

Servicios de Medicina Interna y Anatomía Patológica. Residencia Sanitaria General Yagüe. Burgos.

ROTURA INTRAPULMONAR EN UN ANEURISMA ATEROESCLEROTICO

J. L. Viejo Bañuelos *, M. J. Coma del Corral **, F. Gallo Marín *, A. Velasco Oses ** y J. R. Martínez Iglesias *.

Introducción

Dentro de las lesiones ateroscleróticas que afectan a la aorta, la perforación de un aneurisma disecante es un accidente relativamente frecuente, especialmente los producidos en la aorta abdominal. Por regla general, la perforación de la pared del vaso produce una hemorragia súbita y copiosa, casi siempre mortal. En la autopsia se comprueba un gran hematoma que ocupa los tejidos blandos del mediastino o retroperitoneo. Es verdaderamente excepcional que la sintomatología previa sea de tipo «pulmonar». Por este motivo, presentamos un caso clínico y necrópsico en el que la perforación de la aorta torácica, produjo hemoptisis repetidas debido a hallarse la aorta torácica en unión con la pleura y parénquima pulmonar, posiblemente a causa de un aneurisma previo que hizo protusión en el pulmón.

Observación clínica

Varón de 80 años, que ingresa de urgencia en nuestro Servicio por presentar bruscamente hemoptisis masiva acompañada de tos, y sin otra sintomatología llamativa. Ocho días antes de su ingreso, tuvo otro episodio semejante que había cedido espontáneamente. Entre sus antecedentes personales, destacaba una Brucelosis padecida dos años antes. Era bebedor y fumador habitual moderado. No existía una historia de enfermedad inmediata previa, ni había tenido tos, expectoración, disnea o fiebre.

Durante su breve estancia hospitalaria presentó otros episodios de hemoptisis. Estas eran de cantidad aproximada de 100 a 200 c.c. y no se acom-

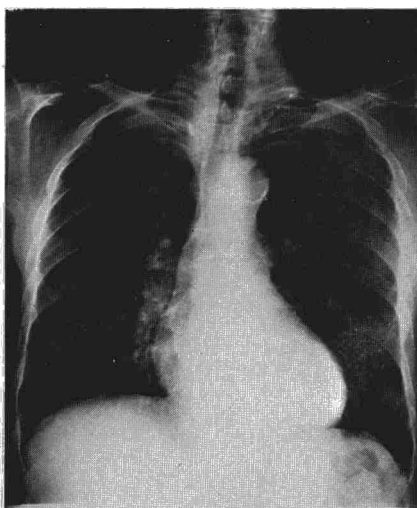


Fig. 1. Radiografía de frente de tórax considerada como normal para la edad del paciente.

pañaban de moco bronquial. En la analítica sistemática solamente destacaba una anemia normocrómica, siendo normales el resto de los datos analíticos.

El examen radiológico (figs. 1 y 2) mostraba normalidad en la radiografía P.A. de tórax, con lesiones propias de la edad del paciente y sin otras alteraciones. En la radiografía lateral, pueden observarse borramiento de la silueta de la aorta torácica en su parte más inferior, donde se aprecia la existencia de una imagen densa pulmonar en contacto con la aorta descendente.

Durante sus episodios hemorrágicos, se practicaron dos broncoscopias, observándose a nivel de los bronquios basales izquierdos abundante contenido hemático, no objetivándose lesiones inflamatorias ni neoforativas. El continuo sangrado impidió una detallada revisión de los bronquios basales, sin poder por tanto determinar con precisión el origen de la hemorragia, que sólo pudo ser establecida como procedente de los bronquios basales izquierdos.

A los 5 días de su ingreso, y sin haber podido

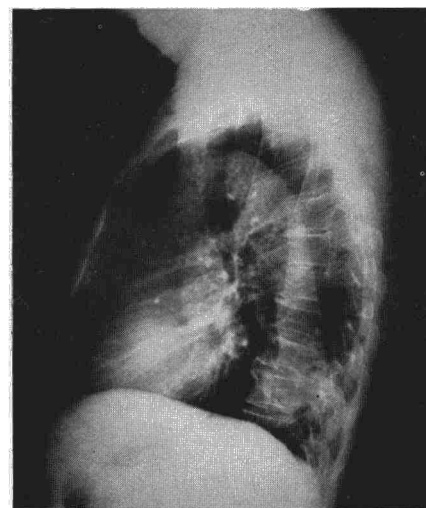


Fig. 2. Radiografía lateral de tórax donde se aprecia borramiento de la silueta de aorta descendente e imagen dura pulmonar basal.

aun etiquetar su afección, el paciente sufrió una hemoptisis copiosa, de más de 600 c.c. a consecuencia de la cual falleció en parada cardiorrespiratoria. La radiología, en un nuevo estudio anterior a su fallecimiento, fue similar a la obtenida en su ingreso y que ya hemos comentado.

Examen necrópsico

En el curso de la autopsia, se puso de manifiesto la existencia de una perforación de la aorta descendente torácica, que comunicaba con el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, a través de un orificio circular de 1,5 cm. de diámetro, existiendo además un pequeño trombo adherido a la pared orificial. Los bordes del mismo, estaban íntimamente unidos a la pleura y parénquima pulmonar del lóbulo inferior izquierdo a nivel de la cara mediastínica (fig. 3).

En ambos pulmones, existía una importante hemorragia que era muy intensa a nivel del lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Además, la pleura visceral de la cara diafragmática de este lóbulo, estaba distendida y tensa, y existía una fisura que

* Servicio de Medicina Interna
** Servicio de Anatomía Patológica

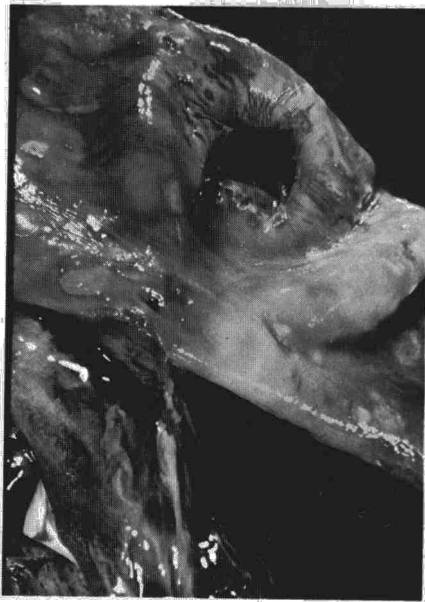


Fig. 3. Orificio en la aorta torácica. Observarse los bordes del mismo con un pequeño trombo y la aterosclerosis en la pared de la aorta.

había producido un hemotórax izquierdo de unos 1.100 c.c. En el mediastino no había hematoma ni restos de sangre.

El resto de la aorta, presentaba numerosas placas de ateroma en todo su trayecto, siendo más intensas a nivel abdominal. Muchas de ellas estaban calcificadas y ulceradas. Además de la aorta, todas las arterias de mediano calibre estaban afectadas por la aterosclerosis.

En la arteria renal izquierda, existía una placa concéntrica que reducía notablemente la luz del vaso, y que había ocasionado varios infartos renales. Las arterias pulmonares de gran calibre también mostraban pequeñas placas de ateroma. Además, se comprobó una discreta hipertrofia ventricular izquierda (espesor del ventrículo izquierdo: 1,8 cm.).

Otros hallazgos necrópsicos fueron: litiasis vesical, hiperplasia adenomiomatosa de próstata, y

dos divertículos en la segunda porción del duodeno. Posteriormente, en el estudio histológico, se observaron granulomas en hígado y bazo en relación con la brucelosis padecida con anterioridad.

En los cortes histológicos tomados de la aorta, se observó discontinuidad de las capas de la aorta, existiendo en las proximidades de la zona, engrosamiento de la íntima con un trombo antiguo parcialmente organizado, degeneración de las láminas elásticas con depósito de cristales de colesterol y una discreta infiltración inflamatoria de la serosa, que se fusiona con la pleura visceral y tejido pulmonar adyacente. La infiltración estaba formada por linfocitos y células plasmáticas, observándose también alguna célula gigante con cristales de colesterol (fig. 4). No existía inflamación a nivel de la capa media ni en la íntima en ningún área de la pared de la aorta, por lo que pudo descartarse cualquier tipo de aortitis. Tampoco se observó en ningún otro vaso lesiones inflamatorias.

Discusión

En el estudio endoscópico de las hemorragias bronquiales, puede ser útil el examen precoz, incluso en el mismo tiempo en que el paciente presenta la hemoptisis, pues ello permite localizar con cierta facilidad el origen de la hemorragia. Sin embargo, ocurre con frecuencia que el diagnóstico etiológico puede ser precisado mejor cuando la hemorragia ha cesado¹. En este sentido la utilidad de la endoscopia en la hemoptisis, radica en determinar el origen de la hemorragia, ayudar a precisar el diagnóstico etiológico y en su valor terapéutico en la extracción de coágulos retenidos.

Durante el examen bronquial, puede ser de utilidad el lavado repetido con suero salino frío² o bien el taponamiento local, mediante la aplicación directa del broncofibroscopio, o bien por medio del cateter de Fogarty³.

Estas técnicas y un detenido examen, hacen que la fibroscopia sea de

gran utilidad en el diagnóstico etiológico y tratamiento de las hemorragias bronquiales⁴

Sin embargo, cuando se trata de una hemorragia activa, la posibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza disminuye considerablemente. Algunos autores¹ dan cifras del 28 % de diagnósticos, aunque consiguen localizar el origen del sangrado en un 82 % de las ocasiones. Ello, supone que existe gran dificultad en lesiones poco accesibles o situadas en bronquios de pequeño calibre, a la hora de etiquetar la etiología. Esta, con más frecuencia suele ser: bronquitis, bronquiectasias, neoplasias, tuberculosis o procesos inflamatorios diversos.

Siendo rara la presentación de aneurismas aórticos, la presencia de hemorragia bronquial, no permitió en este caso más que una localización de la zona de hemorragia, el lóbulo inferior izquierdo, sin conseguir un diagnóstico válido.

La existencia de una perforación de la pared aórtica a nivel torácico, obliga a plantear un diagnóstico diferencial con la mesoarteritis luética, máxime cuando también existían lesiones aórticas en la porción ascendente, e hipertrofia cardíaca. (Sandritter y Thomas⁵). Sin embargo, las lesiones ateroscleróticas eran patentes, más intensas en la pared abdominal de la aorta, y en el estudio microscópico no se objetivaron las lesiones inflamatorias características de la sífilis. La infiltración inflamatoria observada en las paredes del orificio, pueden ser atribuidas a la aterosclerosis, ya que se localizaban exclusivamente a nivel de la adventicia. (Ackerman y Rosay⁶).

Macrocópicamente no se apreció formación aneurismática, como si ésta estuviera limitada exclusivamente a la zona perforada, de pequeño diámetro y localizada, haciendo protusión en el lóbulo inferior izquierdo, por donde cedió al romperse. Cabe suponer que la rotura fue pequeña al principio, originando las hemoptisis, y produciéndose pequeños trombos en la pared del vaso, en un intento de repararla.

Los aneurismas secundarios a aterosclerosis son más frecuentes en la aorta abdominal⁶. Por lo general los pacientes tienen un pronóstico muy sombrío. Kampmeier⁷ con una amplia estadística, calcula las perspectivas de supervivencia en 6 a 8 meses desde la aparición de los primeros síntomas. Sin embargo, la mayoría de los aneurismas de origen aterosclerótico carecen de sintomatología clínica, tal vez por las características de la lesión: degeneración de la capa media con fragmenta-

Fig. 4. Pared aórtica ateromatosa en la zona de erosión. Coágulo central. 10 x H.E.





ción de las láminas elásticas y desestructuración de las fibras musculares y de colágena. Esto disminuye considerablemente la elasticidad de la aorta y por tanto la capacidad para ser distendida, con lo que muchas veces cursa de manera silente hasta la perforación.

Como en este caso, los aneurismas ateroscleróticos se rompen aun siendo muy pequeños, como resultado de la penetración de la media por ulceración de las placas ateromatosas necróticas⁸. La consecuencia inmediata es la hemorragia aguda que con frecuencia termina con la vida del paciente.

Resumen

Se presenta una observación clínica de rotura intrapulmonar de un aneurisma aterosclerótico. Tras analizar

las circunstancias de aparición, se comenta el estudio necrópsico.

Examinadas las posibilidades de actuación ante una hemorragia bronquial, se comenta la rareza de esta presentación en el curso de una aterosclerosis.

Summary

INTRAPULMONARY RUPTURE OF AN ATHEROSCLEROTIC ANEURYSM.

The authors present the clinical observation of intrapulmonary rupture of an atherosclerotic aneurysm. After analyzing the circumstances surrounding its appearance, they comment on the necroscopic study.

After examining the possibilities of action when faced with bronchial hemorrhage, they comment on the rarity of this presentation during the course of an atherosclerosis.

BIBLIOGRAFIA

1. PUZO, M. C., CASTELLA, J., GRANENA, P. y RODRIGUEZ ARIAS, J. M.: La broncofibroscopia en la hemoptisis. *Arch. Bronconeumol.*, 13: 182, 1977.
2. SAHEBJAM, H.: Iced saline lavage during bronchoscopy. *Chest*, 69: 131, 1976.
3. SAW, E. C.: Flexible fiberoptic bronchoscopy and endotracheal tamponade in the massive hemoptysis. *Chest*, 70: 589, 1976.
4. PUZO, M. C., MARIN, L., CASTELLA, J. y CORNUDELLA, R.: Hemorragia broncopulmonar. Control endoscópico. *Arch. Bronconeumol.*, 15: 15, 1979.
5. SANDRITTER, W. y THOMAS, C.: Makropathologie. Lehrbuch und Atlas für Studierende und Ärzte. Ed. F. K. Chatterner Verlag GmbH, Stuttgart, 1971.
6. ACKERMAN, L. V. y ROSAY, J.: Surgical pathology, p. 1188. 5.^a Edición Mosby Company, St. Louis, 1974.
7. KAMPMEIER, R. H.: Sacular aneurysm of the thoracic aorta: a clinical study of 633 cases. *Ann. Inter. Med.*, 12: 624, 1938.
8. ANDERSON, J. R.: Muir textbook of pathology. Edward Arnold. Londres, 1977.