

# Extractos

**INFLAMACION VENOSA AGUDA. TRATAMIENTO CON ULTRASONIDO** (Trabajo de Laboratorio experimental).—**F. Kira, E. Medina, A. D. Levy y A. Reynosó.** *Revista Panamericana de Flebología y Linfología*, Año 2, n.º 3, pág. 10; **septiembre 1992.**

Siguiendo diferentes líneas de investigación, en este trabajo hemos tratado de evidenciar la acción del ultrasonido en el tratamiento de las inflamaciones agudas de las venas.

Con la colaboración de profesionales especializados, se trabajó sobre coágulos de sangre humana a los que se aplicó ultrasonidos y se comparó con una muestra testigo. Se analizaron las diferencias.

Se trabajó también con animales de laboratorio (Conejos) a los que se les provocó flebitis en ambas orejas. En una de las orejas alteradas se aplicó ultrasonido. El examen visual y el estudio microscópico comparativo con la oreja contralateral (testigo) dio como resultado una evidente diferencia de la oreja tratada, donde el proceso disminuyó de manera notoria en relación a la oreja que se mantuvo con su evolución natural.

**Conclusión:** Este trabajo de investigación confirma que el Ultrasonido actúa de manera positiva en todos los tejidos afectados por la flebitis, por lo que cabe considerarlo como válido, solo o como complemento, en el tratamiento de dicha patología. Su acción es: a) sobre los

tejidos perivenosos, disminuyendo la inflamación hística, b) sobre la pared venosa, mejorando las alteraciones producidas por la inflamación, y c) sobre el trombo, facilitando su desintegración.

**ABORDAJE RETROPERITONEAL EN LAS LESIONES AÓRTICAS INFRADIAFRAGMÁTICAS. INDICACIONES Y RESULTADOS.**—**M. M. Doblas, D. S. Baumann, B. T. Allen, C. B. Anderson y G. A. Sicard.** «Archivos de Cirugía Vascul», vol. 1, n.º 2, pág. 59; **abril 1992.**

Tras una serie de consideraciones, tanto históricas como sobre los estudios comparativos publicados señalando las ventajas del abordaje retroperitoneal en las lesiones aórticas infradiafragmáticas, los autores llegan a las siguientes conclusiones.

Con tal procedimiento se consigue una menor estancia en Hospital, menor duración del ileo paralítico y mejor recuperación pulmonar, con una mortalidad igual.

En la actualidad, entre las incisiones utilizadas, se emplea la incisión oblicua izquierda de **Helsby y Willikens**, que es una incisión anterior indicada para el tratamiento de las lesiones ilíacas unilaterales o aortoilíacas infrarrenales, o bien la de **Williams y Sicard**, que es posterolateral y permite una extensa exposición de la aorta, con acceso a los espacios infra, yuxta o suprarrenal.

Las indicaciones para el abordaje retroperitoneal son el tratamiento de las lesiones ilíacas unilaterales, los procedimientos aórticos que estén absolutamente contraindicados por vía anterior y —en nuestra institución—, en función de los buenos resultados y de la notable experiencia de este tipo de abordaje retroperitoneal, en casos seleccionados de intervenciones aórticas y/o renales y viscerales. Está reconocido que este tipo de abordaje debe figurar entre las técnicas habituales de Cirugía Vascul y que necesita un tiempo de aprendizaje para conocer todos los recursos y problemas de esta vía. La patología aortoilíaca no compleja es un área excelente para adquirir destreza quirúrgica y familiarizarse con el abordaje retroperitoneal.

Sus indicaciones actuales están relacionadas con diferentes factores anatómicos y técnicos en el tratamiento quirúrgico de las lesiones aórticas infrarrenales. Se considera un excelente abordaje en las lesiones ilíacas unilaterales, las renales unilaterales y las yuxta o suprarrenales donde se precise control aórtico suprarrenal o supraceliaco.

Son necesarios estudios randomizados multicéntricos en grupos con amplia experiencia en ambos abordajes y con control de todas las variables, con riesgo operatorio, tipo de anestesia, uso de autotransfusión y control del dolor postoperatorio, para definir cuál es la vía fisiológica para los procedimientos aórticos, infra, yuxta y suprarrenales.

RESONANCIA MAGNETICA EN EL ESTUDIO DE LAS ANOMALIAS VASCULARES FACIALES (Magnetic Resonance Imaging of Facial Vascular Anomalies).— **J. Huston III, G. S. Forbes, D. A. Ruefenacht, C. R. Jack, J. T. Lie, R. P. Clay.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 67, n.º 8, pág. 748; agosto 1992.

Se estudiaron las anomalías vasculares faciales de 36 pacientes mediante 46 resonancias magnéticas (MR), 9 angiogramas y 5 tomografías computarizadas (TC). Las lesiones fueron clasificadas en grupos patológicos clásicos en base a los estudios radiológicos y patológicos, los exámenes clínicos y el comportamiento de la lesión. En total, se observaron 2 hemangiomas juveniles, 3 malformaciones capilares (manchas «vino de Oporto»), 18 malformaciones venosas, 9 malformaciones linfáticas y 4 malformaciones arteriovenosas. La MR demostró ser más precisa que la tomografía computarizada y la angiografía en la evaluación de la extensión anatómica de las anomalías vasculares faciales, así como sus relaciones con las estructuras adyacentes, pero era inferior a la tomografía computarizada para evidenciar estructuras radioopacas, como cambios tróficos óseos y flebolitos. También era inferior la MR a la angiografía en cuanto a la determinación del «nidus» y de la naturaleza exacta de las estructuras vasculares colaterales en las malformaciones arteriovenosas.

### Conclusión

La MR es una técnica muy útil en la caracterización de las anomalías vasculares faciales. De forma no-invasiva, dicho método permite determinar la extensión y el tipo de anomalía vascular facial de una forma más precisa que la lograda con la tomografía computarizada o la angiografía. Sin embargo, antes de ini-

ciar el tratamiento de una malformación arteriovenosa, debe realizarse una angiografía para delinear las características hemodinámicas y obtener el mapa de las arterias y venas asociadas. Si la lesión facial no presenta la clásica apariencia de una anomalía vascular y no puede excluirse una neoplasia, es necesario practicar una biopsia y estudiarla anatomopatológicamente.

Los estudios MR confirmaron el diagnóstico clínico de las anomalías vasculares faciales y demostraron las características típicas de cada tipo de lesión. La MR es una técnica inicial ideal para la selección de pacientes con anomalías vasculares faciales de cara a su tratamiento, ya sea expectante, terapia endovascular o excisión quirúrgica.

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO COMPLETO SOBRE EL PROCESO DE CURACION TRAS UN INJERTO VASCULAR SINTETICO Y SUS COMPLICACIONES (Preliminary results of a complete study protocol of synthetic vascular graft healing and its complications).— **F. de Santis, F. Speziale, G. J. Massini, I. Flaishman, L. Rizzo, C. Santini, V. Petrozza, F. Carpino, P. Fiorani.** «International Angiology», vol. 11, n.º 3, pág. 211; julio-septiembre 1992.

Se realizó un estudio completo de las características microscópicas, anatómicas, y de los resultados de cultivos bacteriológicos de porciones aisladas de injertos de Dacron (SVG) explantados, así como de los datos clínicos de los pacientes. Lo que se pretendía con este completo estudio era un mejor conocimiento del proceso de curación y de la patología asociada. Estudiamos tres posiciones de injerto, ampliamente distanciadas unas de otras, procedentes de cinco pacientes (un total de 15 porciones),

los cuales habían sido sometidos a revisión por causas infecciosas o no-infecciosas. Dividimos las porciones SVG en dos grupos: en el Grupo 1 se incluían las porciones de injerto con altos niveles de cicatrización, el Grupo 2 se halla formado por porciones de injerto vascular con complicaciones precoces de la cicatrización y reacciones tardías, con reacción inflamatoria crónica perinjerto, ambas infeccioso-dependientes.

El origen de las complicaciones tardías era una reacción de huésped contra injerto. Este estudio ha confirmado en humanos el importante papel de la incorporación fibrótica externa e interna al injerto, en la cicatrización definitiva del mismo. Una reacción del huésped contra el injerto fue sugerida como alternativa etiológica a la siempre citada infección de baja virulencia como causa de las complicaciones tardías en la resolución de los SVG. La definición y tratamiento correctos de las complicaciones tardías de los SVG se establecerán únicamente a través de un protocolo de estudio realizado en un número amplio de SVGs explantados.

PERNIOSIS CRONICA: OTRA CAUSA DE CIANOSIS DIGITAL (Chronic pernio: another cause of blue toes).— **John A. Spittel Jr., Peter C. Spittel.** «International Angiology», vol. 11, n.º 1, pág. 46; enero-marzo 1992.

El propósito de este artículo es el estudio de las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de la perniosis crónica («sabañón»).

Entre 1976 y 1988, fueron visitados en la Clínica Mayo treinta y nueve pacientes reuniendo nuestros estrictos criterios diagnósticos de perniosis crónica, siendo la base del presente estudio. Los pacientes que sólo presentaban lesiones de las extremidades superiores fueron exclui-

dos. Veintiocho pacientes eran mujeres y 11 eran varones. La edad de aparición de los síntomas se hallaba comprendida en un rango de 13 a 68 años, apareciendo dicha sintomatología al cabo de 1 a 37 años de una lesión producida por frío. El cuadro era bilateral en 35 (90 %) de los pacientes, y simétrico en 28 (71 %). Nueve pacientes sometidos a estudios de la temperatura cutánea después de inmersión en agua fría mostraba una respuesta vasoespástica. La perniois crónica se caracteriza por lesiones eritematosas, vesiculares o ulcerativas, de tipo recurrente, a nivel de las extremidades inferiores y los dedos del pie. Sin embargo, en algunas ocasiones puede presentarse únicamente como cianosis digital, siendo generalmente bilateral y a menudo simétrica. El diagnóstico se sospecha cuando se averigua una relación temporal entre exposición al frío y la aparición de los síntomas, sobre todo cuando no existen evidencias de enfermedad arterial periférica oclusiva asociada. El tratamiento consiste en evitar el frío y otros factores vasoconstrictores. La prazosina resulta de utilidad en el tratamiento agudo y en la profilaxis de posibles recurrencias.

**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ARTERIAL PERIFÉRICA.** Evaluación clínica y epidemiológica. (Prevalence of risk factors in patients with peripheral arterial disease. A clinical and epidemiological evaluations).—**S. Novo, G. Avellone, V. Di Garbo, M. G. Abrignani, M. Liquori, A. V. Panno, A. Strano.** «International Angiology», vol. 11, n.º 3, pág. 218; julio-septiembre 1992

El propósito del presente estudio fue evaluar la prevalencia de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo en pacientes afectados por

patología arterial periférica (PAD) en dos muestreos clínicos: 1.— 102 pacientes con PAD 69 M y 33 F, estudiados en nuestro laboratorio de angiología y comparados con un grupo de 102 voluntarios sanos de edades distribución por sexo similares; 2.— 184 pacientes hospitalizados, 80 M y 104 F, con una media de edad de  $57,2 \pm 10,8$  años, con PAD, y dos cohortes epidemiológicas (1: Estudio Trabia, 835 sujetos; 2: Estudio Casteldaccia, 723 sujetos). Todos los pacientes fueron sometidos a un completo examen clínico y analítico, incluyendo la determinación del cociente de presión tobillo/brazo (Índice de Windsor; se considera positivo para PAD cuando es menor de 0,95). En el primer estudio clínico observamos una significativamente mayor ( $P < 0,01$ ) prevalencia de hipertensión arterial (51,9 versus 9,8 %), hipercolesterolemia (48,2 versus 21,6 %), hipertrigliceridemia (53,7 versus 26,1 %), hábito tabáquico (64,3 versus 44,2) e hiperglicemia (26 versus 7,9 %) en los pacientes PAD, respecto a los pacientes control. En el segundo estudio clínico, considerando separadamente los pacientes menores y mayores de 65 años, resultó que todos los factores de riesgo considerados tenían una mayor prevalencia en los jóvenes que en los ancianos, exceptuando la diabetes y la hipertensión. Según nuestra experiencia epidemiológica, la prevalencia de la PAD aumenta con la edad, sobre todo en los varones. En el Estudio Trabia se concluyó que los factores de riesgo más relacionados con la PAD eran la hipercolesterolemia, el hábito tabáquico y la obesidad (41,18 %) en los varones; y la hipertensión, la hipercolesterolemia (33,3 %) y la obesidad (25 %) en las mujeres. En el Estudio Casteldaccia los factores de riesgo más importantes eran el tabaco (64,28 %), la hipercolesterolemia (42,86 %) y la hipertrigliceridemia (35,71 %) en varones, y la obesidad (60 %), la hiper-

colesterolemia (30 %) y la diabetes (20 %) en mujeres. Los niveles de colesterol y el hábito tabáquico eran significativamente superiores en los pacientes PAD que en la población general, mientras que no era así en cuanto a la hipertrigliceridemia y la glicemia.

Mientras en el Estudio Trabia se halló una asociación significativa entre la hipertensión arterial y la PAD, en el estudio Casteldaccia no se encontró dicha relación.

En cuanto al factor obesidad, la relación existente con PAD, en mujeres, era significativa en ambos estudios. En el Estudio Casteldaccia se observó además, niveles menores de HDL-Colesterol en pacientes con PAD, sobre todo en varones, con niveles elevados de Apo-B y bajos de Apo-A<sub>1</sub> (en varones). Los diferentes niveles en que se presentan los distintos factores de riesgo asociados y su prevalencia en la PAD confirman el origen multifactorial de la aterosclerosis. El papel exacto de cada factor de riesgo en la génesis de la PAD es difícil de ser evaluado dada la complejidad biológica y la interrelación estadística entre los distintos factores de riesgo. Sin embargo, el tratamiento de los factores de riesgo asociados puede influir favorablemente en el perfil de riesgo de cada pacientes con PAD.