

EXTRACTOS

ANEURISMA DE UNA PROTESIS DE DACRON EN LA ARTERIA FEMORAL A LOS CINCO AÑOS Y MEDIO DE SU IMPLANTACION (*Aneurysm occurring in a femoral artery Dacron prothesis five and one-half years after insertion*). — KNOX, W. GRAHAM. «Annals of Surgery», vol. 156, nº 5, página 827; **noviembre** 1962.

Los estudios de la evolución de las prótesis de Dacron y Teflon en el tratamiento de las oclusiones de la arteria femoral superficial dan como causas principales del fracaso a la larga de dichas prótesis la infección, los falsos aneurismas y cambios degenerativos.

Vamos a presentar un caso en que la prótesis se hizo aneurismática en toda su longitud a los cinco años y medio de su implantación.

OBSERVACIÓN. H. L., mujer de 55 años de edad. Manifiesta que tres meses antes de su ingreso inicia claudicación intermitente en la pierna izquierda. La arteriografía femoral bilateral por punción translumbar aórtica demuestra una oclusión de la femoral superficial izquierda. Se implanta una prótesis de Dacron en octubre de 1955, logrando pulsos distales y la desaparición de todos los síntomas. En mayo de 1961 observa hinchazón dolorosa en la zona operada. El arteriograma femoral demuestra una aneurisma fusiforme que comprende todo el injerto. Los pulsos distales siguen palpables, sin embargo, y el vaso huésped muestra pequeños cambios respecto al «run-off» del arteriograma original de 1955.

Una intervención exploradora mostró una dilatación aneurismática difusa total de la prótesis. El injerto aneurismático fue sustituido por otro también de Dacron, manteniéndose los pulsos distales.

El examen histopatológico reveló que el injerto aneurismático se hallaba revestido en su entera longitud por una íntima procedente de infiltración capilar. No existía evidencia de un defecto aislado del injerto; pero sí una completa pérdida de la estructura del trenzado con fragmentación y resultante dilatación de la cápsula fibrosa que envolvía el injerto original. El examen microscópico de varios sectores del injerto mostró células espumosas y precoz infiltración ateromatosa bajo la íntima. No se observaron placas escleróticas o calcificación en ningún sector.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha la mayoría de autores no habían observado fragmentación o degeneración de las prótesis de Dacron o Teflon, señalando la duración particular de estos plásticos. No obstante la mayoría no había sobrepasado los cinco años de evolución. Nosotros tampoco habíamos observado deficiencias estructurales hasta el presente caso.

Debemos señalar que la prótesis empleada en dicho caso fue construida de Dacron «woven-taffeta» satinado de relativa baja porosidad.

El caso presentado puede servir para considerar la deficiencia estructural como causa de problemas en los injertos a largo plazo.

ARTERITIS DE TAKAYASHU. OBSERVACIONES CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLOGICAS. — CESARMAN, EDUARDO; CARDENAS, MANUEL; ESCUDERO, JORGE; ZAJARIAS, SAMUEL; CONTRERAS, RAUL. «Archivos del Instituto de Cardiología de México», vol. 33, pág. 690; **noviembre-diciembre 1963.**

En el presente trabajo se analizan las manifestaciones clínicas, de diez y ocho casos de arteritis de Takayasu y los hallazgos histopatológicos en tres de ellos en quienes se practicó autopsia.

Todavía existe una gran disparidad de criterio en lo que hace referencia a la nomenclatura de esta entidad. Es conveniente utilizar el término «Síndrome del arco aórtico» para los casos con cuadro obstructivo braquiocefálico cualquiera que sea su origen; el término de «Síndrome de Martorell», cuando la etiología es ateroesclerosa; y por último «Arteritis de Takayasu», cuando se trata de un proceso inflamatorio proliferativo de los vasos.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1. Edad, 26 años. Sexo femenino. Inicia su sintomatología a los 15 años de edad con palpitaciones, disnea y edemas. A la exploración clínica, doble lesión aórtica, ausencia de pulso radical izquierdo. En brazo derecho, T. A. 185/90. Metabolismo Basal: + 40%. Tratamiento con corticoesteroides, digital y antitiroideos. Mejoría clínica. Persisten cefaleas, sensación de frío en las manos y visión borrosa.

CASO 2. Edad, 23 años. Sexo femenino. A los 16 años disminución de agudeza visual ojo izquierdo. Posteriormente colapso ortostático, zumbidos de oídos y episodios transitorios de pérdida de fuerza en las extremidades derechas. A la exploración física presenta: «Thrill» en carótida derecha, pulso carotídeo izquierdo disminuido, no se palpan las arterias de los miembros superiores. Fondo de ojo: Ensamblamiento venoso con corriente granulosa. Aortografía: ausencia de relleno de ambas subclavias y de la carótida izquierda y pobre relleno de la vertebral izquierda. Tratamiento con corticoesteroides. Mejoría subjetiva.

CASO 3. Edad, 41 años. Sexo femenino. A los 32 años parestesias en mano izquierda y enfriamiento de ambas. Tres años más tarde disnea y lipotimias. A la exploración, ausencia de pulsos en subclavia izquierda y ambos miembros superiores, con oscilometría negativa. Biopsia de arteria temporal, normal. Al E.C.G. hipertrofia de cavidades izquierdas. Se trató como insuficiencia cardíaca.

CASO 4. Edad, 28 años. Sexo femenino. Acude a la consulta por precordialgias. A la exploración, abolición de pulsos humerales, radiales y cubitales del lado izquierdo. Fondo de ojo, normal.

CASO 5. Edad, 17 años. Sexo femenino. Comienza su sintomatología por disnea, palpitaciones de esfuerzo y precordialgias. Ausencia de pulsos en miembro superior izquierdo, miembros inferiores y carótida izquierda. Oscilometría disminuida en miembro superior izquierdo; y moderadamente disminuida en miembros

inferiores. La aortografía muestra ausencia de relleno en carótida y subclavia izquierdas. Se le administran esteroides y aparece pulso en la radial izquierda y en la femoral derecha. La enferma fallece de un paro cardíaco al inducirse la anestesia para una nueva arteriografía. Necropsia: engrosamiento fibroso de la íntima de la aorta; en arterias periféricas se observa marcado engrosamiento concéntrico y fibroso de la íntima. Adherido a la íntima de la carótida primitiva izquierda puede observarse un trombo organizado desprovisto de tejido elástico.

CASO 6. Edad, 27 años. Sexo femenino. A la edad de 21 años, claudicación intermitente concomitantemente con dolor al ejercicio en miembros superiores con discreta atrofia muscular. Exploración: «Thrill» y soplo en carótida derecha, cubitales ausentes y radiales muy débiles; en miembros inferiores sólo se palpan las femorales. Metabolismo basal: + 46%. E.C.G.: zona de infarto en pared posterior. Tratamiento con antitiroideos y corticosteroides. Mejoría de su estado general y de sus manifestaciones vasculares periféricas.

CASO 7. Edad, 23 años. Sexo femenino. Antecedentes de dolores articulares, fiebre, sudoración y pérdida de peso. A los 17 años mareos matutinos. En el reconocimiento pudo apreciarse ausencia de pulsos en extremidades superiores con débiles oscilaciones. Pulsos carotídeos, normales. Tratamiento con triamcinolona, notándose cierta mejoría en su estado general.

CASO 8. Edad, 28 años. Sexo femenino. Antecedentes de palpitaciones precordiales y dolor retroesternal. Ausencia de pulso radial bilateral; ausencia asimismo de pulso humeral bilateral que hace imposible la toma de tensiones. Oftalmodinamometría en ramas papilares de la arteria retiniana, OD 15 mm, OI 40 mm. Tratamiento con corticoesteroides, observándose mejoría en el estado general, pero no en el cuadro clínico. Ultimamente se empezó a palpar «thrill» y soplo en carótidas.

CASO 9. Edad, 17 años. Sexo femenino. A los 15 años la comunican su ausencia de pulsos en extremidades superiores. Dos años después pérdida de visión en ambos ojos, que se hace progresiva, y dolor discreto en extremidades superiores. La exploración quirúrgica demostró que la carótida primitiva izquierda, la carótida derecha y sus ramas están formadas por un cordón fibroso que no sangra. Se hizo resección de la carótida izquierda. En el postoperatorio, hemiplejía derecha con afasia que evolucionó al coma, falleciendo la enferma a los tres días de la intervención.

CASO 10. Edad, 22 años. Sexo femenino. Antecedentes de poliartritis. A la edad de 19 años, intensa hemicránea derecha que mejoraba con analgésicos. Disnea desde los 17 años. A la exploración presenta «thrill» y soplo en carótida derecha con pulso carotídeo izquierdo disminuido. T.A. 110/70. La arteriografía mostró relleno disminuido y tardío de la carótida y subclavia izquierdas.

CASO 11. Edad, 42 años. Sexo femenino. A los 39 años, cuadro con hemiparesia izquierda y parálisis facial derecha. Ausencia de pulsatilidad de carótida izquierda y arterias de miembros superiores. Biopsia de músculo, normal. Eagle y cardioplipina, negativas. Aortografía: ausencia de relleno de carótida primitiva izquierda y de ambas subclavias. Aortografía lumbar, normal.

CASO 12. Edad, 13 años. Sexo femenino. A la edad de 12 años empezó a presentar cefaleas, astenia, adelgazamiento, anorexia, náuseas y cefaleas occipitofron-

tales con vista nublada. Estas molestias fueron seguidas al poco tiempo por crisis de desmayo, al adoptar bruscamente la posición de pie, y por contracciones tónicas de los miembros inferiores, al cambiar de postura. Disminución de la agudeza visual. A la exploración física se observó latido carotídeo muy disminuido en ambos lados. No se palpaban arterias humerales ni axilares. Debido a la progresión de los síntomas oculares fue propuesta para puente de aorta a carótida derecha. La enferma falleció durante el procedimiento, de hemorragia aguda. Entre los hallazgos necrópsicos macro y microscópicos encontramos: Placas fibrosas en la aorta, irregulares y confluentes, el tronco braquiocefálico y la arteria carótida primitiva izquierda nacen de un tronco común a través de embocaduras amplias. Las arterias carótidas y subclavias dan la sensación de un cordón fibroso sólido a la palpación. Entre los hallazgos microscópicos hay que distinguir el engrosamiento de la íntima de la aorta en su porción inicial, que se encuentra hialinizado en sus capas más superficiales. La carótida externa derecha muestra focos inflamatorios en la adventicia y la media. Las capas de la porción proximal del tronco braquiocefálico muestran las mismas alteraciones que el segmento torácico de la aorta. Una sección distal de la subclavia derecha muestra completa obstrucción de la luz del vaso, múltiples focos inflamatorios en todas sus capas y arteriolas neoformadas con hiperplasia de todas las capas de las mismas. Una sección distal de la subclavia izquierda muestra múltiples focos inflamatorios en todas las capas de la pared, observándose un granuloma con una sola célula gigante en la íntima. Las arterias renales, ilíacas y femorales son normales. El riñón es normal.

CASO 13. Edad, 28 años. Sexo femenino. Antecedentes cardíacos y de disminución de la agudeza visual. No se palpan subclavias ni axilares. Pulso muy ligero en radial y cubital izquierda. Negativo en radial y cubital derecha. La urografía excretora muestra un riñón derecho pequeño y un riñón izquierdo de tamaño normal, ambos funcionantes. El cateterismo ureteral mostró un riñón derecho no funcionando. Se efectúa nefrectomía derecha por arteria renal impermeable. La curva de tensiones evolucionó en la siguiente forma: T.A. preoperatoria 190/130. T.A. postoperatoria 140/90. Un año después de la nefrectomía empezó a presentar mareos y nueva alza de la tensión arterial a 220/150.

CASO 14. Edad, 27 años. Sexo femenino. Parestesias y adormecimiento en manos y pies desde los 25 años de edad. Disminución de pulso carotídeo izquierdo y ausencia del mismo en ambas subclavias, axilares, humerales, cubitales y radiales. T.A. 160/105 en miembros inferiores. La aortografía mostró oclusión de ambas subclavias.

CASO 15. Edad, 21 años. Sexo femenino. A la edad de 19 años tuvo una fuerte cefalea que fue seguida a los dos días por una hemiparesia derecha con afasia de las que se recuperó a los 8 días. Un mes más tarde presentó un episodio de ceguera en ojo izquierdo. Ojo izquierdo, palidez marcada de toda la retina con edema peripapilar y en polo posterior con «mancha de cereza». La aortografía muestra ausencia de relleno de ambas carótidas.

CASO 16. Edad, 41 años. Sexo femenino. A los 36 años de edad empezó a presentar dolor y frialdad al ejercicio en el brazo derecho, que desaparecían con el reposo. A los 38 años un médico le dijo que no tenía pulsos en las radiales. Ausencia de pulsos en miembro superior derecho; «thrill» y soplo sistólico en carótida de-

recha. T.A. 95/65 en miembro superior izquierdo, carótida derecha fácilmente palpable. Previa aortografía, se practica la extirpación de un trombo de 3,5 cm localizado en tronco braquiocefálico prolongado hacia la carótida. Empeoramiento objetivo y subjetivo, claudicación intermitente de ambas extremidades superiores, vértigos, crisis de pérdida de conocimiento. Tratamiento con parametasona. Mejoría clínica.

CASO 17. Edad, 22 años. Sexo femenino. Hace dos años empieza a experimentar mareos y lipotimias al caminar, juntamente con pérdida de capacidad auditiva y agudeza visual en el ojo izquierdo. Carótidas con latido disminuido, más del lado derecho. «Thrill» continuo en carótida derecha y sistólico en carótida izquierda. Pulso radial ausente en ambos brazos. La enferma evolucionó hacia la hemiparesia derecha con afasia.

CASO 18. Edad, 22 años. Sexo femenino. A la edad de 20 años le dijeron que la tensión arterial era alta en el brazo derecho y que en el brazo izquierdo no se la podían tomar. Poco después empezó a presentar disnea y tos de decúbito, con mareos y lipotimias. A la exploración presenta latido carotídeo y subclavio izquierdos muy disminuidos con «thrill» y soplo sistólico en el trayecto de la subclavia izquierda. Pulso radial izquierdo no palpable. Oscilaciones disminuidas en brazo izquierdo. Cineangiocardiógrafa: tronco braquiocefálico derecho, carótida izquierda muy estrecha, ausencia de relleno de la vertebral y subclavia izquierdas, ausencia de relleno de la renal izquierda, con nefrograma muy retardado. Estrechez de la arteria renal izquierda. «By-pass» de teflón aorto-renal.

DISCUSIÓN ACERCA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS

Manifestaciones clínicas. Todos los casos del presente estudio fueron mujeres. Los síntomas aparecieron en una edad promedio de 21,5 años.

Se presentó en algunos casos sintomatología de tipo general, como fiebre y eritema nodoso (hasta ahora no descrito en el Takayasu).

Se observaron síntomas neurológicos, oculares y audiovestibulares. Hubieron casos con patología de las carótidas y de las vertebrales sin la sintomatología correspondiente. La sintomatología correspondiente a la patología de las arterias de las extremidades superiores en los casos aquí presentados consistió en frialdad, claudicación intermitente, debilidad, sensación de latido arterial, y atrofia muscular.

Hallazgos oftalmológicos. Las alteraciones retinianas más frecuentes fueron ensanchamiento venoso con flujo arteriolar granular.

Hallazgos de la exploración física y la angiografía, en relación con las arterias afectadas. En el presente estudio se efectuó aortografía torácica en 15 casos y aortografía lumbar en 4 casos. Ocasionalmente los datos del examen físico no concordaron con los datos arteriográficos y viceversa. La maniobra de Allen siempre constituye un método auxiliar muy eficaz. Se considera a la arteriografía como método de exploración obligado en este tipo de trastornos.

Hallazgos de laboratorio. En 4 casos se observaron colesterolemias elevadas. Las reacciones serológicas de la sífilis fueron negativas en los 9 casos en que se estudiaron. Los títulos de antiestreptolisinas se estudiaron en 13 casos, hallándose un aumento del mismo en 9 casos. En tres casos se encontró un metabolismo basal de 20·

DISCUSIÓN ACERCA DE LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

Se revisaron las alteraciones anatómicas de los tres casos con necropsia. El cayado y el segmento torácico de la aorta mostraron lesiones en los tres casos. Desde el punto de vista histológico las alteraciones observadas fueron en todo semejantes en los tres casos y consistieron principalmente en: 1) Lesiones inflamatorias con reacción proliferativa del tejido conectivo; 2) alteraciones del tejido elástico; 3) fenómenos trombóticos; 4) cambios arteriolares de la vasa-vasorum.

ARTERITIS DE TAKAYASU Y CARDIOPATIA

Un caso presentó cardiomegalia, sin lesión valvular. Seis casos presentaron datos de valvulopatía aórtica, cuatro de ellos con certeza. Un caso presentó doble lesión aórtica. Varios casos más presentaron soplos registrados fonocardiográficamente. Algunos casos evolucionaron con hipertensión arterial. En tres casos hubo la sospecha clínica de participación de coronarias en el proceso arterítico.

ETIOLOGÍA

Debe descartarse la sífilis. No existen analogías con el Buerger, a pesar de haberse llamado a esta arteritis el Buerger de las mujeres. Ninguno de los tres casos estudiados con necropsia mostró lesiones histológicas de fiebre reumática. Se plantea pues el problema de que en la patogenia de las arteritis de Takayasu intervenga un mecanismo de hipersensibilidad.

TRATAMIENTO

Se han utilizado los anticoagulantes y los corticoesteroides. Con los corticoesteroides se observó una franca mejoría en buen número de casos. La acción de los anticoagulantes resultó difícil de valorar.

En la literatura se relatan casos de procesos arteriales obstructivos tratados con éxito. La experiencia de los casos operados en el Instituto Nacional de Cardiología ha sido poco halagadora. En los dos casos de proceso obstructivo de carótidas en que se hizo cirugía arterial directa fallecieron ambas enfermas.

La evolución es en general satisfactoria. Los accidentes fatales que se han presentado han sido dos durante intervención quirúrgica reparadora y uno durante la ejecución de una arteriografía del cayado aórtico.