

Extractos

CONSTRICCIÓN DEL TRONCO CELIACO Y ANGINA ABDOMINAL (Coeliac axis constriction and abdominal angina). — P. T. Harjola. «Bulletin de la Société Internationale de Chirurgie», vol. 27, n.º 5, pág. 464; 1968.

Sabemos que la angina abdominal se produce a consecuencia de la estenosis arteriosclerótica de las ramas aórticas viscerales. He observado que la compresión externa puede ser también causa de constrictión del tronco celíaco. Hasta 1963, en que publiqué el primer caso, no he hallado trabajo alguno que lo mencione. En 1965, **Dunbar** y **Marable** reportaron el mismo síndrome.

Hasta la fecha he operado 12 pacientes, en todos los cuales la constrictión del tronco celíaco estaba ocasionada por los tejidos externos. Estos pacientes sufrían de dolor epigástrico postprandial. En todos se oía un soplo sistólico epigástrico o se notaba un pronunciado «thrill» a la palpación de la arteria. En tres casos el diagnóstico se estableció en el preoperatorio, en nueve durante una laparotomía por otras razones. En seis la constrictión del tronco celíaco fue el único trastorno observado, mientras que en los otros seis existían otros trastornos concomitantes en el abdomen superior. En cuatro pacientes la estructura constrictiva era el borde del hiato aórtico, el cual alcanzaba una situación demasiado distal en relación con la arteria celíaca, presionándola en forma de bucle contra la aorta. En otros ocho, la constrictión la ejercía un ganglio fibrótico celíaco. La sección del tejido constrictor fue la única medida necesaria para liberar la arteria. Desapareció el soplo y el «thrill» en todos. Ocho pacientes quedaron libres de síntomas, tres alivieron algo y uno quedó igual. El período de observación osciló entre medio y cuatro años y medio.

La etiología de la constrictión puede ser tanto una desproporción entre el hiato aórtico y la arteria celíaca como la fibrosis de un ganglio celíaco. Los exámenes histológicos demostraron en todos los casos un aumento del tejido conectivo y en los ganglios celíacos una proliferación y fibrosis del tejido nervioso como se ve en los neuromas.

La fibrosis puede producirse por distintas causas. En los pacientes operados previamente la causa pudo ser un hematoma retroperitoneal; asimismo procesos inflamatorios de vecindad, como colecistitis, pancreatitis o ulcer, podrían llevar a la fibrosis. Otra causa posible de fibrosis sería la continua pulsación de la arteria que ocasionaría la ruptura de las fibras nerviosas en el ganglio que rodea la arteria.

El grado de intensidad de los síntomas y de irritación del ganglio celíaco cuando se halla comprimido contra el hiato aórtico por las ondas pulsátiles permanece incierto. No obstante, parece obvio que la reducción de la corriente en la arteria celíaca y el gradiente de presión pueden ser causa de isquemia.

SINDROME DEL CANAL AORTICO DEL DIAFRAGMA (La síndrome del canale aortico del diaframma). — A. Bobbio. «*Omnia Med. et Ther.*», vol. 46, pág. 595; 1968.

Se propone la denominación de Síndrome del Canal Aórtico del Diafragma al complejo de síntomas digestivos (dolor postprandial, trastornos de la canalización gastrointestinal, enflaquecimiento) ocasionados por la comprensión del tronco celíaco producida desde fuera del vaso y que provocan modificaciones en las normales relaciones anatomotopográficas entre las distintas estructuras del diafragma que circundan y delimitan el orificio aórtico del propio diafragma.

La **sintomatología** es análoga a la de la más frecuente isquemia celíaco-mesentérica crónica arteriosclerótica. Su patogenia obedece a la permanente reducción del flujo que, en los estadios iniciales de la enfermedad, se manifiesta clínicamente en el período de la digestión.

El conocimiento de los síndromes de estenosis de la arteria celíaca se deben al empleo cada vez más frecuente de la aortografía alta en proyección lateral. Con ella ha sido posible demostrar los aspectos angiográficos del tronco celíaco que pueden considerarse como patognomónicos de la afección. La interpretación de los distintos hallazgos aortográficos se ha hecho evidente a partir de que los casos observados han sido sometidos a exploración quirúrgica. Se ha comprobado que el tronco celíaco estaba comprimido en su sector inicial de delante a atrás de tal forma que sufría una reducción notable de su calibre y, en consecuencia, de su pulsosidad y flujo. A la estenosis sigue, por lo habitual, una dilatación postestenótica y una ausencia de pulsaciones en las ramas del tronco celíaco.

La **causa** más frecuente de comprensión del tronco celíaco viene representada por una particular disposición del ligamento arqueado medio del diafragma por la cual sus fibras arciformes descienden más abajo de lo normal, aumentando la longitud del canal músculo-aponeurótico seguido por la aorta, que se constituye a nivel del orificio aórtico del diafragma entre los dos pilares de éste y que convergen hacia adelante. Esta disposición congénita o adquirida se complica a menudo con una esclerosis del tejido conjuntivo retroperitoneal, en general circunscrita a la región celíaca, y a veces también con una hipertrofia del tejido neurofibroso del plexo celíaco que interesa de manera específica ganglios y cordones, sobre todo a nivel del perinervio que histológicamente aparece engrosado.

El **diagnóstico** debe establecerse sólo después de haber excluido otras afecciones abdominales, en especial las diversas neoplasias del estómago y del colon. En ocasiones puede hacerse necesaria una laparotomía exploradora para tener la certeza. La aortografía de perfil, no obstante, es capaz de demostrar el cuadro angiográfico patognomónico de comprensión del tronco celíaco.

La **terapéutica** del síndrome del canal aórtico del diafragma es quirúrgica y consiste en la sección de la pared anterior del canal aórtico asociada a la liberación del tronco celíaco en toda su longitud y de todo el tejido escleroso que eventualmente se asocia a la hipertrofia de las fibras arciformes.

Los resultados son buenos, incluso a largo plazo. La aortografía de control practicada en la mayor parte de nuestros 16 casos operados ha demostrado la modificación de forma y de volumen del tronco celíaco que tiende a restablecer

la normalidad de las relaciones anatomotopográficas entre aorta y tronco celíaco y sus ramas.

El síndrome del canal aórtico del diafragma tiene, pues, una verdadera y propia autonomía entre las afecciones vasculares que, como la arteriosclerosis, son capaces de provocar un cuadro de insuficiencia arterial crónica en el ámbito celíaco-mesentérico.

LA VENA CEFALICA COMO INJERTO VASCULAR PERIFERICO (The cephalic vein as a peripheral vascular graft).—V. V. Kakkar. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 128, pág. 551; marzo 1969.

El injerto en «by-pass» es el procedimiento más utilizado en el tratamiento de las enfermedades oclusivas de las piernas. Para ello se suele utilizar la safena interna del propio paciente. No obstante, a veces no es adecuada por ser demasiado estrecha, por ser varicosa o por otras razones. Entonces sólo cabe emplear arterias de cadáveres o prótesis sintéticas. Los injertos sintéticos no son satisfactorios por trombosarse en general a los dos o tres años (**Szilagyi, Theodore y Darling** y colaboradores). Los injertos procedentes de cadáveres tampoco satisfacen por su difícil obtención, esterilización y almacenamiento, aparte de que pueden volverse aneurismáticos o sufrir una progresiva obstrucción ateromatosa.

Una alternativa, en estos casos, es emplear la vena cefálica del mismo paciente. Nuestro estudio demuestra que dicha vena es lo suficiente larga, ancha y consistente como para poder utilizarse como sustituto arterial en las piernas.

Las experiencias comprobadoras de la posibilidad de su utilización se llevaron a cabo con venas cefálicas procedentes de 20 cadáveres hombres y 5 cadáveres mujeres, sometidas a distintas pruebas. Por término medio tenía una longitud de 54 cm desde el inicio de la radial en el arco dorsal de la mano, suficiente para un «by-pass» femoropoplíteo. El diámetro externo en 25 venas cefálicas distendidas inyectando agua a una presión de 100 mm Hg fue de 7.6 mm de promedio; lo mismo con la safena interna dio un promedio de 6.4 mm. Ninguna vena cefálica estalló hasta que la presión intraluminal alcanzó los 430 mm Hg.

Hemos utilizado la vena cefálica en siete pacientes en los cuales la safena interna no era adecuada. Todos sufrían claudicación intermitente a distancia menor de 100 yardas y dolor en reposo; las arteriografías mostraron oclusión de la femoral superficial, con permeabilidad de la femoral profunda y de la poplítea y un «runoff» adecuado para el tratamiento operatorio.

Antes de proceder a la extracción de la cefálica practicamos una flebografía para comprobar que esta vena es útil para un «by-pass»; y a la vez se señala sobre la piel su curso para facilitar su disección. Para evitar que el injerto se estreche, se inyectan 50 c.c. de solución de 0,9 cloruro de sodio y 2,5 mg de papaverina.

Expuestas la arteria femoral común y la poplítea, se hace pasar la vena cefálica por debajo de un túnel subsartorio, cuidando mucho que no quede en rotación. Suturas de forma habitual según la técnica de **Kunlin**.

Hemos seguido los enfermos más de un año. En este limitado período todos

los injertos han permanecido permeables y los pulsos distales palpables. No se ha producido dilatación alguna, comprobado por arteriografía.

Discusión: Cuando la safena interna no es adecuada para el injerto, suele utilizarse la endarteriectomía o material sintético. Los resultados lejanos de estas operaciones son inferiores a los obtenidos con «by-pass» venosos (**Gutelius** y **DeWeese** y colaboradores). Nuestra técnica es explorar la safena interna y, cuando su diámetro es inferior a 5 mm, se abandona la disección y utilizamos la vena cefálica.

Tiene este procedimiento una serie de ventajas: 1.º, el tiempo de operación queda reducido, pues mientras se diseña la cefálica otros pueden ir preparando la zona receptora; 2.º, la limitada disección en la pierna isquémica reduce las posibilidades de infección, mejorando así el pronóstico; 3.º, la vena cefálica es más ancha por lo común que la safena interna, en particular en su porción distal, lo cual tiene bastante importancia para la anastomosis proximal.

La desventaja consiste en que deben hacerse incisiones separadas.

Aunque es demasiado pronto para deducir conclusiones definitivas, el largo tiempo de observación con resultados satisfactorios en gran número de pacientes prueba que la vena cefálica puede constituir una alternativa y quizás aún mejor injerto autólogo que la safena interna.

NUESTRA EXPERIENCIA EN OBLITERACIONES Y ESTENOSIS DE LOS TRONCOS SUPRAAORTICOS (Notre expérience des obliterations et sténoses des troncs supra-aortiques). — R. Fontaine, R. Kieny y J. Pietri. «Journées Angéiologiques de Langue Française», L'Expansion, Ed. París. Pág. 279; 1968.

De su experiencia en el síndrome de obliteración de los troncos supraaórticos, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1. Las obliteraciones y estenosis supra y yuxtaaórticas merecen ser tratadas aparte. Dan lugar a un síndrome de etiología múltiple que conviene denominar Síndrome de los troncos supraaórticos, tal como fue propuesto en 1944 por **Martorell** y **Fabré**. La denominación de «Síndrome del arco aórtico» no es más que una sinonimia que no aporta nada.

2. Entre las diversas variedades que el síndrome supraaórtico comporta, la enfermedad de Takayasu constituye una entidad clínica que merece un lugar especial aunque su causa exacta se nos escape hasta el momento. Aceptando la definición de los autores japoneses, esta enfermedad parece ser rara. Personalmente no hemos visto jamás un caso auténtico, aunque hemos hallado en una joven una curiosa arteriopatía polifocal, operada a nivel de la arteria ilíaca, y cuya imagen histológica se le acercaba.

3. El síndrome de succión subclavia forma parte del de **Martorell** y **Fabré**, del que constituye una forma semiológica particular.

4. La arteriosclerosis es la causa más común de las lesiones supraaórticas.

5. El tratamiento puede ser médico si los síntomas son discretos. Si son más acusados necesitan tratamiento quirúrgico. La simpatectomía torácica superior por vía axilar transtorácica entra en consideración cuando una operación restauradora está contraindicada o es imposible.

6. Las intervenciones reconstructivas por «by-pass» o desobstrucción con o sin angioplastia representan no obstante los métodos de elección.

7. La esternotomía media, total o parcial, y en este último caso con desbridamiento transversal en el III espacio intercostal, a la derecha o a la izquierda según los casos, proporcionan un excelente acceso a los vasos de la base del cuello. Prolongada hacia el cuello a lo largo del esternocleidomastoideo permite abordar en un mismo tiempo la bifurcación carotídea.

CAUSAS DE ERROR DIAGNOSTICO EN LAS AFECCIONES VENOSAS DE LOS MIEMBROS EN LAS QUE EL ESTADO VASCULAR NO CONSTITUYE LA AFECION DOMINANTE (*Les causes d'erreur de diagnostic dans les affections veineuses des membres dont l'état vasculaire ne constitue pas l'affection dominante*). — L. Gerson. «La Semaine des Hôpitaux», año 45, n.º 4, pág. 227; 20 enero 1969.

Como en toda estadística este estudio parte de bases arbitrarias que no es posible eludir y comprende 477 observaciones. Es una estadística de una consulta médica, no quirúrgica. Y dentro de la pluralidad de afecciones que un enfermo puede presentar, además de la venosa, adoptamos la dominante. Hemos clasificado los enfermos en tres categorías: varicosos, postrombóticos y no vasculares.

Del conjunto de los 477 enfermos, la mitad carecían de signos vasculares.

Entre estos «falsos venosos» encontramos 166 con trastornos de la estática, con un predominio del pie plano valgo (84 %). De ellos la mitad presentaban signos vasculares. Vemos, pues, cómo la estática y su investigación es del máximo interés en Angiología.

Otros 141 (30 %) sufrían artritis o artrosis, en especial esta última, correspondiendo el 15 % a ciáticas. También particularmente frecuentes eran las cruralgias y meralgias parestésicas. También las afecciones reumáticas son, pues, frecuentes y tienen su importancia en el examen de los enfermos vasculares.

Entre las afecciones más diversas los trastornos endocrinos se hallan en primer plano (24 %) en otros 141 enfermos, seguidos de las alteraciones metabólicas (21 %) y las afecciones del sistema nervioso (otro 21 %).

Las afecciones quirúrgicas comprenden sólo el 6 % del total, la mayoría de origen traumático y menos de origen ginecológico. No olvidemos, no obstante, que esta estadística es de un servicio médico.

En conclusión, en clínica no es posible mirar el enfermo vascular sólo bajo este punto de vista sino que es preciso examinarlo bajo un punto de vista general. Por otra parte, el angiólogo debe tener conocimientos más extensos, en especial de ortopedia, reumatología, neurología y endocrinología. Es por ello que estos enfermos no pueden ser vistos sólo por el cirujano. Por otra parte, los enfermos cardiópatas son raros (7 entre 147), lo que demuestra que las especialidades cardiológicas y angiológicas son muy distintas.