

31-10-1948

ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA

Dr. Enrique Juncadella

EL aneurisma disecante de la aorta constituye una lesión no muy frecuente. De 11.131 autopsias practicadas en el transcurso de 20 años en el Hospital Cincinati, se encontraron 24 casos. En el Hospital de Massachusetts hallaron 17 casos en 10 años. Se acepta en general como patogenia la preexistencia de lesiones en la capa media de la aorta. Más exactamente, éstas constituirían la primera fase, durante la cual comenzaría la disección en la capa media. Posteriormente se produciría la rotura que pondría en comunicación la luz de la aorta con la cavidad producto de la disección. En este momento irrumpiría en el interior de esta última, la sangre de la aorta, lo que contribuiría a amplificar en gran manera la disección.

En la Clínica tenemos dos casos muy típicos de aneurisma disecante, comprobados en la mesa de autopsias, y que vamos a resumir.

Primer caso: J. R. Mujer de 40 años, soltera. A los 23 años presenta alteraciones endócrinas, con amenorrea y obesidad. A los 29 años, hemianopsia bitemporal progresiva, juntamente con cefalalgias intensas. Por esta época fué intervenida, al parecer por tumoración intracraneal. Fué seguida de radioterapia, regresando las molestias a la normalidad. Un año después, nuevas sesiones de radioterapia, por repetir las molestias. Posteriormente se encontró bien hasta la actualidad, salvo algunas cefalalgias que remitían con calmantes.

Unos cuatro meses antes del ingreso en la Clínica, sufrió un fuerte golpe en región anterior del tórax por una lanzadera que escapó del telar donde trabajaba. A los tres meses de este accidente empezó a notar dolores que comenzaron de modo súbito por todo el cuerpo, que casi le impedían la respiración y le obligaban a flexionarse. Duró este estado unas dos horas, repitiendo a las tres horas con igual intensidad y duración, e igualmente otra vez en la misma forma. Quedaron luego fuertes dolores en parte posterior del hemitórax izquierdo y región precordial. A los ocho días nota dolor en región lumbar izquierda.

A su ingreso en la Clínica persistían estos dolores. La radiografía mostraba un enorme ensanchamiento de la aorta formando a modo de lobulaciones en lado izquierdo.

Apareció disnea y tos cada vez más intensas y anemia, comprobándose un hemotórax.

En la autopsia hallamos un aneurisma disecante de la aorta, con dos lobulaciones del tamaño de una mandarina y una naranja comunicándose entre sí y con la aorta por un orificio romboidal de bordes netos, y llenas de

trombos gruesos. La disección continúa a lo largo de la aorta hasta la bifurcación, formándole un manguito casi completo. La cavidad aneurismática estaba adherida al pulmón y perforada en pleura. El examen histológico muestra que la disección se ha hecho en el espesor de la capa media de la aorta y en algunos sitios se ha formado un falso endotelio por la proliferación de células conjuntivas.

Segundo caso: M. P. Mujer, de 56 años. Casada, con 10 hijos. Hipertensa (20-12'5), con disnea paroxística nocturna y dolor opresivo en plano anterior del tórax, resistente a los sedantes y a la trinitrina. Además presentaba disnea, edemas ligeros, hepatomegalia, yugulares visibles. Punta en sexto espacio algo por fuera línea mamilar. Radiológicamente la aorta estaba ensanchada y muy deforme. La enferma mejora y es dada de alta.

Al año reingresa de urgencia por un gran dolor angustioso que le impide hablar con desahogo. El dolor se ha presentado de forma súbita, localizado en epigastrio y atravesando de delante atrás. Se acompaña de sudor frío y vómitos. Al día siguiente fallece.

En la necropsia, a nivel del comienzo de la aorta descendente, aparece un aneurisma disecante del tamaño de un huevo de paloma lleno de coágulos. La íntima se desgarró con facilidad y en ella se aprecian placas de ateroma, algunas ulceradas. Una de estas ulceraciones parece ser la base del desgarró de la pared arterial.

6-11-1948

TUBERCULOSIS INTESTINAL

Dr. Francisco Broggi

EL intestino puede ser el asiento de la primoinfección tuberculosa o puede tuberculizarse después de haberse manifestado lesiones específicas en otros órganos. Los casos ciertos de la primera eventualidad se refieren en su inmensa mayoría a niños y son, de todos modos, muchísimo menos frecuentes que los casos de infección secundaria. Esta suele realizarse por vía endodigestiva, mediante la deglución de los propios esputos, pero es indudable la posibilidad, y según algunos autores la frecuencia, de la vía hematógena.

Las estadísticas de la frecuencia de la tuberculosis intestinal, basadas en datos necrósicos, oscilan entre el 50 y el 80 % de los enfermos fallecidos de tuberculosis pulmonar. Las que se basan en los datos clínico-radiológicos varían según las formas clínicas predominantes en el grupo estudiado. En los casos iniciales de tuberculosis pulmonar ya se observan de un 5 a un 8 % de lesiones intestinales, aumentando mucho la frecuencia en las formas moderadamente avanzadas y avanzadas.