

EXTRACTOS

ULCERA DE MARTORELL (Ulcère de Martorell). **F. B. Cockett.** «Phlébologie», año 36, n.º 4, pág. 363; **octubre-diciembre 1983.**

Descrita por FERNANDO MARTORELL en 1945, se trata de una úlcera aguda de la pierna, aparecida en personas mayores e hipertensas, localizadas en la cara posterior o anterolateral del tobillo, a menudo bilateral.

Clínica. Son úlceras muy dolorosas, de características clínicas y evolutivas distintas de otras úlceras, bastante raras pero singulares. Su extensión y gravedad son muy variables.

Se presenta un caso.

Su localización característica se explica en parte por la distribución arterial del tobillo, que sólo recibe aporte sanguíneo a través de pequeñas perforantes esparcidas por territorios cutáneos limitados y procedentes de la arteria peronea. La oclusión de dos o tres de dichas perforantes puede ocasionar con facilidad una lesión isquémica.

En las mujeres este defecto anatómico conduce a la eritrocianosis frígida o a la asfixia simétrica que comprende exactamente la misma zona del tobillo.

MARTORELL sostiene haber observado una necrosis debida a hipertensión arteriolar en los bordes de la úlcera.

Comentario.

Los principales signos clínicos de la Úlcera de Martorell son:

- a) El enfermo es mayor (60 a 75 años), hipertenso, en ambos sexos.
- b) La úlcera se localiza en la parte posterior o ántero-externa del tobillo.
- c) Su evolución es aguda: enrojecimiento, dolor, necrosis, en cuatro o cinco días.
- d) Es bilateral en el 50 % de los casos.
- e) El dolor es el signo principal, de calidad isquémica, más intenso de noche, mejorando en ortostatismo o caminando.
- f) Los pulsos están presentes y los pies calientes.
- g) La arteriografía no muestra obstrucción alguna de la vía troncular, aunque a veces se observan irregularidades.
- h) En el diagnóstico diferencial se confunden a veces con las úlceras varicosas o la gangrena y se amputa.

Bajo el punto de vista terapéutico lo más importante es la paciencia, ya que a veces tardan de cuatro a ocho meses en curar.

Se preconiza el siguiente tratamiento: Controlar la infección con eritro-

micina durante dichos meses. Practicar la exéresis de los tejidos necróticos hasta la aponeurosis profunda, lo que alivia de modo considerable el dolor, y una ligera cura. Injerto cutáneo muy fino tras la aparición del tejido de granulación, con un 50 % de éxitos. La simpatectomía es útil si la aparición del tejido de granulación se retrasa. Más injertos cutáneos, si son precisos. Tratamiento ambulatorio, si es posible, para excitar el flujo sanguíneo. Curas ligeras, no grasas ni oclusivas.

Sigue una Discusión del tema.

ANEURISMAS EXTRACRANEALES DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA (Extracranial internal carotid artery aneurysms). **Bahram Mokri, David G. Piepgras, Thoralf M. Sundt y Bruce W. Pearson.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 57, núms. 5/6, pág. 310; mayo 1982.

Los aneurismas extracraneales de la carótida interna son raros. La mayoría de los que afectan a la carótida común suelen ser traumáticos; la mayoría de los no traumáticos afectan a la carótida interna. Los bilaterales suelen ser de origen aterosclerótico.

Se presentan 6 casos. El primero corresponde a un ejemplo de aneurisma discante postraumático debido a una lesión de la región anterolateral del cuello, iniciando los síntomas neurológicos cuando los trombos del saco producen embolias. El segundo corresponde a otro caso de aneurisma discante probablemente postraumático en relación a una lesión sufrida siete años antes. Las crisis focales y la hemiparesia residual manifestadas cabe atribuir las a isquemia cerebral y el infarto resultante de émbolos salidos del aneurisma. El tercero se debe, presumiblemente, a una displasia fibromuscular que, a la vez que el «loop» del vaso, predispuso en la carótica a la formación del aneurisma. Este paciente tenía además un pequeño aneurisma en el origen de la arteria oftálmica derecha. En el cuarto caso, que no se operó, la presencia de hipertensión y de un aneurisma de aorta abdominal sugiere que el aneurisma de la carótida interna fuera debido a arteriosclerosis, si bien la historia de traumatismo orofaríngeo, muchos años antes, pueda hacer sospechar la posibilidad de una causa traumática. El quinto caso corresponde a un aneurisma extracraneal bilateral de origen arteriosclerótico. Los síntomas de isquemia cerebral llevaron a una angiografía que demostró los aneurismas, que fueron en aumento con los años en cuanto al tamaño. La actuación quirúrgica precoz habría sido más fácil y sin daño para los nervios craneales, lo mismo que se habría evitado una intensa disfagia con consiguiente gastrostomía. El sexto representa otro ejemplo de aneurisma aterosclerótico espontáneo de la carótida interna extracraneal, cuya forma de presentación (embolización retiniana calcificada) es única entre los casos reportados de tal alteración.

Discusión. Los síntomas de los aneurismas extracraneales de la carótida interna dependen de su localización y tamaño. Los de pequeño calibre pueden quedar asintomáticos; en cambio, los de tamaño habitual aparecen como una masa externa, en la región cervical cerca del ángulo maxilar, o interna, en la

pared lateral faríngea, y en la fosa tonsilar, dolorosa o no, pulsátil o no y a veces con soplo. Muchos enfermos notan el soplo en el oído y otros describen una sensación de pulsabilidad en un lado de la garganta u oreja. La protrusión contra la pared faríngea puede ocasionar disfagia por compresión sobre los nervios, de los músculos faríngeos y lengua. Algunos de éstos han sido confundidos con abscesos tonsilares y, si se puncionan, se produce una hemorragia catastrófica. En raras ocasiones se produce epistaxis o bien otophemorragias. A veces se observa dolor de cabeza homolateral, intenso y persistente; y otras, parálisis oculosimpáticas.

Desde el progreso de la angiografía el diagnóstico de estos aneurismas no precisa de la manifestación de la masa prominente, resaltándose los datos neurológicos (síntoma de isquemia cerebral en forma de crisis transitorias de isquemia o ictus, relacionados con fragmentos de trombos desprendidos y embolizados, como en el caso primero). De los 6 casos presentados sólo el cuarto acudió por la tumoración manifiesta; los restantes, por síntomas isquémicos.

Dos tipos morfológicos aparecen: saculares y fusiformes. Los últimos son los más comunes. La mayoría localizados en la bifurcación carotídea. Las dilataciones saculares suelen producirse, aunque no siempre, en el sector medio de la carótida interna cervical (como en nuestros casos 3, 4, 5 y 6).

La infección, en especial sífilis, e inflamación de la pared arterial por contagio de vecindad eran las causas más frecuentes de estos aneurismas; también los traumatismos, si bien solían ser falsos aneurismas o arteriovenosos. Si su aparición es espontánea a menudo son arterioscleróticas. En otros casos espontáneos se producen por necrosis quística, displasia fibromuscular y muy rara vez por síndrome de Marfan, pseudoxantoma elasticum y poliarteritis nodosa. Alguna vez, por trastorno congénito. No rara vez se produce calcificación en ellos. La formación de trombos y su embolización es otra posibilidad.

La historia natural de estos aneurismas es similar a los del resto del cuerpo. El tratamiento conservador produce una mortalidad del 71 % (WINSLOW), mientras que su ligadura sólo el 30 %. No tratados producen una serie de complicaciones, incluida su ruptura y hemorragias nasales, por el oído, lengua; a veces disfagia, estridor, parálisis nerviosas u oculosimpáticas; la embolización produce isquemia cerebral transitoria o ictus. Así, pues, la resección del aneurisma, si es posible, parece ser el tratamiento de elección.

Dada la frecuente tortuosidad de la carótida interna, en especial si se asocia a un aneurisma en la región cervical, es posible a menudo practicar una anastomosis término-terminal tras la resección. Si ello no es posible, se anastomosa a la carótida externa o bien se practica un injerto de safena o protésico. La intervención debe efectuarse bajo control electroencefalográfico. Puede emplearse hipotermia o «shunts» protectores. De igual modo es muy útil la Xenon-medida de la circulación cerebral.

Nuestros casos 1, 2, 4 y 5 necesitaron un injerto de safena.

SÍNDROME OCLUSIVO DE LA VENA CAVA SUPERIOR. PUENTE ENTRE LA VENA INNOMINADA Y LA AURÍCULA DERECHA. Jorge C. Trainini, Renato Auricchio, Horacio A. del Bagno, Vicente Federico y Mario W. Acrich. «La Prensa Médica Argentina», vol. 69, n.º 12, pág. 496; 27 agosto 1982.

Por lo general, el Síndrome de la Vena Cava Superior no es tributario de cirugía, dado que en su mayoría está ocasionado por neoplasias. No obstante, LOCHRIDGE y cols. son en la actualidad más quirúrgicos, ya que aducen que tratados quirúrgicamente el promedio de vida de los neoplásicos se alarga 1-4 meses.

Desde la descripción inicial del cuadro clínico por W. HUNTER, en 1957 (aneurisma sacular de aorta), los tumores malignos alcanzan el 97 % de los casos, siendo el primero descrito un tumor de pulmón (BARTH, 1853).

Vamos a relatar un caso en el que se empleó un material hasta ahora no usado: un «by-pass» entre el tronco innominado venoso izquierdo y la aurícula derecha con Gore-tex.

Observación personal. M. G., varón, 48 años. Artritis reumatoide desde los 38 años, tratada con corticoides.

Dos meses antes de su ingreso, edema en esclavina, alteración de la deglución, cianosis supraclavicular, exoftalmia y alteraciones de la fonación. Ingresó el 20-X-80.

Gran edema de los miembros superiores y cervical, ingurgitación yugular, circulación colateral pronunciada en tórax. A rayos X, mediastino superior ensanchado. Tomografía computada con inyección de contraste: masa tumoral situada en lado derecho inferior de la tráquea desde parte baja del cuello a alta del tórax. Angiograma venoso: oclusión a nivel de la axilar derecha con circulación colateral; tronco venoso braquiodefálico izquierdo con trombos en su interior.

Ante la progresión del cuadro clínico se decide intervenir. Diagnóstico: trombosis de la cava superior por compresión tumoral.

Operación (4-XI-80): Esternotomía mediana. Disección del tronco innominado, ocupado en su interior. Apertura del pericardio. Tumoración que engloba la cava superior. Heparinización general. Flebotomía longitudinal del tronco venoso innominado, extrayendo un trombo organizado adherido íntimamente a la pared. Se pasa el Fogarty hasta obtener buen flujo. Anastomosis terminolateral de prótesis de Gore-tex de 100 mm de diámetro a tronco venoso braquicefálico (prolene 5-0). Clampeo de apéndice auricular derecho. Anastomosis del Gore-tex a la aurícula derecha. Protamina. Cierre, dejando pericardio abierto y drenaje bajo agua.

En postoperatorio, reversión rápida de los síntomas y del edema. Alta a los 10 días. Anatomía patológica: carcinoma cilíndrico. Radioterapia y onco-terapia. Hasta el momento sigue bien.

Discusión. La intervención quirúrgica en el síndrome oclusivo de la cava superior no ha sido muy popular por una serie de inconvenientes, el mayor su etiología maligna.

Desde que en 1917 SKILLEN preconizara el tratamiento quirúrgico, muchos han sido los intentos, utilizando la ácigos y la aurícula derecha y la yugular. En España, SOBREGRAU, en 1962, realizaba un «by-pass» del tronco venoso braquiocefálico izquierdo a aurícula derecha. TEMPLETON ejecuta dos desobstrucciones venosas que denomina endovenectomías. En 1977, AVASTHI y cols. presentan 4 casos en que se colocó dacron entre tronco braquicefálico izquierdo y aurícula derecha.

La esternotomía mediana es una buena vía de abordaje que permite resolver con rapidez las hemorragias que se suelen producir por hipertensión venosa en estos enfermos, a la vez que deja un buen campo visual de los elementos a trabajar.

La elección del material a emplear ha sido múltiple, con sus inconvenientes. SOYER y cols. introducen, en 1972, el politetrafluoroetileno (Gore-tex), obteniendo una permeabilidad del 89 %, como sustituto de la vena cava inferior e ilíacas, siendo FUJIWARA y cols., en 1974, quienes lo utilizan como sustituto de la cava superior en perros, con una permeabilidad del 78 %.

Conclusiones. Aunque no podemos sacar conclusiones definitivas, cabe resaltar: 1.º, que los pacientes con síndrome oclusivo de la cava superior pueden beneficiarse de la cirugía, con resultados mejores que con la radioterapia y tratamiento médico, naturalmente en los casos como el que presentamos; 2.º, el puente del tronco venoso braquiocefálico izquierdo al apéndice auricular derecho es un recurso relativamente sencillo de efectuar y de buena efectividad, siempre que se cuente con un material de injerto adecuado, y 3.º, el politetrafluoroetileno (Gore-tex) nos ha dado excelente resultado en nuestro paciente.