

# Extractos

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL VALOR Y LAS LIMITACIONES DE LA DETERMINACION DE LA PRESION SISTOLICA EN TOBILLO Y DEDOS DEL PIE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA. (Ankle and toe systolic pressures comparison of value and limitations in arterial occlusive disease). — **Stefan A. Carter.** «International Angiology», Vol. 11, n.º 4, pág. 289; **octubre-diciembre, 1992.**

La determinación de la presión sistólica en tobillos y dedos del pie es hoy en día la medida más útil y conveniente para la evaluación del estado de las extremidades afectadas por enfermedad oclusiva arterial. Ambas determinaciones son índices sensibles de la existencia y gravedad de la obstrucción arterial, correlacionándose ambos con los hallazgos angiográficos y la gravedad de los síntomas. Dichas determinaciones pueden ser utilizadas para el seguimiento individual de los pacientes, para el estudio de la evolución natural de la enfermedad, para la valoración del pronóstico y la estrategia terapéutica y, a largo plazo, la evaluación de los resultados obtenidos mediante las intervenciones quirúrgicas y transcutáneas. Sin embargo, dadas las limitaciones de la determinación de la presión del tobillo en pacientes con diabetes o en casos de isquemia grave, debido a la rigidez arterial de los vasos tibiales, debería incluirse siempre la determinación de la presión en los dedos del pie para la evaluación de la

enfermedad arterial por ser una localización más distal.

**Conclusiones:** El papel de la determinación de las presiones sistólicas en tobillo y dedos del pie en la realización de estudios sobre la existencia, gravedad y cambios en el proceso oclusivo y en el estado hemodinámico de las extremidades con enfermedad arterial es aún dudoso. Aunque la presión en el tobillo ha sido una determinación utilizada comúnmente y es un «test» conveniente, sus limitaciones hacen necesario incluir también la medida de la presión de los dedos del pie en la evaluación de los pacientes con diabetes mellitus y los pacientes con isquemia crónica severa acompañada o no de diabetes. Para obtener una precisión aceptable y una reproductibilidad adecuada es necesaria una cuidadosa atención a los detalles técnicos, entre los que se cuentan la práctica de dos o más tomas en cada localización y la determinación de las presiones después de un calentamiento previo de la extremidad durante 20 o 30 minutos. La reproductibilidad de las determinaciones es importante en la evaluación de los cambios arteriales de la extremidad. Una presión sistólica en tobillo inferior a 50 mm de Hg indica la existencia de isquemia grave. Sin embargo, una presión de tobillo superior no descarta la existencia de isquemia grave. Una buena evidencia en contra de isquemia grave es una presión sistólica en dedo del pie por encima de los 30 mm de Hg. Cuando la presión sistólica a ese nivel es inferior a los 30

mm de Hg es probable la existencia de isquemia grave, pero es necesaria una demostración de la pobre perfusión distal mediante otras técnicas como la pulsatilidad digital o la toma de la tensión de oxígeno transcutánea antes de asegurar el diagnóstico de isquemia grave de las extremidades.

FENOMENO DE RAYNAUD: INFLUENCIA SUBJETIVA DE LAS HORMONAS SEXUALES FEMENINAS (Raynaud's phenomenon: Subjective influence of female sex hormones). — **M. L. Bartelink, H. Wallersheim, E. Van de Lisdonk, Th. Thien.** «International Angiology», vol. 11, n.º 4, pág. 309; **octubre-diciembre, 1992.**

Estudios recientes realizados mediante determinaciones analíticas standard del flujo sanguíneo cutáneo, sugieren una influencia de las hormonas sexuales femeninas sobre los vasoespasmos. Por este motivo, en este trabajo se estudia la influencia del estado de las hormonas sexuales femeninas en los síntomas subjetivos del fenómeno de Raynaud así como la relación existente entre la migraña y el fenómeno de Raynaud. Ciento treinta pacientes afectados por el fenómeno de Raynaud (31 varones y 99 mujeres) cumplieron un detallado cuestionario al respecto. Por otra parte, 27 mujeres con ciclos menstruales regulares y sin tratamiento anticonceptivo oral registraron regularmente (durante 3 meses) la frecuencia, intensidad y

duración de las crisis vasospásticas. En 6 de cada 23 mujeres, la sintomatología mejoraba durante los embarazos. No se encontró ninguna influencia significativa sobre dicha sintomatología a causa de la menopausia ni de la toma de anticonceptivos orales. Entre 80 pacientes, 15 presentaron una exacerbación de su sintomatología vasospástica durante algunas fases del ciclo menstrual. No obstante, en los diarios no se recoge esta influencia de la fase del ciclo menstrual. El 21% de las pacientes con fenómeno de Raynaud presentaban migraña. En contraste con la mayoría de publicaciones y contrariamente a investigaciones de laboratorio, este estudio muestra que la mayoría de las mujeres con crisis vasospásticas no se ven influenciadas significativamente en su sintomatología subjetiva por el estado de sus hormonas sexuales.

**CIRCULACION CUTANEA EN EL FENOMENO DE RAYNAUD DURANTE UNA SITUACION DE STRESS EMOCIONAL. ESTUDIO MORFOLOGICO Y FUNCIONAL MEDIANTE CAPILAROSCOPIA Y LASER-DOPPLER** (Cutaneous circulation in Raynaud's phenomenon during emotional stress. A morphological and functional study using capillaroscopy and Laser-Doppler). — **Rosa María Martínez, Antonio Saponaro, Giorgio Dragagna, Letizia Santoro, Nunziata Leopardi, Renato Russo, Giuseppa Tassone.** «International Angiology», vol. 11, n.º 4, pág. 316; **octubre-diciembre, 1992.**

Para poder valorar los efectos del «stress» emocional sobre la microcirculación cutánea en pacientes que sufren Fenómeno de Raynaud (FR), se procedió a realizar un «test» aritmético a un grupo de 18 pacientes afectados por dicha patología y a 16

sujetos control sanos. Para poder evaluar la respuesta microcirculatoria se utilizó la técnica de Laser-Doppler. Los resultados obtenidos mostraron que el grupo control presentaba una reducción constante del flujo sanguíneo durante el «stress» mental, mientras que dentro del grupo FR se observaba un primer subgrupo en el cual se reducía el flujo de la misma forma que en el grupo control y un segundo subgrupo en el que, paradójicamente, el flujo se incrementaba. Es probable que la respuesta vasoconstrictora normal sea únicamente la expresión de un daño funcional de la microcirculación (FR primario), mientras que la vasodilatación, como reacción al «stress» mental, es un signo orgánico de la enfermedad ya en un estadio precoz.

**PSEUDOQUISTE PANCREATICO CON COMPRESION DE VENA CAVA INFERIOR PRODUCIENDO EDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES** (Pancreatic pseudocyst that compressed the inferior Vena Cava and resulted in edema of the lower extremities). — **Morris W. Browman\*, Scott C. Litin, Larry A. Binkovitz y David N. Mohr.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 67, n.º 11, pág. 1085; **noviembre 1992.**

Según nuestro conocimiento, nunca anteriormente se había publicado un edema de extremidades inferiores a consecuencia de un pseudoquiste pancreático. Se presenta un caso clínico de un hombre de 66 años de edad en el cual dicha lesión producía una compresión de la Vena Cava Inferior, causando a su vez una pronunciada tumefacción de la extremidad inferior. Después del drenaje del pseudoquiste no se registró recurrencia del edema. Si bien las complicaciones mejor conocidas del pseudoquiste pan-

creático son el dolor, la hemorragia, la ruptura, la infección y la obstrucción de vísceras adyacentes; la aparición de un edema de ambas extremidades inferiores puede ser una manifestación inicial de dicha lesión, así como dicha aparición nos obliga a pensar en tal posibilidad.

**ACTIVADOR DEL PLASMINOGENO TISULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA BLANCA** (Tissue Plasminogen Activator for Treatment of Livedoid Vasculitis). — **Kenneth L. Klein y Mark R. Pittelkow.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 67, n.º 10, pág. 923; **octubre 1992.**

La atrofia blanca, una vasculopatía hialinizante, se caracteriza por la extensa formación de microtrombos y el depósito de fibrina en los vasos mesodérmicos, produciendo infartos epidérmicos, ulceraciones y formación de escaras estrelladas. En un estudio prospectivo de úlceras crónicas de pacientes con atrofia blanca, hallamos una elevada incidencia de anticuerpos anticardiolipina y lupus anticoagulantes, así como niveles elevados del inhibidor del activador del plasminógeno y niveles reducidos del activador endógeno del plasminógeno tisular (t-PA). Esta tendencia procoagulante y reductora de la fibrinólisis podría explicar la vasculopatía oclusiva observada frecuentemente en las biopsias de dichos pacientes. Basándose en estos resultados, creemos que la fibrinólisis mediante t-PA recombinante lisaría los trombos microvasculares, restauraría la circulación y promovería una correcta curación de la úlcera. En seis pacientes con úlceras crónicas no cicatrizantes causadas por vasculitis atrófica y en las cuales se había ensayado diversos tratamientos sin éxito se administró t-PA a dosis bajas (10 mgr) vía intravenosa cada

4 horas durante 14 días. Cinco de los seis pacientes presentaron una mejoría espectacular, una curación casi completa de la úlcera durante el periodo de hospitalización y una mejoría en la oxigenación tisular, determinada esta última según un in-

cremento de la oximetría transcutánea. El único fallo del tratamiento fue debido a una retrombosis microvascular. En este caso se repitió el tratamiento asociándole tratamiento anticoagulante, con lo que las úlceras curaron. Concluimos que la

administración diaria de bajas dosis de t-PA es un tratamiento seguro y efectivo para úlceras crónicas debidas a una vasculopatía oclusiva.