

Extractos

ASPECTOS TECNICOS Y RESULTADOS DE LA TECNICA ABIERTA DE BYPASS IN SITU DE VENA SAFENA (Technical aspects and results of the open in situ saphenous vein bypass technique).—**John D. Corson, Jamal J. Hoballah, Timothy F. Kresowik, William J. Sharp, M. Jonathan Worsey, Alan Y. Synn, Mario Martinasevic, Wady Neto Kury, Monte Brummer.** «International Angiology», vol. 12, n.º 2, pág. 162; junio 1993.

Revisamos una serie de 284 intervenciones de «bypass» de vena safena «in situ» consecutivos, practicados durante un período de 66 meses, con el objetivo de salvar una extremidad. Todas las intervenciones fueron practicadas mediante técnica abierta, con una valvulotomía retrógrada de Mills y practicando una incisión que permitía la exposición completa de la vena. En un 98% de los casos el «bypass» se realizó a nivel infragenicular (18% por debajo del hueso poplíteo y un 80% a nivel crural). A todos los pacientes se les practicó un «mapping» en modo-B de la vena safena de forma preoperatoria. Intraoperatoriamente se practicaron también en todos los casos arteriografías y exploraciones Doppler continuas. Posteriormente, se procedió a practicar en todos los bypasses exámenes Duplex color. Las tasas de permeabilidad primaria y secundaria a los 48 meses fueron del 68% y el 86% en los bypasses in situ. La mortalidad perioperatoria fue de un 2,5%. Todos los fallecimientos fueron secundarios a causas cardiovasculares. Pensamos

que la técnica abierta, con valvulotomía retrógrada, proporciona una permeabilidad satisfactoria a largo plazo, un elevado nivel de operabilidad y una excelente tasa de utilización venosa.

SIMPATECTOMIA CERVICOTORACICA EN EL SINDROME DE RAYNAUD (Cervicothoracic sympathectomy for Raynaud's syndrome).—**Robert C. Lowell, Peter Gloviczi, Kenneth J. Cherry, Thomas C. Bower, John W. Hallet Jr., Alexander Schirger, Peter C. Pairolo.** «International Angiology», vol. 12, n.º 2, pág. 168; junio 1993.

El síndrome de Raynaud es una entidad clínica caracterizada por vasoespasmos episódicos e isquemia digital que aparecen como respuesta al frío o a estímulos emocionales. La mayoría de los pacientes con Síndrome de Raynaud responden de forma satisfactoria al tratamiento médico. La simpatectomía es practicada de forma menos frecuente, siendo su uso motivo de controversias. De los 3.219 pacientes atendidos por el Síndrome de Raynaud durante los últimos 10 años en la Clínica Mayo sólo se practicaron 20 simpatectomías torácicas o cervicales en 14 de ellos (0,4%). De todos los pacientes sometidos a simpatectomías cervico-torácicas (68) por motivos diversos durante ese mismo período, un 20,5% (14/68) habían sido indicadas como tratamiento del síndrome de Raynaud. La simpatectomía quedó reservada para aquellos raros pacientes con sintomatología severa y persistente (dolor, ulceracio-

nes) además de un tratamiento médico intensivo. El tratamiento quirúrgico también se practicó en un escaso número de pacientes cuyas profesiones implicaban de forma necesaria una exposición al frío y presentaban una sintomatología importante y refractaria al tratamiento médico. Generalmente se practicaba por vía transaxilar (12 extremidades) o supraclavicular (8 extremidades), con resección de la cadena simpática a nivel de los ganglios T₁-T₄. En diecinueve de los veinte casos (95%) se consiguió una resolución o una mejoría inicial de la sintomatología. Aquellos pacientes que presentaban úlceras digitales registraron una cicatrización de las mismas. A pesar de la mejoría inicial de la mayoría de pacientes, después de seis meses de la intervención se presentaba sintomatología persistente o recurrente en todos los pacientes. Como explicación a estas recurrencias se ha considerado una sensibilidad aumentada de los vasos sanguíneos a las catecolaminas circulantes, una regeneración de las fibras nerviosas o una simpatectomía incompleta. Cinco pacientes desarrollaron postoperatoriamente un Síndrome de Horner. En 3 de 5 pacientes se practicó intencionalmente una resección de una porción del ganglio estrellado. Mientras que en pacientes con Síndrome de Raynaud que no responden a tratamiento médico puede realizarse de forma segura una simpatectomía cervicotorácica y cabe esperar una respuesta satisfactoria en la fase inicial en la mayor parte de los casos, lo cierto es que el curso natural de la enfermedad parece no modificarse y el posible beneficio de esta intervención a largo plazo aún no ha sido probado.