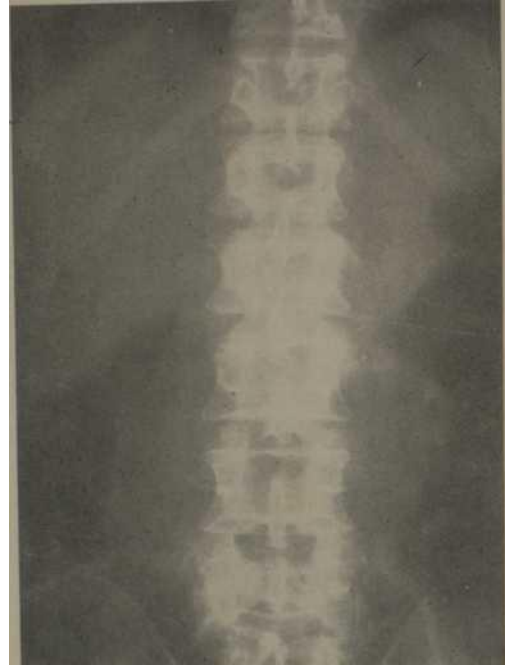
Caso 1. Fig. 1-B. Radiografía estómago-duodeno. Se aprecian calcificaciones aorta-abdominal.



Caso 1. Fig. 1-C. Aneurisma entre plastia previa y tejido fibroso cicatricial. Dos perforaciones.



Caso 2. Fig. 2. Aneurisma de aorta abdominal fisurado en tercera porción del duodeno. (No se ve éste). A la derecha el páncreas.



Caso 3. Fig. 3. Radiografía columna lumbar sin metástasis. No se aprecia tumoración calcificada.



Caso A o. 3.-Fig. 3-A. Otra vista de la columna lumbar: Negativa.



Caso 3. Fig. 3-B. Aneurisma que comunica con 3ra. porción de duodeno y se extiende hasta ilíacas.



Caso 4. Fig. 4. Aortografía con marcada aterosclerosis de la aorta abdominal y oclusión de las arterias ilíacas externas.



Caso 4. Fig. 4-A. Se aprecia mitra deformada.



Caso 4. Fig. 4-B. Hernia diafragmática del polo superior del estómago.



Caso 4. Fig. 4-C. Aneurisma sacular de aorta abdominal, fisurado en duodeno y con gran cantidad de sangre en su interior.

En el curso de los siguientes días las P.F.H., de coagulación y rutina dieron resultados normales, el Hto. y la Hg. siempre por debajo de 40 y 10, respectivamente.

RX: Esófago-estómago-duodeno de 1 de agosto de 1965: esófago normal, pequeña hernia del polo superior de estómago, ligero espasmo del vértice de la mitra, chequear esta alteración dentro de dos semanas. Radiografía pleuro-pulmonar: aorta elongada y dilatada. Área cardíaca normal; discreta elevación del hemidiafragma izquierdo por aerocolia.

E. C.G.: normal. En agosto 9 de 1965, es avisada la guardia de cirugía por melena, que es atribuida por esta a la hernia diafragmática- la presión a 100-80, se le hacen nuevas transfusiones de sangre. En agosto 3 es avisada dos veces la guardia de cirugía por hematemesis indicándole transfusiones; en agosto 15 tres hematemesis de sangre roja con coágulos, se repite el sangramiento el 17 de agosto, este último día dos veces, falleciendo el enfermo. En total, después de ingresar el paciente tuvo nueve hematemesis y dos melenas, transfundiéndole 3,800 cc. en 18 días.

INFORME DE NECROPSIA

Abdomen: aneurisma sacular aterosclerótico de la aorta abdominal, fisurado por su cara anterior en tercera porción del duodeno con hemorragia extensa gastrointestinal. Fibrosis perianeurismática con extensión al uréter derecho y tejidos retroperitoneales. Hematoma del músculo psoas, aneurisma arterioesclerótico de la arteria ilíaca primitiva izquierda (Fig. 4-C).

ANÁLISIS DE NUESTROS CASOS

La edad fue de 58 años en uno, y en los otros alrededor de la séptima década de la vida. Tres del sexo masculino, uno femenino y todos de la raza blanca.

En todos los casos el sangramiento fue

masivo de tipo digestivo alto, con hematemesis y melena, acompañándose en dos de ellos de enterorragia y acentuación del sangramiento después de las transfusiones, hecho ya señalado por distintos autores.

Dos de los casos presentaron epigastralgia de comienzo unos meses antes del sangramiento, otro caso manifestó dolores en región lumbar que hizo plantear la posibilidad de metástasis vertebrales de un adenocarcinoma vesical extirpado un año antes. En la necropsia no se encontraron metástasis del tumor operado, así como tampoco erosiones vertebrales por el aneurisma, confirmando el informe de la radiografía lumbosacra.

El examen físico demostró en el caso número 1, a su ingreso, con la complicación hemorrágica, una tumoración paraumbilical derecha con latidos, sin thrill ni soplo. En el caso 3, se apreciaba asimismo una tumoración a nivel de la región umbilical, expansiva y batiente. En los otros dos casos el examen físico del abdomen fue negativo en cuanto a la sospecha de una tumoración aneurismática.

De las investigaciones de laboratorio, además de las alteraciones correspondientes a la gran pérdida hemática, es de señalar la negatividad de las reacciones serológicas de lúes en los cuatro casos.

La radiografía simple de abdomen, se practicó en el caso número 1 en 1960, demostrando una tumoración con calcificaciones en sus paredes que orientó al diagnóstico de aneurisma. Al reingresar este caso, dos años después de habersele hecho prótesis de su aneurisma, la radiografía simple de abdomen solamente mostró marcada ateromatosis de la aorta abdominal, al igual que se apreció en radiografía de estómago-duodeno, comprobándose posteriormente en la necropsia una nueva dilatación aneuris-

inática. Los restantes tres casos no tienen radiografías simples de abdomen en el momento de su ingreso con el sangramiento; el caso 2, tiene una radiografía de columna lumbosacra donde se aprecia ningún signo de tumoración vascular, y este caso 2 y el 4, tienen informes de radiografía de estómago-duodeno en que no se hace alusión a calcificaciones de la aorta abdominal. En el caso 2 el informe radiológico de estómago-duodeno, (no las radiografías que fueron practicadas fuera del Hospital y no se pudieron obtener) reportaba desplazamiento del estómago hacia abajo y adelante, que hizo plantear en el diagnóstico diferencial, un tumor retroperitoneal y dentro de éstos, aneurisma de aorta fisurado en tractus digestivo.

En cuanto a la aortografía abdominal, se realizó en el caso número 4, tres años antes del sangramiento, ya que era portador de una arterioesclerosis muy marcada, demostrando en aquel momento, marcada aterosclerosis de la aorta abdominal y oclusión de las ilíacas externas. En el caso 1 se planteó esta investigación durante el sangramiento, no llegando a realizarse; en el caso 2, la gravedad del cuadro con los trastornos hemodinámicos impidió el realizarla, y en el caso 3, ya se conocía la presencia del aneurisma abdominal.

La intervención quirúrgica planteada en los tres casos en que se sospechó la patología, no fue posible realizarla en el caso 1, por considerar el Departamento de Cirugía, pocas posibilidades de corrección de una prótesis aneurismática con tejido cicatricial fibroso envolviéndola adherida a tractus digestivos, y en los otros dos, por no ser posible mejorar en el caso 2, los graves trastornos hemodinámicos de la hemorragia, y en el caso 3, por el estado caquético del enfermo. Consideramos que en el caso 4 ante un sangramiento digestivo

reiterado, atribuido a hernia diafragmática o úlcera duodenal, no controlado con transfusiones, debió intentarse la laparotomía exploradora, aun cuando el enfermo por su arterioesclerosis que obligó a amputación de una pierna, con accidentes cerebrales vasculares posteriores, constituía un grave riesgo quirúrgico.

CONCLUSIONES

Primero: Se presentan cuatro casos de aneurisma de aorta abdominal fisurados en tercera porción del duodeno.

Segundo: Se hace una revisión histórica y estadística de esta patología vascular, como etiología de sangramiento digestivo alto masivo.

Tercero: Se señalan los síntomas clínicos más sobresalientes: epigastralgia y dolores lumbares en casos de erosión vertebral, así como los signos físicos de tumor pulsátil y expansivo, de localización epigástrica, con thrill y soplo.

Cuarto: Se considera la radiografía simple de abdomen orientadora y en ocasiones demostrativas de la presencia de una tumoración aneurismática, siendo la aortografía abdominal el principal método de diagnóstico radiológico, encontrándose a veces desplazamientos de visceras adyacentes al aneurisma.

Quinto: Se señala que la hemorragia digestiva de esta complicación de los aneurismas abdominales, es habitualmente masiva, y puede ocasionar la muerte en el primer sangramiento, aunque puede presentarse como hemorragia de moderada intensidad, con recaídas evolutivas que en ocasiones permiten su diagnóstico y una terapéutica quirúrgica reparadora.

Se concluye que, en sangramientos digestivos masivos, altos, con hema-

temesis, melena y enterorragias, en enfermos entre las sexta y séptima década de la vida, más frecuentemente en el sexo masculino, aunque no se encuentren signos físicos de aneurisma abdominal, ésta es una posibilidad diagnóstica a valorar.

SUMMARY

Four cases of abdominal aortic aneurysm with rupture of the third duodenal portion are presented.

A historical and statistical review of this vascular pathology is made as an etiology of a high massive digestive bleeding.

The more important clinical symptoms are: epigastric pain or lumbar pains in vertebral erosion, also the physical signs of a palpable pulsatile abdominal mass with hum and thrill.

An X-ray of the abdomen is always necessary to demonstrate an aneurysmal tumor or the aortography who is the best method of diagnosis and let us see any compression of the adjacent structures.

The bleeding of the abdominal aortic aneurysm is usually massive and death must occur. Sometimes the bleeding is moderated, with recurrences, so a diagnosis can be made, and a surgical technique must be applied.

Conclusions are made regarding that a high massive digestive bleeding with hematemesis, melaena and enterorrhagia, ages ranged from 60 to 80 years old and more frequently between males, the abdominal aortic aneurysm must always be on diagnostic conclusions.

RESUME

On y présente quatre cas d'anévrisme de Taorte abdominale avec rupture en la troisième portion du duodénum.

On y fait une révision historique et statistique de cette pathologie vasculaire comme l'étiologie d'une hémorragie digestive haute massive.

On y signale les symptômes cliniques plus remarquables: épigastralgie et douleurs lombaires en les cas d'érosion vertébrales, les signes physiques de tumeur pulsatile et expansif de localisation épigastrique avec "thrill" et souffle.

On considère comme une orientation la radiographie simple de l'abdomen et quelques fois elle indique la présence d'une tumeur anévrysmathique.

La méthode principale pour le diagnostic radiologique c'est l'aortographie abdominale. On y trouve quelques fois des déplacements de viscères adjacents à l'anévrisme.

On y signale que l'hémorragie digestive, avec ses complications des anévrysmes abdominaux, est généralement massive, et la première hémorragie peut produire la mort.

Elle peut se présenter comme une hémorragie modérée avec des rechutes évolutives que quelques fois nous permettent faire un diagnostic et une thérapeutique chirurgicale réparative.

On ne trouve pas des signes physiques d'anévrisme abdominal mais voilà une possibilité de diagnostic; les hémorragies digestives massives hautes avec hématemèse, melaena, entérorragie, etc., occurent en patients (presque tous hommes) entre 60 et 70 ans.

BIBLIOGRAFIA

1. *Salmón, M.*: Anévrysme de l'aorte ventrale. Mort par rupture de la poche artérielle dans le duodenum. Bull. Soc. anat. 18/283, 1843.
2. —*Skromak, S. J., and O'Neill, J. F.* at col.: Aneurysm of the abdominal aorta. Gastroenterology, 33: 575, 1957.
3. —*Hirst, A. E., Jr. M. D., and Affeldt, J. A. M. D.*: Abdominal aortic aneurysm with rupture into the duodenum. Gastroenterology, 17: 504, 1951.
4. —*Muendel, H. J., and Pilpel, M.*: Rupture of aortic aneurysm with duodenal hemorrhage. J. M. Soc. New Jersey, 51: 280, 1954.
5. —*Abranson, P. D., and Jameson, J. B.*: Rupture of iliac aneurysm into duodenum, an unusual cause of upper gastrointestinal hemorrhage. A. M. A. Arch. Surg. 71: 658, 1955.
6. —*Tessarolo, N., and Bancheri, S.*: Rottura di aneurisma aortico nel duodeno. Friuli med., 11: 463, 1956.
- I. —*Brekke, V. G.*: Rupture of aortic aneurysm into the duodenum. Harper Hosp. Bull., 14: 194, 1956.
8. —*Roll, J. F. A. and Caudell, W. B.*: Rupture of abdominal aortic aneurysm into the duodenum; a report of two cases. A.M.A. Arch. Surg. 9. —*Garzón, L. F., M. D.; Wilson, J. S., M. D. and Gunter, J. U., M. D.*: Aneurysm with double rupture into the digestive tract. Gastroenterology, 34: 509, 1958.
10. —*Ghosh, H.*: Tuberculous lymphadenitis; report of a case with perforation of the aorta into the duodenum. Am. J. Clin. Path., 24: 1044, 1954.
11. —*Rothfeld, B., Garey, J. L., and Twining, R. H.*: Tuberculous abscess invading aorta and duodenum with fatal gastrointestinal hemorrhage. Gastroenterology, 30: 958, 1956.
12. —*Kampmeir, R. H.*: Aneurysm of the aorta abdominal. Am. J. M. Sc., 192; 97, 1936.
13. —*Estes, E. J.*: Abdominal aortic aneurysms. Circulation, 2: 258, 1950.
14. —*Hirsthotvitz, B. I.; and Bagg, L.*: Aneurysm of the abdominal aorta with a report of four unusual cases. Gastroenterology 18: 361, 1951.
15. —*Dickinson, W. L.*: Aneurysm of abdominal aorta compressing common bile duct and rupturing into duodenum. Tr. Path. Soc. Londo, 42: 77, 1891.