

Extractos

EMBARAZO Y COMPLICACIONES VENOSAS.— **Ricardo Justel.** «Revista Panamericana de Flebología y Linfología», Año 4, n.º 3, pág. 53; **septiembre 1994.**

Las Varices del embarazo poseen unas características propias que les dan una entidad separada. Su generalización, su evolución por brotes, su predilección por los pequeños vasos y su desaparición casi total después del parto les dan personalidad propia.

Antes se consideraba que su causa era mecánica (Compresión del útero sobre los vasos pelvianos). Ahora no se comparte este criterio, porque los fibromas, aún de mayor volumen, no provocan Varices. Las flebectasias aparecen antes de que el útero sea tan grande como para ejercer una compresión. Las Varices desaparecen, en caso de muerte del feto, antes de la expulsión del mismo. La teoría hormonal explica estas anomalías.

La aparición de las Varices gravídicas se efectúa en dos fases: Una *funcional*, por atonía de las paredes venosas, o bien por factores endocrinos que provocan la apertura de anastomosis arteriovenosas; y otra *orgánica*, donde actúan todos los factores agravantes de la patología veno-tisular.

Hemos analizado las Alteraciones de la coagulación, la morfología de las Varices, su etiopatogenia posible, empleando además los siguientes métodos diagnósticos: Interrogatorio-examen semiológico, Fluxometría (Doppler) bidireccional, flebografía

ascendente, Cámara Gamma Pulmonar ante la menor sospecha de TEP, gases en sangre, Laboratorio de coagulación, examen cardiológico rutinario.

Este estudio se efectuó entre enero de 1990 y marzo de 1993, en 1.420 pacientes embarazadas- puerpéricas, divididas en dos grupos: a) vistas antes del embarazo, controladas luego en el embarazo con medidas profilácticas durante la gestación y puerperio; b) pacientes derivadas, en complicaciones venosas, todas vírgenes de tratamiento y con patología venosa previa a su embarazo. En el grupo a) hubo 27 varicoflebitis; las 805 restantes, sólo con aumento de su sintomatología. En el grupo b) hubo 418 varicoflebitis, todas en múltiparas con varices crónicas anteriores a la gestación.

Del estudio completo de los casos vistos se llega a las siguientes *conclusiones*:

1. La enfermedad tromboembólica se presentó con mayor frecuencia en las múltiparas, en general en el puerperio.

2. De nuestra experiencia se deduce que la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en embarazadas con antecedentes previos varicosos es imprescindible.

RITMO DE LA PRESION SANGUINEA DIURNA Y EXCRECION DIURNA DE CATECOLAMINAS POR LA ORINA EN PACIENTES CON FEOCROMOCITOMA (Dobowy rytm ciśnienia tetniczego a Wydalenie Katecholamin u chorych

z guzem chromochlonnym).— **J. Lewandowski, M. Lapinski, B. Wocial, A. Januszewicz, T. Felcinowski, B. Dabrowska y W. Januszewicz.** «Kardiologia Polska», tomo 40, Supl. I, n.º 5, pág. 356; **mayo 1994.**

El objetivo de este estudio fue investigar el ritmo diurno de la presión sanguínea (PS) y la excreción diurna de catecolaminas en orina en pacientes con feocromocitona. El estudio fue realizado en 7 pacientes con feocromocitoma histopatológicamente demostrado (mujeres, media edad 42 ± 3) antes y después de haber sido tratadas quirúrgicamente. Ninguna paciente recibía tratamiento hipotensor. Durante el estudio se determinó la PS de 24 horas, mediante un instrumento Medilog de Oxford, en cuatro pacientes, y mediante un monitor 90207 de SpaceLabs, en tres pacientes. La PS era determinada cada 15 minutos durante el día (8.00-20.00) y cada 30 minutos durante la noche (20.00-8.00). Si la caída de la presión nocturna era inferior al 10% de la PS diurna se consideraba que no existía caída de PS nocturna. Simultáneamente, se determinaba los niveles de noradrenalina (NA) y adrenalina (A) en orina (método fluorométrico). El procedimiento completo fue repetido dos veces: antes y dos semanas después del tratamiento quirúrgico. De acuerdo con los criterios de **Staessen** ($PS > 139/87$ mmHg), tres pacientes eran hipertensas. En cinco pacientes existía una ausencia de caída nocturna de la PS. En una de estas

pacientes se restauró el patrón diurno normal de PS después del tratamiento. La excreción urinaria nocturna de NA se hallaba elevada en todas las pacientes, mientras que su excreción diurna sólo estaba elevada en cinco pacientes. Después del tratamiento quirúrgico encontramos una excreción urinaria diurna de NA

dentro de los límites normales, mientras que la excreción nocturna de NA permanecía elevada en comparación con los sujetos sanos. La excreción urinaria de A se hallaba dentro de los límites normales en seis pacientes y elevada en una de ellas. Después de la intervención se halló una excreción normal de adrenalina.

Nuestros resultados indican que: 1) Los pacientes con feocromocitoma están caracterizados por una pérdida del ritmo diurno de PS antes y después del tratamiento quirúrgico. 2) Cabría pensar que una estimulación del sistema nervioso simpático podría jugar un importante papel en la regulación diurna de la PS.