

EXTRACTOS

DISPLASIAS VASCULARES DEL MIEMBRO SUPERIOR. A PROPOSITO DE TRES CASOS DE FLEBECTASIA DIFUSA GENUINA (*Displasie vascolari dell'arto superiore. A proposito di tre casi di flebectasia diffusa genuina*). — CASOLO, P.; CARACÒ, A.; GASPARRO ROCCA, F. «Archivio Chirurgico», vol. 3, nº 4, pág. 297; agosto 1961.

Mientras algunas malformaciones vasculares del miembro superior están claramente definidas, otras siguen siendo todavía objeto de estudio.

Debemos a los estudios de MARTORELL (1946-1949) y a las observaciones de SERVELLE y TRINQUECOSTE (1948) y de SERVELLE (1952) el aislamiento de un particular síndrome denominado por el primer autor «Hemangiomatosis braquial osteolítica» y por los segundos «Angiomas venosos». Aunque han sido descritos por otros autores casos similares, el número de observaciones que conocemos es todavía bastante escaso.

En 1959 publicamos (LANZARA-CASOLO) el primer caso observado por nosotros de una rara malformación venosa localizada en el miembro superior, caracterizada por voluminosas y múltiples flebectasias, presencia de flebolitos y trastornos en el desarrollo óseo local en el sentido de hipoevolución, osteoporosis y osteólisis.

Se presentan éste y otros dos casos más.

Todos corresponden a una peculiar lesión vascular congénita que, a nuestro parecer, se diferencia con toda claridad del síndrome de Klippel-Trenaunay, de la fleboarteriectasia difusa genuina, de los cuadros de fístula arteriovenosa congénita y de los propios hemangiomas de las partes blandas.

Según algunos autores, la malformación puede interesar también los miembros inferiores.

El cuadro clínico y anatómico de nuestros casos es muy similar a la descripción de SERVELLE. Ningún dato nos ha hecho sospechar la presencia de comunicaciones arteriovenosas.

A nuestro parecer, la anamnesis y el cuadro clínico de los casos personales parecen confirmar la teoría de una displasia vascular que al principio queda preferente o puramente localizada en las partes blandas, si bien su evolución no permite excluir el que la malformación provenga de un trastorno mesenquimatoso más complejo que interese a la vez al mismo tiempo los tejidos blandos y el sistema esquelético y que la más tardía aparición de manifestaciones óseas pueda atribuirse a una particular resistencia de tales tejidos.

Bajo el punto de vista terapéutico recordaremos que se halla estrechamente condicionado por la extensión de la enfermedad: Desde toda imposibilidad quirúrgica a la resección de los conjuntos venosos. SERVELLE y TRINQUECOSTE recomiendan una cirugía precoz, con lo cual concuerda nuestra experiencia.

CONCLUSIONES

1) Según nuestra experiencia (3 casos), el síndrome descrito por MARTORELL y SERVELLE, caracterizado por voluminosas flebectasias difusas y circunscritas, lesiones óseas (osteoporosis, osteólisis, hipoplasia), presencia de flebolitos, que interesan en todo o en parte el miembro superior, puede considerarse como una entidad clínica particular y no frecuente.

2) La afección es progresiva, de naturaleza tipo malformación, al parecer limitada a las venas superficiales del miembro, sin trastornos hemodinámicos ni datos que hagan sospechar un «shunt» arteriovenoso.

3) En los casos en que el sistema óseo está interesado demuestra un acortamiento, asociado a osteoporosis difusa, osteólisis; a la inversa de los casos de fístula arteriovenosa o de lesión del sistema venoso profundo.

4) El diagnóstico diferencial debe establecerse con el angioma racemoso arterial, la flebarteriectasia difusa genuina, el síndrome de Klippel-Trenaunay, Parkes-Weber, por un lado, y con los angiomas verdaderos y propios, por otro.

5) Nuestra experiencia nos hace creer que tales diferenciaciones son posibles y están justificadas, siguiendo los criterios expuestos; más difíciles son, en las formas localizadas, respecto a particulares variedades de hemangioma (cavernoso y venoso).

En cuanto se refiere a la flebectasia difusa genuina, presenta muchas analogías con los casos presentados por nosotros.

INTOLERANCIA AL TEFLON EN UN CASO OPERADO DE «BY-PASS» ILIO-FEMORAL (*Intolleranza al teflon in un caso operato di «by-pass» iliaco-femorale*). — BESA, GIUSEPPE. «Chirurgia Italiana», vol. 14, fasc. 6; 1962.

La implantación de una prótesis puede sufrir dos complicaciones: la trombosis de la prótesis y la dehiscencia de la anastomosis. La primera lleva a un síndrome isquémico agudo o crónico; la segunda a la hemorragia o a un hematoma pulsátil. Las causas de una y otra son diversas. Lo cierto es que, según FONTAINE, «la prótesis ideal todavía no se ha encontrado». Uno de los puntos en discusión es la tolerancia de las prótesis por el organismo.

Vamos a presentar un caso insólito de nuestra casuística, caracterizado por fenómenos morbosos generales y locales cuya única explicación reside en un proceso de intolerancia de la prótesis.

OBSERVACION. Varón de 50 años. Ingresa en octubre de 1959 por claudicación intermitente bilateral de 200 metros, de origen arterioscleroso, más manifiesta en el lado izquierdo. Aortografía: obliteración de la femoral superficial derecha, obliteración de la iliaca común izquierda. Simpatectomía lumbar izquierda alta. Al mes, por vía extraperitoneal, tromboendarteriectomía de la iliaca común izquierda y «by-pass» de teflon entre iliaca común y femoral común izquierdas. Sutura difícil sobre la femoral por mal estado de la pared arterial friable. Recuperación inmediata de la pulsatilidad en el pie.

Después de algunas semanas, fiebre de 39° - 40° durante tres o cuatro días con intervalos de dos o tres semanas.

Reingresa en febrero 1960, practicándose «by-pass» entre arteria femoral común y femoral superficial a nivel del conducto de Hunter del lado derecho. Prótesis de dacron. Sale de la clínica con permeabilidad en las prótesis de ambos lados.

En marzo reaparece la fiebre con iguales características que antes. Ingresa en un Servicio médico, donde se investiga las posibles causas sépticas de la fiebre, sin resultado. Buen estado circulatorio de los miembros inferiores.

En noviembre 1960 se comprueba obliteración de la prótesis del lado derecho. Simpatetomía lumbar de este lado.

En marzo 1961 aparece una pequeña tumefacción a nivel de la cicatriz distal de la primera intervención, que poco a poco alcanza el tamaño de un huevo de gallina.

En mayo 1961 la aortografía demuestra la oclusión de la prótesis derecha y la formación de un saco aneurismático a nivel de la sutura distal de la prótesis izquierda. No obstante, no hay signos de isquemia en las extremidades inferiores.

El aumento de la tumoración obliga a reseca el aneurisma. Se comprueba trombosis de la prótesis. Se restablece la permeabilidad suturando una prótesis de dacron entre el cabo distal de la prótesis de teflon y el cabo proximal de la femoral superficial. La nueva prótesis funciona perfectamente, saliendo del Servicio a las pocas semanas.

Reaparecen los brotes febriles y se establece una tumefacción de nuevo a los tres meses de la última intervención. Practicada una pequeña incisión, queda un trayecto fistuloso que mientras permanece abierto ocasiona la desaparición de la fiebre, para volver a reaparecer en cuanto cierra la fístula, desapareciendo de nuevo al instituirse otra fístula más arriba de la primera.

Pasa así varios meses, hasta que el 2-IX-61 sufre una hemorragia por el trayecto fistuloso. Taponamiento. Desaparece el pulso, posiblemente por la compresión ejercida. Cesa la hemorragia y persiste la fístula. Decidimos extraer la prótesis, lo que se efectúa sin hemorragia. Rápida cicatrización.

Visto al año de esta última intervención, todos los pulsos de los miembros inferiores son negativos, los pies están calientes y la distancia de claudicación es de 500 metros. No ha presentado fiebre desde la remoción de la prótesis.

La insólita evolución del caso presentado obliga a considerar de nuevo las posibles complicaciones de las prótesis y a examinar con espíritu crítico este campo quirúrgico.

El primer problema es de tolerancia. Nuestro caso presentó fiebre irregular, con escalofríos y sudoración profusa; y supuración tardía, al año y ocho meses. No podemos atribuirlo a una infección, ya que hubiera sido precoz y porque en la segunda intervención practicada a los dieciocho meses no se comprobó proceso inflamatorio agudo; tampoco el laboratorio fue positivo. Es evidente que la fiebre se debía a intolerancia, pues apareció con la aplicación del teflón y desapareció cuando se extrajo.

Para evitar la trombosis de la prótesis durante la intervención creemos es útil el empleo de hepariana.

EL SÍNDROME DE AUSENCIA DE LA VENA CAVA INFERIOR. — MARQUEZ-BLASCO, J.; CALDERON MONTERO, J.; CEREZO GONZALEZ, L.; BACHILLER, F. «Revista Española de Cardiología», vol. 16, nº 2, pág. 385; abril 1963.

Los autores presentan un caso cuyo cuadro, a juicio de ellos, quizás merezca el nombre de síndrome.

CASO CLÍNICO. Niña de 6 años de edad. Sus padres han observado alguna rara vez tinte cianótico de la piel, que últimamente se ha hecho constante, y astenia.

La exploración muestra un retraso en el desarrollo, hábito grácil. Impacto cardíaco claramente derecho y más bien hiperquinético. Latido palpable sistólico en foco pulmonar. Soplo protomesosistólico máximo en foco tricuspídeo y en mesocardio bajo. Foco mitral similar. Desdoblamiento segundo tono. En mesocardio es relativamente fijo, seguido de un suave soplo diastólico de origen pulmonar. Fonocardiogramas sin interés. Tensión arterial 90/55.

Radiología: Gracilidad costal; cardiomegalia; pedículo ancho, producido por dos grandes venas cavas dilatadas. Aorta normal. Dilatación discreta del borde auricular derecho y muy importante de la aurícula izquierda con un ángulo de carina traqueal de 110°; imagen de punto algo levantada. Considerable congestión sanguínea pulmonar. En O.A.D., dilatación del cono pulmonar, con agrandamiento de las aurículas y gran tamaño del ventrículo derecho. En O.A.I., agrandamiento auricular izquierdo y dilatación ampular proximal de una vena cava superior izquierda anómala. Latido cardíaco más bien hiperquinético y movimiento expansivo autónomo de los vasos pulmonares del hilio.

Electrocardiografía: Exagerado patrón de S dominante en las tres derivaciones *standard* y, por tanto, un eje QRS en el tercer sextante de Bayley. Ritmo nodal tipo «seno coronario» con migraciones espontáneas del marcapaso, que se acompañan de cambios en la frecuencia del pulso. En derivaciones precordiales, hipertrofia ventricular derecha, con sobrecarga más sistólica y de tipo «adaptación»; junto a unas ondas S profundas en precordio izquierdo existen manifestas y profundas ondas Q en V5 y V6, haciendo la onda T positiva, indicando una sobrecarga ventricular izquierda de tipo diastólico asociada. El vectorcardiograma no añade nada esencial.

La existencia de una cardiopatía congénita con «shunt» predominante izquierdo-derecho y tendencia a invertirse, era evidente; así como que el «shunt» estaba relacionado con una comunicación interauricular. Probablemente se trataba de un gran «ostium primum» o aurícula única con canal atrioventricular común. Los Rayos X añadían la existencia de una vena cava superior izquierda y un drenaje anómalo de las venas pulmonares con casi seguro desagüe en dicha cava izquierda.

Por cateterismo, el estudio tensional no demuestra obstáculo alguno y se confirma el defecto interauricular. Las resistencias pulmonares están muy aumentadas. Se pasa con suma facilidad a través del seno coronario a la prevista vena cava superior izquierda. Con gran sorpresa, de esta vena se pasó a un vaso que siguiendo el borde izquierdo de la columna bajaba hacia el abdomen, con presiones y oximetría similares a las de las cavas superiores: se trataba de una hemiacigos accesoria que desembocaba en la cava izquierda.

Realizamos entonces un nuevo cateterismo por la safena derecha. No hallamos cava inferior. El catéter seguía el trayecto izquierdo de la hemiacigos mencionada. Se confirmó el desagüe anómalo de las venas pulmonares en la cava.

Hasta 1962 se habían publicado unos 90 casos. En el último decenio se han publicado hasta 47 casos. Corresponde a un caso por cada 200 cardiopatías congénitas y, también, a un caso por cada 77 angiocardiógrafías realizadas por safena en estos enfermos. Casi la mitad tenían menos de dos años, y una quinta parte menos de nueve, con predominio por el sexo femenino. Casi la mitad presentan una vena cava izquierda anómala y en ellos son más frecuentes los casos con desagüe por hemiacigos. Un defecto interauricular es casi constante (80%). Muchas veces (62%) existe también un ventrículo único. En el 42% de ausencia de cava inferior existe un canal atrioventricular común, y en el 36% un drenaje anómalo de las venas pulmonares. Las inversiones cardíacas no son tampoco raras (30%).

Nuestro caso cumple la mayor parte de los requisitos.