

EXTRACTOS

RESULTADOS EN 41 CASOS DE TROMBOSIS CRONICA AORTOILIACA TRATADOS CON INJERTOS ARTERIALES.—TEME, J.; D'UVAS, E.; SALA, A. GARIBOTTI, J.; GIFFONIELLO, A.; MARTÍNEZ MARULL, J. «Publicaciones del VIº Congreso Latinoamericano de Angiología». Temas libres, pág. 455; noviembre 1962.

El 76% de los casos se hallaba entre los 41 y 60 años de edad. Existían 28 obliteraciones aórticas, altas o bajas, aortoiliacas concomitantes o iliacas bilaterales, que a los fines quirúrgicos se las consideró como aórticas; 13 iliacas unilaterales. Todos pertenecían al sexo masculino. Se comprobó diabetes en sólo 9 casos.

Se practicó aortoarteriografía seriada bilateral y simultánea en la mayoría. En 6 casos existía una obliteración más baja, femoral o femoropoplítea. Fueron operados sin estudio aortográfico previo, 10 casos.

Selección para la operación: En 20 casos la claudicación intermitente era grave, con signos clínicos de acentuada isquemia; en el resto la claudicación era menos intensa, pero no permitía las tareas habituales (en su mayoría habían sufrido sin resultado operaciones vasodilatadoras). Los que presentaban una claudicación poco acentuada, con obliteraciones circunscritas y buena circulación colateral no fueron operados. Los casos con dolor en reposo y/o gangrena fueron operados sin mayores dilaciones.

Se seleccionaron para la operación los casos sin daño coronario, renal o cerebral (20% de los casos) y aquellos cuya lesión se hallaba compensada.

Injertos empleados: 28 bifurcados y 13 rectos; 3 homoinjertos liofilizados, 3 de teflon liso sin costura, 3 de nylon (E. T.), 23 de teflon coarrugado y 10 de dacron coarrugado.

Técnica: Al principio realizamos extirpación o arteriectomía de la porción aórtica trombosada y colocación del injerto en anastomosis terminoterminal en los tres cabos, operación intraabdominal, difícil y sólo aplicable a determinados casos. En la actualidad, anastomosis terminoterminal proximal, sin resección, cuando la obliteración es alta en la aorta, y terminolateral si es baja; anastomosis terminolateral en las ramas.

En las obliteraciones iliacas, primero realizamos resección con anastomosis terminoterminal; luego «by-pass» circunscrito; y ahora, injerto iliofemoral de entrada.

En un solo caso hemos empleado el injerto aortoiliaco después de producirse trombosis iliofemoral. Cuando la lesión es bilateral o la iliaca contralateral está en malas condiciones, realizamos injerto bifurcado de entrada. No aplicamos el iliofemoral cuando la trombosis es de iliaca externa y la iliaca interna actúa de circulación colateral.

En todos los casos se procede a la simpatectomía bilateral.

Resultados inmediatos: En los injertos bifurcados murieron 2 enfermos, uno por trastorno respiratorio al terminar la operación, otro por insuficiencia renal aguda

atribuible a la hipertensión en el «desclampeo» y pérdida por la sutura superior. Ocurrieron 2 trombosis inmediatas de una de las ramas, bien toleradas. En los injertos rectos tuvimos 2 oclusiones inmediatas, una bien tolerada y otra que obligó a reintervenir por isquemia aguda del miembro (injerto aortofemoral, que también se obliteró) en un enfermo grado IV que terminó amputado.

Resultados lejanos: En seis años de observación se han obliterado el 31,5%. Siguen permeables el 36% de los injertos rectos y el 30% de los bifurcados, con un total de casi 70% de permeabilidad. Los mejores resultados se han obtenido a partir de 1959, con la misma técnica y utilizando dacron o teflon coarugado.

Tuvimos una muerte por infección del injerto a los tres años de implantar un injerto bifurcado de teflon. Se mantuvo permeable hasta hace seis meses, en que se trombosó una rama, apareció una fístula en la incisión femoral, drenando una substancia gelatinosa y purulenta y más tarde pequeñas hemorragias. Al final hemorragia digestiva, con aparición de un falso aneurisma abdominal. Operado, se comprobó una fístula en duodeno de la sutura superior. Se extirpó el injerto, permeable en aorta y una iliaca, colocando un aortofemoral; falleciendo el enfermo a las cuarenta y ocho horas.

COMENTARIO

Dado que la enfermedad causal de estas obliteraciones es la arteriosclerosis, los resultados de la cirugía deben ser expresados en términos de tiempo. El concepto de curación permanente no es realista en estas enfermedades progresivas.

No es difícil valorar los resultados con precisión ya que desde 1956, fecha de nuestros primeros casos, han ocurrido frecuentes cambios en los conceptos técnicos a los que nos hemos ido acomodando. Empezamos por la resección o arteriectomía e injerto terminoterminal en los tres cabos; seguimos con la exclusión e injerto en «by-pass». Igual ha sucedido con el material de injerto. Empezamos con el homoinjerto arterial liofilizado, continuando con las prótesis de diversos plásticos.

Tampoco existe en nuestra casuística homogeneidad de criterio en cuanto a la selección de casos: figuran casos que van de la simple claudicación a la gangrena.

Nuestro actual criterio es el de que en las obliteraciones aortoiliacas los injertos en «by-pass» de dacron o teflon dan los mejores resultados.

La indicación quirúrgica debe estar condicionada al estado general del paciente, a su «modus vivendi», al grado evolutivo de la enfermedad y al estado arterial. En caso de dolor en reposo o gangrena, la indicación quirúrgica es formal.

En casos de claudicación intermitente, sólo operamos aquellos casos en que sea progresiva o muy intensa, 50-100 metros.

En las obliteraciones iliacas unilaterales preconizamos la técnica ilustrada que en nuestras manos ha dado buenos resultados. Operación simple, que permite actuar «a posteriori» si fuera necesario sobre la aorta que no ha sido movilizada.

Hay que resaltar la necesidad de una asepsia rigurosa. Según nuestra experiencia, las infecciones del injerto a este nivel son mortales.

MORBILIDAD EN LAS OCLUSIONES ARTERIALES DE LOS MIEMBROS EN 6400 REVISIONES (*Morbidität an gliedmassenarterien-verschluss bei 6400 berufstätigen-basler studie*). — WIDMER, L. K., «Schweiz. Ges. Angiol.», 1 Jahresvers. 1962. Bibl. Cardiol., vol. 13, pág. 67, Karger, Basel/New York 1963.

Se exponen los resultados de la revisión efectuada en 6400 sujetos en relación con su estado circulatorio periférico, de modo particular respecto a la morbilidad por obstrucciones arteriales periféricas, correspondiente a obreros de la industria química de Bâle comprendidos entre los 15 y los 64 años de edad.

Se expone asimismo el procedimiento de la investigación, la forma de seleccionar los grupos, los procedimientos para descubrir los portadores de una oclusión arterial (oscilógrafo electrónico) que, comparados con la arteriografía, se han mostrado muy eficaces.

En cuanto hace referencia a la *morbilidad*, 75 individuos han mostrado ser portadores de una obstrucción arterial, afectando en total 101 extremidades. El sexo masculino ha resultado afectado en mayor proporción que el femenino, en relación de 1,6:1. En los hombres, la morbilidad pasa del 1% entre los 30-40 años al 8% entre los 60-64 años.

Respecto a la *localización de la obstrucción*, algo más de la mitad corresponden a la arteria femoral superficial, seguidas de las que afectan a las arterias ilíacas (16%) y las arterias de la pierna (23%). En un pequeño tanto por ciento (1/8 de los casos) se hallaban ocluidas también las arterias de las extremidades superiores.

Por lo común las obstrucciones arteriales periféricas no se presentan aisladas sino que son *múltiples* (1/3 de los casos), una décima parte de los casos presentó ictus cerebral y un tercio había sufrido una afección coronaria. Una comparación entre los estudios de Bâle y de Farmingham demuestra que la oclusión de las arterias de los miembros y la de las coronarias sobreviene con la misma frecuencia y a la misma edad.

Dos tercios de los individuos que sufrían de una obstrucción arterial desconocían la existencia de tal afección. Entre estos enfermos existía un tercio sin *síntomas* y otro tercio con apenas síntomas. Por el contrario y como contraste, muchos individuos indemnes de toda arteriopatía (el 17% de los hombres y el 36% de las mujeres) se quejaban de sus extremidades inferiores. Puede entonces concluirse que la presencia o ausencia de molestia no se corresponde con la presencia o ausencia de obstrucción arterial.

Existen varios procedimientos merced a los cuales puede descubrirse la arteriosclerosis en su fase precoz. Cuidadosos exámenes de las arterias periféricas pueden hacerlo antes de que surjan complicaciones coronarias o cerebrales, por ejemplo. En consecuencia, un minucioso examen de dichas arterias permite en general establecer un diagnóstico precoz de arteriosclerosis.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON LOS INJERTOS VASCULARES (*Clinical experience with vascular grafts*). — VERSTRAETE, M.; BOSMANS, P.; SMET, G. & VANDEN BERGHE, J. «Acta Cardiológica», tomo 19, fasc. 3, pág. 268; 1964.

Los autores presentan 45 enfermos afectados de ateromatosis avanzada de la aorta abdominal y/o de los vasos periféricos. Estos enfermos fueron tratados quirúrgicamente por medio de injerto de sustitución, «by-pass» o endarteriectomía con parche. A la vista de los resultados postoperatorios, se hacen unas consideraciones teniendo en cuenta los datos proporcionados por la clínica y por el propio enfermo. De todo ello, llegan a la conclusión de que es preciso limitar las indicaciones del «by-pass» a aquellos enfermos que sufren de una isquemia avanzada, prácticamente intolerable, con principio de gangrena. Por otra parte, su experiencia de los últimos años les ha enseñado que la mayoría de «by-pass» se obstruyen incluso bajo tratamiento anticoagulante a largo plazo. Por otra parte, resaltan que la indicación operatoria se halla supeditada en parte a la ocupación y a la edad del paciente. Su experiencia con injertos de sustitución es más satisfactoria, por lo cual la indicación de ellos se hace con mayor facilidad.