

## EXTRACTO DE REVISTAS

Pretendiendo recopilar los artículos dispersos sobre temas angiológicos, se publicarán en esta sección tanto los recientes como los antiguos que se crean de valor en algún aspecto. Por otra parte algunos de éstos serán comentados por la Redacción, cuyo comentario figurará en letra cursiva.

### **ANEURISMAS Y FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS**

*ALGUNOS CASOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA PARA ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS Y ARTERIALES (Quelques cas de chirurgie conservatrice pour anévrismes artério-veineux et artériels).* — FONTAINE, R. «Gazette des Hôpitaux», año 120, n.º 43, pág. 621; **25 octubre 1947.**

Este trabajo corresponde a la discusión del presentado por R. LERICHE, en 1947, al Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Londres, en septiembre de dicho año. Se basa en 10 casos operados, 6 de los cuales estaban afectos de aneurismas arteriovenosos, siendo el resto arteriales.

*Aneurismas arteriovenosos.* — Los vasos interesados eran, en un caso, los yúgulocarotídeos; en otro, los subclavios; en dos, los humerales; y en otros dos, los ilíacos externos. Los cinco primeros fueron tratados por sutura transvenosa del orificio de comunicación, con éxito en cuatro. En un caso de subclavios izquierdos acaeció la muerte por cataclísmica hemorragia al penetrar en un voluminoso aneurisma del cayado aórtico, en el intento de resear un fragmento de la 1.ª costilla para facilitar la intervención. Otro aneurisma arterial, independiente del que motivó la intervención, existía en el caso de aneurisma de los vasos yúgulocarotídeos; abordándose éste a través de la yugular fué suturado con facilidad, procediéndose en seguida a la excisión del segundo con sutura lateral del vaso. Este enfermo murió a las 6 horas. Tras la autopsia se llegó a la conclusión de que su muerte no podía atribuirse a otra causa más que al pentothal empleado en la anestesia en la última fase de la intervención.

El aneurisma de ilíaca externa correspondía a la variedad en que además de la comunicación arteriovenosa existe un gran saco aneurismático desarrollado a expensas de la pared opuesta. Se procedió a la ligadura de la vena,

por encima y por debajo, y se ocluyó el orificio del aneurisma sacciforme a través de la vena, suturándose luego la comunicación arteriovenosa, aplicando la pared venosa por encima como refuerzo. A los 15 días hemorragia fulminante secundaria: arteriectomía de urgencia. Curado sin trastornos isquémicos de importancia.

El sexto caso padecía un aneurisma arteriovenoso de los vasos ilíacos externos, por encima de la arcada de Falopio. Había sufrido ya una ligadura arriba del aneurisma, algunos meses después de la herida; pero persistían un «thrill» atenuado y evidentes trastornos isquémicos en el pie. Se prefirió la resección del aneurisma, por comprender contraindicada la aneurismorrafia, y se hizo un injerto venoso suturando sin prótesis metálica, restableciendo así la continuidad arterial. Los trastornos isquémicos desaparecieron.

*Aneurismas arteriales.* — En esta serie se trató un aneurisma, hallazgo operatorio en el tratamiento de una herida de metralla que interesó los nervios mediano y cubital en la axila, nervios que se encontraron íntimamente adheridos a un saco aneurismático de la arteria axilar. La necesidad de la sutura nerviosa hizo imposible la aneurismorrafia. Se aisló el aneurisma y se procedió a su resección. La arteria fué suturada lateralmente. Aunque no permitió la arteriografía, no quedaron trastornos isquémicos.

También se logró un éxito, comprobado por arteriografía, con la sutura lateral transacular de un aneurisma traumático de la humeral.

Se hizo necesaria, por contra, una aneurismorrafia obliterante en un aneurisma de 1,3 medio de muslo, debido a una herida de obús que quedó fistulizada. El saco estaba lleno de coágulos, en parte supurados; la arteria estaba seccionada y sus cabos taponados por aquéllos. Obliteración por dos suturas de lino. Desaparición de los trastornos isquémicos.

En otro caso, correspondiente a un enfermo de 70 años, afecto de un aneurisma femoral espontáneo a nivel del triángulo de Scarpa y en vías de supuración ( fiebre alta, leucocitosis), se practicó en una primera sesión la ligadura de la arteria femoral superficial por encima de la lesión: reducción rápida del volumen del muslo, desaparición de los fenómenos generales. Un mes después, se abrió el aneurisma sin disecarlo. Obliteración por sutura. Curación.

Esta es la experiencia del autor en esta materia. Tuvo dos fracasos: uno, en nada relacionado con una falta de técnica; otro, debido a la abertura accidental de un aneurisma ignorado de cayado aórtico. Una hemorragia secundaria a los 15 días obligó, en otro caso, a resecar la zona suturada, sin inconveniente mayor para el enfermo. Al lado de esto nos encontramos con siete éxitos innegables. Ante lo que antecede, el autor se cree autorizado a unir su voz a las ya numerosas, entre ellos, que abogan en favor de los métodos conservadores en la cirugía de los aneurismas.

ALBERTO MARTORELL

*ASPECTO CLÍNICO DEL ANEURISMA ARTERIOSCLERÓTICO DE LA AORTA ABDOMINAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RACIONAL.* — BLAKEMORE, ARTHUR, H. «Anales de Cirugía» de Buenos Aires, vol. 5, n.º 8, pág. 1008; agosto 1947.

El autor hace el análisis de un grupo de 32 casos de aneurismas de la aorta abdominal, de los cuales 26 tenían por causa una arteriosclerosis, hallándose el aneurisma totalmente desarrollado, de forma fusiforme y encontrándose a tres centímetros o más en sentido distal del orificio de las arterias renales. En los 6 casos restantes el agente etiológico fué la sífilis, siendo los aneurismas saculados; ocasionando en 4 casos un desgaste óseo vertebral.

Como consecuencia de la alta incidencia de la erosión vertebral se produce un dolor radicular casi constante en los aneurismas de etiología sifilítica. En cambio, en los arteriosclerosos frecuentemente llegan a un estado irreparable, debido a la ausencia de erosión ósea como causa precoz de dolor. En estos casos la presencia de un dolor abdominal profundo, dolor del dorso inferior y dolor con irradiación a las caderas o piernas, es advertencia de un accidente inminente.

Como tratamiento de estos aneurismas explica el autor un método electrotérmico para la coagulación de los mismos, que comprende un fino alambre de plata aislado y esterilizado que se introduce en el aneurisma en segmentos de 10 metros a través de una aguja especial. Se utiliza un aparato aproximadamente de 100 voltios, de corriente continua, regulada y calibrada contra las variaciones de la resistencia eléctrica por el calor, en forma tal que indica exactamente en un medidor la temperatura del alambre en todo momento y la velocidad de la sangre a través del aneurisma en el momento del calentamiento inicial.

Cada segmento de 10 metros es calentado hasta 80° C. por un período de 10 segundos, lo que hace que se deposite en el alambre un coágulo de proteína muy tenaz que estimula la coagulación.

Describe también el autor una técnica para el tratamiento quirúrgico del aneurisma fusiforme de la aorta abdominal, empleándose el método de los alambres y la coagulación electrotérmica, conjuntamente con la gradual oclusión endoarterial.

TOMÁS ALONSO

*SOBRE UN CASO DE ANEURISMA DE LA PORCIÓN PREESCALÉNICA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA (Su di un caso di aneurisma della porzione prescalenica dell'arteria succavia destra).* — TAGARIELLO, PIETRO. «Acta Chirurgica Patavina», vcl. 7, fascículo 1.º; 1951.

Se expone un caso de aneurisma sacciforme de la porción preescalénica de la subclavia derecha de desarrollo cervical y de estructura compleja, presentando una constitución anatómica no común: la túnica interna, muy sutil, con evidentes residuos de la túnica arterial que demuestran tratarse de un «verdadero aneurisma»; túnica media muy engrosada, formada por fibrina en láminas, con zonas hemorrágicas recientes hacia el interior y con proceso de conectivización tanto más antiguo cuanto más periférico; túnica externa, formada por tejido conectivo denso (saco secundario).

No obstante tratarse de un «verdadero aneurisma», reconoce una etiología traumática, si bien bajo una particular modalidad distinta de lo que se admite habitualmente por rotura de la túnica media, es decir, mediante una oclusión trombótica por trauma previo de los «vasa vasorum», la cual por sí sola puede explicar patológicamente la marcada hipotrofia de la túnica muscular, revelada en examen histológico, además de en el saco aneurismático, en la propia arteria subclavia, en la vecindad del orificio de comunicación y sólo en la sección del vaso que mira hacia arriba, donde se instituyó la dilatación sacciforme; en la mitad inferior, la que mira hacia la cúpula pleural, la constitución de la arteria es normal.

A continuación se hace una reseña crítica de los diferentes métodos operatorios para el tratamiento de esta afección, inclinándose por los radicales que se proponen la excisión completa del tumor aneurismático y el restablecimiento de la circulación hacia abajo con rehabilitación de la arteria interrumpida, restablecimiento por la vía colateral o por procedimientos quirúrgicos reconstructivos de la continuidad de la luz vascular.

El caso expuesto ha sido tratado por excisión completa del aneurisma y de un sector de la arteria de origen. Se renunció a la reconstrucción de la continuidad vascular, técnicamente difícil y de resultado aleatorio, tras la prueba de la eficiencia de la circulación colateral por comprobación de aporte sanguíneo suficiente al cabo periférico.

Resultado, al cabo de más de un año, curación completa con plena integridad anatómica y eficiencia funcional del miembro superior derecho.

ALBERTO MARTORELL

**HIPERTROFIA CONGÉNITA REGULAR DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO, POR ANGIOMA PROFUNDO DE LA PANTORRILLA SIN NEVUS NI VARICES. RESECCIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL DEL LADO ENFERMO; SIMPATECTOMÍA LUMBAR BAJA DEL LADO OPUESTO. IMPORTANTE MEJORÍA AL CABO DE 3 AÑOS (Hypertrophie congénitale régulière du membre inférieur droit, par angiome profond du mollet sans nevus ni varices. Résection de l'artère femorale superficielle du côté malade: sympathetomie lombaire basse du coté opposé. Amélioration importante au bout de 3 ans). — FONTAINE, RENÉ, y PILLA, PIERRE. «Revue d'Orthopédie», tomo 33, n.º 5, pág. 342; julio-septiembre 1947.**

Presentan los autores un caso de un enfermo de 8 años afecto de una hipertrofia regular del miembro inferior derecho, predominante en el segmento distal. El alargamiento se debía a un angioma profundo de la pantorrilla, sin lesiones vasculares superficiales sobrañadidas. La ausencia de nevus, angioma superficial y varices no permitió catalogarlo en el cuadro de «nevus varicoso hipertrófico» de Klippel-Trenaunay, sino mejor en el de «hipertrofia hemangiectásica» de Parkes Weber.

Desde el nacimiento del niño se pudo observar una notabilísima desigualdad entre los miembros inferiores: el derecho muy caliente, hipertrófico, al revés que el izquierdo. Tratado después, como supuesta secuela de parálisis infantil, al creer enferma la extremidad inferior izquierda, no se obtiene resultado. A los 8 años es dirigido a la consulta de los autores, donde, tras las exploraciones pertinentes, se desecha el diagnóstico hasta entonces aceptado y se le etiqueta según hemos expuesto más arriba, practicándose una resección limitada — dos y medio cm. — de la arteria femoral superficial derecha a nivel del triángulo de Scarpa, encontrándose dicha arteria más voluminosa que lo habitual en un adulto y animada de fuertes latidos. Ocho días después se completa el tratamiento con una simpatectomía lumbar baja — 3.<sup>º</sup> y 4.<sup>º</sup> lumbar — del lado izquierdo o sea el sano.

La diferencia de longitud entre ambos miembros, que primitivamente era de seis cm., se redujo en el lapso de tres años a dos cm., y la circunferencia de las pantorrillas se igualó.

Ante estos hechos está permitido preguntarse qué ha sido más eficaz: la reducción circulatoria provocada en el lado enfermo o la hiperemia activa creada en el sano.

Admitiendo, ante todo, que el miembro enfermo ha reducido su crecimiento patológico después de la arteriectomía, creen los autores que la simpatectomía del lado sano no ha sido inútil y que, facilitando el crecimiento del miembro opuesto al hipertrófico, ha contribuido, en cierto modo, al resultado satisfactorio obtenido. Recomiendan, por ello, esta doble terapéutica en las hipertrofias de los miembros de la misma naturaleza que la reseñada. No es otro el fin de este trabajo, que viene acompañado de bibliografía.

ALBERTO MARTORELL

*DOCUMENTOS SOBRE LOS ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS Y CIRSOIDEOS (Documents sur les anévrismes artério-veineux et cirsoïdes).* — WERTHEIMER, P. «Lyon Chirurgical», tomo 47, n.º 4, página 427 ; **mayo-junio 1952.**

El autor comunica siete casos de aneurismas arteriovenosos y cirsoideos, a los que confiere un valor esencialmente documental.

*Observación I.* — Varón, de 30 años. Visto el 10-II-37. En 1924 herida incisa en cara interna muslo izquierdo. Dice que al mes apareció una pequeña tumefacción que permaneció estacionaria hasta 1936 en que se torna dolorosa y aumenta de tamaño. Últimamente, úlcera en tercio superior, cara externa de la pierna.

Exploración : En muslo izquierdo se observa una voluminosa tumoración ; cicatriz producida por cuchillo en 1924 y otra por herida de bala en 1929, ambas en la cara interna. En tercio inferior, venas dilatadas. En el lugar de la tumefacción «thrill» y soplido continuo de refuerzo sistólico.

Soplo diastólico en base cardíaca con choque en cúpula (insuficiencia aórtica. Reacciones serológicas a la lúes, negativas).

Aortografía : Arteria femoral no patológica, si bien aumentada de calibre ; tumefacción voluminosa impregnada con rapidez por el thorotrust.

Intervención (17-II-37) : Descubrimiento de la femoral común en el triángulo de Scarpa, mostrándose enormemente dilatada, como una aorta abdominal ; se palpa un «thrill». Liberación de la femoral por encima del tun. or ; liberación del polo inferior de éste, siendo preciso para ello abrir el canal de Hunter y llegar al hueco poplítico, donde la arteria aparece aplanada y la vena por contra dilatada y enorme. Liberación del saco aneurismático y resección consecutiva. Drenaje. Infiltración lumbar inmediata y luego repetida en los primeros días.

Visto a los nueve años. Hasta entonces bien, salvo ligero edema maleolar vespertino. Recientemente, dolor brusco agudo en muslo izquierdo, que le obligó a sentarse. Al día siguiente edema doloroso de la pierna que le impide trabajar.

Visto en diciembre 1951, se presenta como un excelente resultado. No hay edema ni trastornos tróficos ; sólo se queja de su estado cardíaco.

*Observación II.* — Varón, de 19 años. En septiembre 1949, herida a bocajarro por escopeta de caza en muslo izquierdo. Se supuso sólo herida superficial. Al mes fué visto por un facultativo que apreció parálisis del ciático, «thrill» considerable en cara interna muslo. Operado, se comprobó que el nervio ciático estaba atravesado por los perdigones ; existían restos de vestidos ; no se observaba comunicación arteriovenosa. Se ligaron algunas colaterales, cuya compresión hacía desaparecer el «thrill», desaparición que se mantuvo temporalmente.

Visto en junio 1950, presenta extensas cicatrices queloidianas en muslo, edema crónico en toda la extremidad, trastornos circulatorios en el pulgar. No existen dilataciones venosas importantes. «Thrill» evidente en cara interna, máximo en triángulo de Scarpa. Taquicardia sin arritmia. Una arteriografía no fué muy demostrativa por rápido vaciado en la corriente venosa. La comunicación arteriovenosa parece hallarse al final de la femoral común.

Intervención (8-VI-50) : Descubrimiento de la arteria ilíaca externa, de volumen normal, colocando un lazo de seguridad. Incisión extensa a lo largo de la femoral ; disección difícil por intensa infiltración de los planos profundos a consecuencia de la intervención anterior, formando un tejido lardáceo-blárquecino sembrado de adenopatías múltiples. Tras grandes penalidades se logra aislar por arriba y abajo la vena

femoral, que es de calibre enorme y de paredes delgadísimas, con afluentes voluminosos donde circula la sangre a gran presión. Dado el calibre de los afluentes se hace imposible utilizar al vía endovenosa para obturar la herida arterial; y tampoco cabe la liberación de los dos vasos pues sangra en seguida. Para conservar la permeabilidad arterial no queda otro recurso que la obturación de la vía venosa por sutura con catgut: desaparece el «thrill». Inyección de novocaina en la arteria. Enfermo chocado. Transfusiones.

Visto el 23-X-50, conserva un edema importante, pero no doloroso. No hay ulceraciones ni trastornos tróficos. Su marcha está dificultada por su lesión ciática. No hay «thrill». Oscilaciones en pierna, nulas. El enfermo circula en bicicleta sin molestias. Corazón regular, de volumen normal.

*Observación III.* — Mujer, de 30 años. Tras primera gestación, en 1933, tumoración fosa temporal derecha, calificada de areurisma y extirpada.

Vista el 7-IV-43, presenta de nuevo una tumefacción extensa en dicha fosa y que se extiende a región frontal hasta la raíz de la nariz, con todas las características de un tumor vascular por comunicación arteriovenosa. Ligera miopía. Exámenes neurológicos y radiológicos del cráneo, negativos.

Rodadura presistólica y desdoblamiento del segundo tono. Tensión arterial 11/7.

Intervención (14-IV-43): Incisión con gran colgajo de convexidad sagital circunscribiendo el tumor. Se reseca éste ligando progresiva y cuidadosamente todos los vasos. En ciertos sitios no puede separarse del cuero cabelludo, donde está incrustado, obligando a crear pérdida de substancia.

Cinco días después injertos de Ollier.

Curación inmediata.

*Observación IV.* — Mujer, de 26 años. Pequeña tumoración desde el nacimiento en cuero cabelludo, región occipital. A los 3 años aumenta de volumen tras una pedrada.

A los 18 años tentativa de exéresis, desistiendo en el curso de la intervención.

A los 21 años, con gestación aumenta de nuevo de volumen.

Actualmente, tumoración vascular típica voluminosa que alcanza la región parietal, la nuca y llega a pabellón de la oreja derecha. En ciertos sitios se halla en estado preulceroso. No hay alteraciones óseas (radiografía), salvo pequeños vasos perforantes. Nada neurológico.

Intervención (5-XI-49): Disección progresiva del tumor. Hemostasia cuidadosa de todos los vasos, entre los cuales hay algunos enormes, en especial la arteria occipital. Pequeñas emisarias intracraneales perforan la bóveda: hemostasia con cera o con electrocoagulación. Extirpación total de la tumoración, sin afectar tegumentos.

Anatómopatológicamente resulta con verosimilitud un areurisma cirsoideo.

Curación.

*Observación V.* — Mujer, de 15 años. Desde el nacimiento dedo anular izquierdo de la mano deformé.

Actualmente, tumoración de la parte media de dicho dedo, en especial palmar, deformando el borde cubital del mismo. A este nivel tegumentos violáceos. Tumoración pulsátil. Red venosa muy desarrollada y con pulsatilidad transmitida a toda la red vascular de la muñeca y del antebrazo. No se observa un verdadero «thrill», pero si un soplo. Tegumentos bien. La radiografía demuestra una especie de erosión a nivel del borde cubital de la falange intermedia.

La arteriografía dibuja una verdadera red arterial y venosa, muy densa, en la que es muy difícil reconocer el lugar de la comunicación arteriovenosa.

Intervención (5-VII-46) : Venda Esmarch. Incisión longitudinal palmar sobre el borde cubital del anular. Dissección del paquete vásculonervioso. Liberación de la arteria digital, sin poderse demostrar una comunicación arteriovenosa. Ligadura de la arteria y de varias venas dilatadas. Se quita el Esmarch, sin observarse dilatación vascular alguna. Sutura. Escayolado.

Anatómopatológicamente, aspecto aneurisma cirsoideo.

Resultado funcional inmediato satisfactorio.

*Observación VI.* — Mujer, de 15 años. Nacida normal, no observándose más que una cierta tumefacción plantar indolente del pie derecho.

A los 14 años aparece una mancha violácea y empieza algún dolor. La punción da salida a sangre. Radiografía, esqueleto normal.

Actualmente (abril 1948), presenta tumefacción que abarca la planta del pie; tegumentos violáceos en estado preulceroso; venas de la pierna dilatadas. Se busca en vano un soplido, «thrill» o latido. Se supone más un angioma que un aneurisma. Se recomienda intervención.

Vista algunos meses después. Ha sufrido una tentativa de extirpación, que fué incompleta; con un curso postoperatorio movido: infección de la herida, hemorragia secundaria, etc. Radioterapia.

Actualmente, vasta ulceración infectada, maloliente, de la planta. Miembro flexionado, pie en equinismo, temor a la hemorragia al menor contacto con el pie; estado general mediocre, nerviosismo extremo. «Thrill» clarísimo, máximo en región retro-maleolar interna. La familia se niega a una intervención mutilante, a pesar de su estado.

Terapéutica antiséptica. Intento de injerto, que se elimina, pero hace progresar algo la cicatrización.

Vista de nuevo en mayo 1949: vasta ulceración infectada y maloliente que no permite una cirugía conservadora. Recomendamos amputación, que se llevó a efecto en otro lugar.

Es difícil obtener de las malformaciones vasculares intermedias entre la fistula arteriovenosa y el aneurisma cirsoideo una interpretación satisfactoria. Creemos con MARTORELL y SALLERAS que todas las transiciones son posibles entre la malformación venosa en la que domina la flebectasia y los tumores con una sola comunicación con el sistema arterial o varias de pequeño calibre. Un traumatismo mínimo puede ser la causa del establecimiento de una fistula arteriovenosa.

*Observación VII.* — M., de 18 años. Aspecto angiromatoso difuso del miembro inferior izquierdo, después del nacimiento. A los 4 años, erisipela en dicho miembro, a partir de la cual se dibujan dilataciones venosas considerables, serpentinas, en pie y pantorrilla, catalogadas de varices.

Actualmente, infiltración angiromatosa global pigmentada violácea, casi negra, de todo el miembro. Gruesos paquetes venosos en dorso pie, parte alta de la pantorrilla y hueco poplítico, turgentes y que se llenan de abajo a arriba. No hay signos de comunicación arteriovenosa ni hipertrofia del miembro. Planos superficiales ligeramente infiltrados. Ligeros trastornos tróficos. Lleva una media elástica.

Aconsejo resecciones escalonadas.

Intervención (27-VII-51) Resección de venas dilatadas en hueco poplítico y pantorrilla, en especial una que parece el tronco de la safena interna. Las paredes venosas, contra lo que ocurre en las varices, son muy delgadas.

Esta observación se encuadra dentro de las flebectasias congénitas aunque la falta de hipertrofia ósea le dé carácter particular. Quizá por un traumatismo una tal malformación se transforma en un aneurisma arteriovenoso o cirsoideo.

No parece que ciertas de estas lesiones puedan explicarse por una interpretación mecánica ni por una afección de los centros medulares simpáticos (parálisis primitiva de los vasoconstrictores). Ellas implican la noción de un trastorno fundamental en el desarrollo de la red vascular original, de donde evolucionan a la flebectasia simple o a la flebarteria, siendo los traumatismos posibles elementos favorecedores de la transición de una a otra.

La terapéutica es con frecuencia difícil, pues es necesario hallar y suprimir la o las comunicaciones arteriovenosas. De ahí el porcentaje importante de intervenciones mutilantes que se encuentran en la literatura.

TOMÁS ALONSO

*FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÉNITAS DE LOS MIEMBROS Y SINDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY* (*Fistules artéria-veineuses congénitales des membres et syndrome de Klippel-Trenaunay*). — JOUVE, A. ; BOURDONCLE, E. y BOURDE, C. «La Semaine des Hôpitaux de París», año 28, n.º 69 ; **18 septiembre 1952**.

En 1827, BUSHE expone el primer caso de fistula arteriovenosa congénita de los miembros. RIENHOFF (1924) y REID (1925) publican los primeros estudios sistemáticos sobre el particular. A partir de entonces las observaciones se hacen numerosas en los Estados Unidos, donde la triada: nevus, varices e hipertrofia ósea, evoca invariablemente la existencia de una comunicación arteriovenosa. En Europa, por el contrario, se citan pocos casos. Tal triada, si bien descrita por KLIPPEL y TRENAUNAY (1900), se explica por una malformación venosa congénita primitiva, en especial por SERVELLE (1945). Existe pues una divergencia entre la concepción americana y la europea. La monografía de MARTORELL y SALLERAS (1950) se dedica a este problema, sobre el que nos parece interesante discutir ciertos aspectos a propósito de una reciente observación.

*Observación.* — E. Ch., 12 años, varón. A los 3 años de edad se observa que su pantorrilla derecha es más voluminosa que la izquierda, atribuyéndose a una atrofia de esta última. A los 6 años de edad se acentúa la desproporción y aparece osteocondritis de la cadera. Escayolado. No obstante, empeora y aparece en el dorso del pie una mancha morena que se extiende con rapidez.

Vemos al enfermo el 12-XI-50. No dolor ni trastorno funcional. Aumento de volumen de la pierna y pie derechos en todos los diámetros. Dilataciones venosas en dorso pie y cara interna pierna. Lesiones tegumentarias de tipo diverso: angioma plano en borde externo del dorso pie, morenuzco; nevus pigmentado en dorso pie y cara externa pierna en sus 2/3 inferiores. Aumento de la temperatura local en miembro inferior derecho, en especial a nivel del angioma; pero el extremo del pie y los dedos están mucho más fríos que en el lado izquierdo. Hipertensión arterial en el lado derecho; notándose a nivel de la tibial posterior un «thrill» y lo mismo en la pedia. La compresión de la femoral derecha disminuye la frecuencia cardíaca de 76 a 68 pulsaciones.

La oscilometría da: 7 1/2 para el 1/3 inferior del muslo derecho; 4 para el izquierdo; 9 pantorrilla derecha; 2 1/2 pantorrilla izquierda; 6 tobillo derecho; 2 tobillo izquierdo.

Flebografía en circulación libre: leve opacificación de los troncos venosos profundos de la pierna; ausencia de impregnación del eje popliteofemoral, leve opacificación de la safena interna (doble).

Arteriografía: femoral normal, pero con colaterales raras, cortas, parecidas a espolones de gallo. En la pierna en el 8.<sup>o</sup> segundo las arterias tienen aspecto normal, pero en el 10.<sup>o</sup> aparece un tercer vaso que pudiera ser una vena arterializada. En el 12.<sup>o</sup> segundo se observa un vaso transversal curvado, presente en el clisé flebográfico, testimonio de un «shunt» arteriovenoso.

Investigación de oxígeno en sangre venosa: aumentado en el lado derecho.

Operado, en 3-XII-50, sobre hueco poplítico derecho, no existe anomalía venosa profunda alguna. Flebografía peroperatoria del eje venoso fémoropoplítico, normal. La arteriografía muestra a nivel del angioma, en el pie, cortocircuitos arteriovenosos y la escasa irrigación de los dedos.

Una nueva intervención sobre región femoral, donde se obtuvo un «thrill» a la exploración, no permitió descubrir comunicación arteriovenosa alguna, pero se observó una arteria femoral común muy dilatada. En un mismo tiempo se resecó un centímetro de las arterias tibiales anterior y posterior en el 1/3 inferior de la pierna.

Desaparición del «thrill» a nivel del angioma. No se produce esfacelo.

A los dos meses, ambas arterias tibiales habían recuperado su latido por debajo del nivel de sección.

Pendiente nueva intervención para ligar la arteria peronea y resear el angioma en masa.

La exploración cardíaca no mostró nada anormal.

Por estímulo luminoso intermitente, respuesta mioclónica frontal (alteración mesencefálica).

**Etiología.** — En general las fistulas arteriovenosas congénitas son raras. Muchas existen en estado latente, poniéndose de manifiesto por un trauma, esfuerzo, etc. Se localizan de preferencia en los miembros. Se diagnostican a diferentes edades, pero en muchos casos existen síntomas característicos desde el nacimiento.

**Patogenia.** — Las fistulas arteriovenosas congénitas se deben a la persistencia del estado embrionario del sistema vascular, en el que el sector arterial y el venoso se diferencian a partir de un plexo capilar común, lo cual explica la multiplicidad de sus comunicaciones, a diferencia de las fistulas arteriovenosas adquiridas.

En cuanto a la relación entre aneurismas cirroideos y fistulas arteriove-

nosas, REID cree que en muchos casos son superponibles. Bajo el punto de vista causal, traumatismo y anomalía congénitas abocan a resultados análogos. El trauma es la causa más frecuente de los aneurismas arteriovenosos y probablemente de la mayoría de los aneurismas cirsoideos (¿ trauma obtétrico?).

La numerosa nomenclatura: aneurismas cirsoideos, aneurismas arteriovenosos, aneurismas venosos pulsátiles, varices aneurismáticas, angioma arterial racemoso, etc., sólo sirve para establecer confusión. El proceso patológico fundamental es el mismo, cualquiera que sea su localización. Es mejor denominarlos, en general, fistulas arteriovenosas.

*Descripción de las lesiones.* — Habitualmente se reparten por igual entre los miembros superiores y los inferiores, si bien G. H. PRATT señala un predominio de los primeros.

Su localización y extensión puede ser variable, pero siempre limitada a una mitad del cuerpo, cosa a retener.

Por lo común se trata de fistulas simples, siendo rara la presencia de un aneurisma. Las comunicaciones son a veces muy numerosas. Todo los vasos pueden estar interesados, incluso en el interior de los huesos (REID, LEWIS).

En más de la mitad de los casos existen lesiones tegumentarias: nevus, angiomas u otras «manchas de nacimiento». Su aspecto es variable. Es frecuente que un trazo rectilíneo las limite en la línea media del cuerpo.

En un momento de su evolución aparecen casi siempre varices, que, cosa importante, son unilaterales.

Las úlceras, si bien no son constantes, son características. Habitualmente se localizan en la parte distal del pie. Por otra parte pueden aparecer en la mano, lo que no ocurre en las úlceras varicosas.

La diferencia de longitud de los dos miembros es lo que lleva en general a la consulta. No es raro que se interprete, al principio, como atrófico el miembro normal. La hipertrofia es global en todos los diámetros, y a veces interesa todo un hemicuerpo.

*Diagnóstico.* — Como puede verse los síntomas son variables. En general van agrupados, se asocian. Su descubrimiento, aunque sea de uno aislado, obliga a explorar bien el sistema vascular.

De aspecto banal, pueden tener signos particulares, tal la pulsatilidad de las varices. En un grado superior, la observación de un «thrill» o soplido continuo de refuerzo sistólico en los miembros puede ser patognomónico de comunicación arteriovenosa. Mencionemos también la dilatación inconstante de las arterias por encima de la comunicación; la cianosis distal, hiperhidrosis, hipertricosis y sobre todo el aumento de la temperatura local y la bradicardia provocada por la compresión de la arteria principal que alimenta la fistula (signo de Nicoladoni-Branham). A veces, debilidad, calambres, dolores en el miembro.

Por encima de la fistula el índice oscilométrico, a un mismo nivel, está notablemente elevado en comparación con el miembro sano; y por debajo ocurre lo contrario. Si por encima del lugar donde se supone localizada la fistula el índice oscilométrico es menor que en el lado simétrico sano es preciso suponer que existe otra fistula más alta (MARTORELL y SALLERAS).

BROWN, en 1929, demostró que la sangre venosa cercana a la fistula es roja, «arterial», mientras que en lado sano tiene aspecto habitual. Esto puede confirmarse por la valoración de oxígeno en sangre venosa.

HORTON, en 1935, introdujo en la exploración de las fistulas arteriovenosas la arteriografía. Tiene gran valor para su diagnóstico. Es preciso proceder al disparo algo más rápidamente que en las arteriografías normales.

El interés de la flebografía es menor, pero sirve para completar el estudio angiográfico y distinguir con seguridad arterias y venas.

Tras una breve discusión sobre las diversas etiopatogenias descritas, termina inclinándose en favor de la frecuente participación de una comunicación arteriovenosa congénita en el origen del síndrome de Klippel-Trenaunay

TOMÁS ALONSO

*ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA.* — DAVID, PAUL; McPEAK, EDGAR; VIVAS-SALAS, ENRIQUE y WHITE, PAUL D. «América Clínica», vol. 12, n.º 2, pág. 143; **febrero 1948**

En este trabajo se estudian 17 casos de autopsias que revelaron otros tantos aneurismas disecantes de la aorta, ocho de los cuales fueron correctamente diagnosticados durante la vida del sujeto.

Como antecedentes generales, dan los autores: una frecuencia de un caso cada 228 autopsias; con una proporción, según el sexo, de 2-3 hombres por cada mujer, presentándose en éstas en edades más avanzadas que en el hombre. La edad promedio en ambos sexos es de 59 años.

En todos estos casos se pudo fijar un antecedente de enfermedad cardiovascular previa: hipertensión arterial permanente o transitoria; cuatro de ellos se habían tratado de asistolia; tres, de síntomas anginosos; y tres habían recibido tratamiento antisifilítico.

El comienzo del ataque agudo del aneurisma disecante puede relacionarse con ejercicios violentos, emociones intensas, comida copiosa, etc. El aneurisma disecante de la aorta comenzó con síntomas agudos en 14 de estos casos; en uno de ellos no se logró saber cómo habían comenzado los fenómenos y en otros dos las manifestaciones dolorosas habían aparecido gradualmente.

El dolor resultó el síntoma inicial en 13 de los 16 casos en quienes se pudo reconstituir el comienzo; uno fué sorprendido por una disnea intensa y en otros dos el preludio consistió en un síncope agudo. En 15 de los 17 casos el dolor dominó el cuadro, dolor muy intenso y sin poder ser aliviado. Su carácter era el de ser subesternal en 4 casos, en la zona interescapular en 3, difuso en la parte anterior del tórax en 6 y proyectado hacia el abdomen en 2.

Con menos frecuencia aparecieron los síntomas: «shock», disnea, náuseas, vómitos, cianosis.

En todos los casos en que pudo tomarse la presión arterial, antes y después del accidente, se puso de manifiesto el descenso en la segunda ocasión, pero siempre con tendencia hipertensiva. Las observaciones ortoscópicas en vida demostraron que en 5 de los 8 pacientes que se examinaron a rayos X mostraban hipertrofia cardíaca. A la autopsia, 16 de los 17 casos presentaron aumento de peso del corazón, así como evidente hipertrofia del ventrículo izquierdo. En un caso, en el que en vida sólo se observó hipertensión transitoria y ningún signo patológico al examen radiológico, no presentó anormalidad cardíaca a la autopsia. Cuando el cuadro clínico inclina a la sospecha de aneurisma disecante de la aorta, puede ser significativa la presencia de soplos diastólicos en la base.

En 5 de los casos que presentan, el recuento de leucocitos dió cantidades comprendidas entre 10.000 y 15.000, con aumento moderado de los polimorfonucleares. En 5 de 6 análisis de orina se encontraron anormalidades reveladas por la presencia de albúmina, cilindros y eritrocitos.

El tiempo de supervivencia fué: menos de 24 horas en 9 casos, de 1 a 6 días en 6 casos: uno murió a los 17 meses y otro a los 4 años y medio. Las causas más frecuentes de muerte son la ruptura en el pericardio y el bloqueo cardíaco.

Los desgarros de la íntima aórtica, clasificados como iniciales, se encontraron localizados en la porción superior de la aorta 19 veces, 16 de las cuales presentaban evidencia de haberse producido recientemente. En otros 3 las lesiones tenían aspecto de curación y en comunicación con sacos aneurismáticos endotelizados en la porción disecada. En 11 casos, de las 19 soluciones de continuidad, se encontraban a menos de tres centímetros de la aorta ascendente; seis en la aorta ascendente, más por encima de los primeros 3 centímetros; un caso en el cayado y los restantes en la aorta torácica.

TOMÁS ALONSO

*ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA ASCENDENTE CON HEMOPERICARDIO IMPONENTE TERMINAL (Aneurisma dissecante dell'aorta ascendente con emopericardio imponente terminale). — MARTELLI, CARLO. «Minerva Medica», vol. 2 ; 1947.*

Se expone un caso raro de aneurisma dissecante de la aorta ascendente, de evidente interés por las consideraciones que pueden obtenerse sobre la capacidad de adaptación funcional del corazón ante tal contingencia morbosa, y que falleció tras ocasionar su ruptura un hemopericardio de 2200 c. c.

El cuadro anatómopatológico queda claro: se trata de un aneurisma saciforme por sifilide aórtica en un luético terciario, abierto en pericardio. Las lesiones granulosas han comprometido gravemente la pared aórtica, en especial los elementos elásticos y musculares.

La importancia de la lúes en la génesis de los aneurismas está reconocida universalmente, pero en el caso de los aneurismas dissecantes es por el contrario la arteriosclerosis la mayor responsable. En la interpretación del determinismo formativo de los aneurismas dissecantes tiene importancia establecer de qué modo se interrumpe la túnica interna de la pared vascular. Para la arteriosclerosis el problema está claro: la úlcera ateromatosa. Pero no así para la lúes. La admisión por muchos autores de un factor traumático inmediato o lejano, aunque sea leve, no parece aceptable si no se admite una particular disociabilidad de la aorta. Otros hablan de que vendría favorecido por una anómala estructura de la aorta o por un determinado terreno constitucional (BABES y MINORESCU). Se excepta sin duda el aneurisma de esfuerzo o traumático, pero los casos puros son muy raros. También el aneurisma dissecante puede ser secundario a un aneurisma común (LETULLE).

¿Qué elemento puede ser invocado, entonces, para explicar la interrupción de la íntima? Es conocido que en la lúes la íntima se engruesa de manera notable por proliferación del conectivo subendotelial, por la misma causa que se afecta el resto de la pared arterial. Excluida así una aortitis ulcerosa, la interrupción de la íntima puede explicarse por la acción de un trauma directo o indirecto o por el mecanismo experimental de VANZETTI, por el que se demuestra que la íntima sufre los fenómenos hiperplásicos antes que la media quede sensiblemente alterada.

El árbol arterial, en especial el arco aórtico, tiende a dilatarse cuando su estructura elásticomuscular se destruye; al principio la íntima sigue el proceso de estasis, pero luego adelgaza hasta destruirse. La sangre llega así en contacto con la media y a lo largo de las márgenes de la interrupción ejerce su labor de despegamiento, facilitada en el terreno mesoaortítico.

Termina con un análisis de la repercusión en el corazón del aneurisma del caso que expone, obligando a aquél a una actividad funcional particular.

ALBERTO MARTORELL