

Extractos

UN NUEVO METODO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ELEFANTIASIS DE LOS MIEMBROS.— De Reyes-Pugnaire, M. «Barcelona Quirúrgica», vol. 7, n.º 5, pág. 453; 1963.

En el tratamiento quirúrgico de la elefantiasis de los miembros inferiores se han empleado varios procedimientos quirúrgicos, la mayoría de los cuales distan de ser satisfactorios.

Se expone aquí un procedimiento original, empleando un colgajo pediculado de mesenterio.

Referente a esta enfermedad hay que considerar dos grupos de enfermos: uno, en el que la enfermedad ha llegado a adquirir un grado verdaderamente monstruoso; otro, en el que la enfermedad no llega un grado tan avanzado. En el primero la cirugía logra alcanzar resultados bastante satisfactorios comparándolos con el estado inicial; en el segundo, aunque se suele reducir el volumen del miembro, se consigue a expensas de extensas cicatrices y sin evitar recidivas parciales.

Para este segundo grupo el autor sugiere la implantación en el muslo enfermo de un colgajo pediculado de mesenterio que, conservando sus conexiones centrales y extirpando el intestino correspondiente, obrara a modo de derivación linfática.

En efecto, el mesenterio es muy rico en vasos y ganglios linfáticos, su circulación linfática es muy activa y su disposición anatómica permite poder ser tallado en colgajos que conservando su irrigación pueda sufrir grandes desplazamientos. Para tallar el colgajo hay que tener en cuenta la disposición anatómica de la arteria mesentérica superior con objeto de evitar interferir el riego sanguíneo de los extremos intestinales con la siguiente necrosis. Con motivo de un caso, presenta la siguiente técnica.

Técnica.—Laparotomía infraumbilical derecha transversa. Se toma un colgajo a nivel del ileon relativamente cerca del ciego, a nivel donde el mesenterio es más movilizable y donde la rama de la arteria mesentérica forma varias filas de arcos vasculares. Se separa una asa de intestino de unos 23-25 cm., mediante dos secciones extendidas al mesenterio, la distal hasta cerca de la arteria mesentérica, la proximal, algo menos penetrante, en el mesenterio para dejar penetrar alguna o algunas arterias en al base del colgajo. Restablecimiento de la continuidad intestinal por anastomosis terminoterminal. Se separa el intestino del asa excluida dejando adherida al mesenterio una porción seromuscular.

Si este colgajo queda corto, puede suplementarse con un colgajo tomado del epiploon mayor con su base a la derecha.

Incisión inguinal por dentro de los vasos femorales. Se descubre el infundíbulo crural. Protegiendo la vena, se pasa por dentro de la misma una pinza cerrada que, perforando la fascia transversal y el peritoneo, penetra en la cavidad abdominal. Con la pinza se extraen los colgajos hacia la región inguino-crural, donde se fijan con unos puntos de catgut; el colgajo más largo se aloja en un túnel labrado en el tejido celular subcutáneo hacia abajo de la herida.

Después de fijar el colgajo mesentérico en la pared de la fosa ilíaca interna, cerramos las heridas abdominal e inguinal.

En el caso en que se aplicó este procedimiento, el resultado a los once meses fue brillantísimo. Se completó con el uso de una media de goma.

Respecto al riesgo de la operación cabe decir que realizada en enfermos jóvenes y sanos prácticamente no existe.

En cuanto al peligro de afectación secundaria del sistema linfático mesentérico al establecer dicha conexión linfática, puede evitarse si se interviene el enfermo pasada la fase de inflamación activa y bajo protección de antibióticos.

Caben variantes técnicas utilizando colgajos tallados en los mesos del colon.

TRANSPOSICION DEL OMENTO EN EL LINFEDEMA PRIMARIO (Omental transposition in primary lymphedema).—Goldsmith, Harry S. y de Los Santos, Rafael. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 125, pág. 607; septiembre 1967.

Tras una serie de disquisiciones sobre la clasificación de los linfedemas primarios, los autores pasan a hablar del tratamiento. Aceptan que las formas leves pueden ser tratadas médicamente por elevación de las extremidades, vendajes de contención, diuréticos y movimientos activos y pasivos. Por el contrario, en las formas intensas y en las que los brotes de erisipela se repiten, se hace necesaria con frecuencia la cirugía. El general, la resección de los tejidos fribredematosos.

Kinmonth y colaboradores han demostrado en los linfedemas primarios una aplasia de los troncos linfáticos en el 14 % de los casos, una hipoplasia en el 55 %, una hiperplasia o dilatación varicosa linfática en el 24 % y una corriente retrógrada en los plexos linfáticos dérmicos (demostrativo de obstrucción linfática), en el 6 %.

Debido a la insuficiencia linfática, las operaciones tienden a llevar nuevos linfáticos a la extremidad edematosa. La mayoría no tienen éxito por proporcionar poco número de linfáticos, como el método pediculado de Gillies. No obstante, parece que si se logra resecar una buena porción de tejido enfermo a la vez que se aporta un buen número de conductos linfáticos normales, el método puede ser satisfactorio.

Se presentan dos casos.

Tratamiento por la técnica de los autores.—Los autores presentaron en 1966 una nueva técnica para el tratamiento quirúrgico de los linfedemas crónicos, utilizando el omento con su riqueza en vasos sanguíneos y linfáticos transportado a la extremidad inferior. El éxito conseguido en aquellos primeros

casos les invitó a ensayarlo en los linfedemas primarios, como los dos que presentan.

Anestesia general. Incisión desde la cara interna inferior al cóndilo tibial hasta el maléolo. Se separan los colgajos cutáneos hacia los lados de la incisión. Resección del tejido fibroedematoso subcutáneo, incluyendo la fascia profunda que cubre la mayor parte del músculo tibial anterior. El sobrante de piel también se reseca. Una segunda incisión se practica en la cara anterointerna del muslo desde la mitad del ligamento inguinal a inmediatamente por encima del cóndilo interno del fémur. Se separan los colgajos cutáneos y se reseca el tejido subyacente, incluyendo la fascia que recubre los músculos del muslo. Se disecciona el triángulo femoral para liberar la vena femoral de cualquier proceso fibrótico que la envuelva.

Se practica entonces una incisión abdominal sobre la línea media desde dos pulgadas por encima del ombligo hasta la sínfisis del pubis. Una vez entrados en la cavidad peritoneal, se disecciona por completo la inserción del omento en el colon transversal junto a la serosa. Se separa entonces el omento de la gran curvatura del estómago, conservando en absoluto la arcada gastroepiploica desde el píloro a la arteria esplénica. La arcada gastroepiploica se secciona en la parte de la gran curvatura del estómago; así, la gastroepiploica se constituye en el aporte sanguíneo del omento. Si se desea llevar el omento a la pierna izquierda, se secciona la arcada gastroepiploica derecha y la arteria gastroepiploica izquierda mantiene el aporte sanguíneo al omento.

La próxima etapa del método consiste en movilizar el omento hacia la pierna. Primero se abre el peritoneo sobre los vasos ilíacos comunes. Por disección aguada y obtusa se crea un túnel por encima de los vasos femorales. Por lo común hay que seccionar parcialmente el ligamento inguinal para que no comprima el omento. El túnel debe tener unos dos dedos de ancho. A continuación el omento es llevado a través de este túnel, evitando su torsión, y colocándolo como un delantal sobre los músculos del muslo. Otro túnel se abre en la cara interna de la rodilla. Se hace pasar el omento por este último túnel y se extiende sobre la cara anterior de la pierna. A lo largo de los bordes del omento se colocan algunos puntos para mantenerlo en posición.

En la parte inferior del abdomen, entre el peritoneo y el omento, se practican varias suturas para evitar la hernia del intestino en el túnel femoral. El omento intraperitoneal se coloca descansando sobre la gotera pélvica externa y se fija con algunos puntos para prevenir la menor hernia intestinal. Se cierra la herida dejando un drenaje Penrose en la parte baja del abdomen y unos catéteres de aspiración en el muslo y la pierna. Estos catéteres se dejan unos ocho días, hasta que se supone que la regeneración linfática ha tenido lugar entre los linfáticos del omento y los de la pierna.

Los autores han operado con este procedimiento 2 linfedemas crónicos adquiridos, 3 linfedemas postmastectomía y 2 linfedemas primarios. En todos el omento se movilizó con facilidad, hacia el codo o hacia la rodilla. Los resultados en los 2 pacientes con linfedema primario son alentadores. El tiempo dirá si la transposición del omento es un tratamiento satisfactorio del linfedema primario.

FLEBOGRAFIA PELVICA POR VIA INTRAUTERINA. — Frimm, Carlos Estevão y De Souza Rudge, Waldemar. «O. Hospital», vol. 72, pág. 73; 1967.

Se revisa en primer lugar la historia de la flebografía pélvica desde sus inicios en el hombre con **De La Peña**, quien utilizaba la inyección de contraste por la vena dorsal del pene, hasta los sistemas de flebografía transósea utilizados a partir de **Drasnar**. Después se estudian los orígenes de la flebografía pélvica transuterina descrita por **Baux** en 1951.

La técnica utilizada es la inyección del contraste en el miometrio uterino por punción del mismo. Se emplea una cánula a modo de histerómetro que deja pasar por su interior una larga aguja semejante a las que se usan para la raquianestesia. La inyección se practica en el miometrio del «fundus» uterino, tomando la precaución de no perforarlo para evitar inyectar el contraste en la cavidad peritoneal libre. La presión de inyección es muy considerable. Para disminuirla cabe inyectar antes 150 U. de hialuronidasa.

Esta técnica debe utilizarse siempre en la primera mitad del ciclo menstrual al objeto de no interrumpir posibles embarazos. Se sigue la vía vaginal y se obtienen radiografías en posición horizontal y vertical de la paciente. La cantidad de contraste a inyectar suele ser la de 30 c.c.

La flebografía endouterina visualiza fundamentalmente: a) la trama capilar uterina, b) las venas uteroováricas, homólogas de las espermáticas del hombre, y que constituyen el pedículo superior, c) las venas uterinas, que constituyen el pedículo inferior y que a su vez desembocan en las hipogástricas.

Este método puede tener valor diagnóstico en los varicoceles, síndromes de congestión pelviana y trombosis intrapélvicas. Su interés es menor en otros procesos, como tumores uterinos, prolapsos, esclerosis parametrial, etc.

En conjunto se revisan los síntomas que constituyen el síndrome de congestión pelviana: dolores en regiones lumbares, dispareunia, antecedentes de «coitus interruptus», sacralgias, etc.

Asimismo se hace referencia al cuadro fleboográfico de la trombosis de las venas viscerales uterinas. Cuando esta tromboflebitis de venas de drenaje uteroováricas tiene lugar, se observa la falta de repleción de las mismas o al menos de una de ellas, y de igual modo el rápido paso del contraste al sistema profundo de las hipogástricas.

COMPLICACIONES TARDIAS DE LA IMPLANTACION DE PROTESIS VASCULARES (Late complications following implantation of vascular prosthetics). — Nemir, Paul. y Wagner, Donald E. «The Journal of Cardiovascular Surgery», vol. 8, n.º 2, pág. 117; marzo-abril 1967.

Las complicaciones tardías de la implantación de injertos vasculares constituyen un raro, aunque serio, problema. Las prótesis vasculares o los homoinjertos fueron utilizados por nosotros como material de sustitución o «by-pass» en 238 casos desde 1954 a 1964. Las complicaciones aparecieron entre uno a

tres años después de la implantación en 5 pacientes y en cuatro de ellos con carácter recidivante.

En los últimos seis años 13 sustituciones se efectuaron en dichos 5 pacientes. Tres de ellos sufrieron 3 sustituciones y dos 2 sustituciones. En todos se utilizó teflón, salvo en un caso de este grupo.

La trombosis del injerto fue la causa del fracaso en seis casos, por fallo de la sutura en uno, traumatismo de la túnica interna en otro, probable tendencia anormal a la coagulación en dos y por causa desconocida en otros dos.

En tres casos se debió a la producción de un falso aneurisma a nivel de la anastomosis efectuada con seda. Desde entonces hemos abandonado las suturas con seda, sin que hayamos tenido más complicaciones utilizando hilos de teflón impregnado en dacron en las suturas.

En un caso se observó una tendencia anormal a la coagulación. A pesar de hallarse bajo terapéutica anticoagulante (había sufrido dos infartos de miocardio antes de la operación), se presentó por dos veces una trombosis del injerto.

Por último, entre las causas figuran también dos muertes por infección.

Como resumen, podemos decir que hemos abandonado las suturas con seda, empleando ahora hilos de teflón impregnado en dacron. Hay que evitar los acodamientos de las prótesis, causa de falsos aneurismas y de infección. Ante la trombosis del injerto hay que reoperar en seguida. La terapéutica anticoagulante no es una garantía contra la trombosis del injerto. Los signos y síntomas de una infección de la prótesis pueden aparecer al cabo de varios meses de la implantación; si aparecen, hay que sustituir por entero la prótesis causal.