

Extractos

DEMOSTRACION ANGIOGRAFICA DE FISTULA ENTRE LA AORTA ABDOMINAL Y EL CONDUCTO TORACICO (Angiographic demonstration of fistula between abdominal aorta and thoracic duct). — Loc Quang Nguyen y Julian R. Lewin.
«J.A.M.A.», vol. 211, n.º 3, pág. 499; enero 1970.

Cuanto médicos tratan traumatismos del tórax y del abdomen saben la importancia cada vez mayor de la angiografía en la valoración de la naturaleza y extensión de las lesiones. Se han descrito en la literatura numerosos casos de traumatismos de los grandes vasos toracoabdominales, bajo el punto de vista angiográfico, pero que tengamos noticia nunca se ha hecho de un caso de fístula entre el conducto torácico y la aorta abdominal.

Descripción del caso

Varón de 35 años de edad. Ingresó el 19-I-69 con notables lesiones en cuero cabelludo, espalda y parte posterior izquierda del tórax a nivel de las X-XI costillas, a consecuencia de una pelea entre pandillas de motociclistas. Además presenta una herida de bala, penetrante en la parte inferior derecha del tórax. Hipotensión, pero no «shock». Hemoglobina 9 gm/100 cc; hematocrito 26 %. A rayos X: hemotórax bilateral con mínimo neumotórax izquierdo.

La radiografía simple del abdomen muestra moderada dilatación gástrica sin indicios de aire libre en cavidad peritoneal. Contornos renales y psoas, sin trastornos. Tratamiento con buen resultado del hemotórax bilateral por toracocentesis y drenaje bilateral por aspiración. Las condiciones del enfermo permanecieron estables con la administración de líquidos, transfusiones sanguíneas repetidas y protección con antibióticos; no obstante, el hematocrito permaneció bajo. Sospechando lesión esplénica por la herida de la espalda, se trasladó a Radiología para arteriografía celiaca. Técnica de Seldinger por punción transfemorales derecha: el aortograma preliminar muestra una estructura lineal de trayecto vertical ascendente que emerge de la cara lateral derecha de la aorta abdominal alta y que al principio no es identificada. La exacta naturaleza de dicha estructura no se apreció hasta que intentando la arteriografía selectiva celiaca se cateterizó, comprobándose que el catéter se había introducido en una comunicación fistulosa entre la aorta y el conducto torácico. El tronco celiaco apareció, después, normal.

Dado el escaso calibre de la fístula y la mejoría del cuadro hemático, se decidió tratamiento conservador.

Alta del hospital, con tratamiento ambulatorio, al onceavo día. Convalecencia, normal. A las dos semanas reingresó para aortografía abdominal: la fístula había cerrado de modo espontáneo, sin que existieran alteraciones en la configuración de la aorta a su nivel.

Comentario

Son conocidos los tratamientos de las lesiones del conducto torácico, pero nosotros carecíamos de orientación para un caso como el expuesto. La oportunidad de demostrar angiográficamente tan rara circunstancia ha sido la única experiencia. La herida de la cara lateral derecha de la aorta y la lateral izquierda de la cisterna de Pecquet fue, en realidad, la causa aparente de la fístula en la parte superior del abdomen.

No existían indicios de pérdida de quilo que hicieran suponer una discontinuidad completa de la cisterna. En realidad, por tanto, se creó una comunicación arteriovenosa entre la aorta abdominal y el tronco innominado venoso izquierdo a través de un conducto torácico estrecho. El pequeño calibre y la gran longitud de dicho conducto redujeron los efectos sistémicos generales producidos por la creación de esta comunicación arteriovenosa tan extraordinaria.

SINDROME DE LA VENA OVARICA (The ovarian vein syndrome).— Robert F. Dykhuizen y James A. Roberts. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 130, n.º 3, pág. 443; marzo 1970.

La mayoría de los textos de Anatomía se entretienen poco en la descripción de las relaciones de las venas ováricas. No obstante, las que presentan con los ureteres son conocidas.

Clark describió el síndrome de la vena ovárica derecha con obstrucción ureteral del mismo lado por una vena ovárica aberrante durante la gestación. Nosotros hemos visto que, aunque rara vez, este síndrome puede presentarse también en mujeres no gestantes. Entre 10.000 urogramas efectuados en mujeres, en el curso de cinco años, hemos comprobado alteraciones radiológicas asociadas en 25 ocasiones. Nuestras pacientes incluyen las que sufren un complejo síndrome de pielonefritis recurrente derecha, asociado a dolor en el flanco y cuadrante inferior del abdomen del mismo lado. Aunque hemos observado anormal la vena ovárica, pocas veces la vimos aberrante.

De las 25 pacientes diagnosticadas de síndrome de la vena ovárica derecha, sólo 19 han sido operadas. El resto fue sometido a tratamiento médico o transferido. De aquellas 19, nos referimos sólo a las que tenemos datos comparativos: 15.

Las pacientes fueron vistas por primera vez con pielonefritis de gestación o por referir infecciones recurrentes del sector urinario. De las 15, ocho sufrieron pielonefritis durante la gestación; dos presentaron historia de infección urinaria durante la niñez. Sus edades oscilaban entre 22 y 38 años. El promedio de duración de los síntomas fue de cuatro años, oscilando entre tres semanas y once años.

El cuadro típico consiste en dolor periódico en el flanco y cuadrante inferior derechos aparecido varios días antes de la menstruación y que desaparece al día o dos días después de su inicio. Este dolor se agrava por infección y administración de progestinas. En caso alguno tratado sólo médicamente se logró la curación.

Los exámenes urológicos comprendieron; urogramas excretorios, cistoscopia y pielografía retrógrada derecha. Asimismo se practicaron flebografías pélvicas según la técnica de **Wegryn** y **Harron**. Se repitieron los urogramas excretorios tras la administración de 10 mg de noretinodalmestranol diarios durante veinte días.

Se presentan dos casos demostrativos.

Los urogramas excretorios demostraron evidentes anomalías en el lado derecho, con leve caliectasia, pielectasia y ureterectasia. Las partes superior y media del ureter aparecieron dilatadas, con cierta tortuosidad e irregularidad. Su parte media se hallaba desviada hacia fuera, mientras por el contrario la unión de la parte media y su porción pélvica lo estaba hacia adentro. Esta porción pélvica rara vez se visualizaba, pero cuando se lograba era normal. En aquellas enfermas con un urograma excretorio inicial relativamente negativo mostraron dilatación de ureter y del sistema pielocaliceal inmediatamente antes de la menstruación o después de la administración de progestina. En diez se administró noretinodalmestranol como «test» provocativo. En ocho de ellas se observaron mayores alteraciones en el urograma excretorio o bien aumento del dolor en el flanco.

La cistoscopia fue negativa, prácticamente en todas.

Cuando el urograma retrógrado, se observó un ureter pélvico normal; no obstante, a nivel de los vasos ilíacos se apreció un pobre relleno. En esta zona o en su vecindad el ureter se hallaba desplazado hacia adentro y comprimido. Toda la porción media del ureter estaba comprimida o dilatada y desviada hacia afuera por encima del nivel de la tercera o cuarta vértebra lumbar. Además existían pequeñas deformidades extrínsecas e irregularidades que alcanzaban la parte proximal del ureter. Se observó un retraso en el vaciado tras el estudio retrógrado en diez enfermas, en tres no se obtuvo «film» de drenaje y en dos en drenaje fue rápido.

La flebografía pélvica demostró gran proximidad entre la vena ovárica derecha y el ureter a nivel de los vasos ilíacos y tercera y cuarta vértebra lumbar, donde la vena cruza el ureter junto a la cava inferior. En dos ocasiones la vena ovárica derecha emitía una rama a la vena renal. En algunas pacientes se rellenaban algunas venas de la porción media y superior del ureter. La vena ovárica izquierda, visualizada más pequeña que la derecha, cruzaba el ureter cerca de la pelvis renal sin ocasionar compresión apreciable. La cineradiografía demostró que mientras el riñón derecho se movilizaba con la respiración, la vena ovárica fijaba el ureter a nivel donde se cruzaba con éste para ir a la cava inferior.

La exploración de las relaciones entre ureter y vena ovárica dilatada es fácil a través de una incisión transversa en el cuadrante inferior derecho. En aquellos pacientes que sufren pielonefritis crónica y recurrente con obstrucción del ureter presentan una envoltura de tejido conectivo a menudo engrosada, con adherencia de la vena al ureter, lo cual dificulta su liberación en especial en el

lugar donde se cruzan con los vasos ilíacos. La ligadura de la ovárica, según varios estudios, no impide el embarazo.

Los estudios histopatológicos de la vena resecada demostraron una pared engrosada, con hipertrofia de la muscular en la capa media.

Entre los 15 casos, obtuvimos en el postoperatorio 11 buenos resultados y 4 en que persistieron las molestias, si bien no se produjo de nuevo pielonefritis aguda.

No defendemos la operación en todos los casos de pielonefritis recurrente con dolor en el flanco. El hecho de que **Clark** señale que tras la excisión de la vena ovárica derecha se mejora o evita la pielonefritis de embarazo sugiere una relación con el embarazo. El hecho de que en nuestras enfermas los síntomas se iniciaran durante el embarazo hace pensar también en que el síndrome se halla en relación con la pielonefritis de embarazo.

El aumento del dolor y a veces el aparente aumento de la obstrucción premenstrual o tras la administración de progestina creemos está ocasionado por el aumento de la corriente sanguínea por la vena ovárica, aunque esto no está probado. El efecto hormonal sobre el ureter queda por resolver, pero **Kumar** ha demostrado que altas dosis de progesterona disminuyen «in vitro» el peristaltismo ureteral. No obstante, **Fainstat** indica que la hidronefrosis experimental no se produce por la administración de progesterona.

En estudios recientes sobre presión ureteral humana (**Rubi y Sala**) se observó un patrón obstructivo durante el embarazo, que cedía luego del parto. Como resultado de la obstrucción ureteral en el embarazo las infecciones originadas por bacteriemia, las infecciones ascendentes o la exacerbación de pielonefritis crónicas, se hacen más frecuentes, de lo que ocurre en un sector urinario normal. **Hutch** sugiere que el reflujo es importante como causa de pielonefritis en el embarazo.

Aparte de una posible dilatación de la vena ovárica secundaria a una hidronefrosis o pielonefritis de embarazo, embarazos repetidos, medicación oral contraceptiva o procesos congestivos ginecológicos, tornando insuficientes las válvulas de la vena, tiene importancia evidente la fibrosis periureteral.

En vista de todo ello, hay que intentar disminuir la incidencia de pielonefritis crónica y tratar la bacteriuria intensamente durante el embarazo. Si se produce pielonefritis, hay que hacer un completo estudio y valoración urológica post-partum. Los dolores en el flanco o la espalda sin infección deben ser investigados y valorados ortopédica y neurológicamente. La excisión de la vena ovárica y la ureterolisis quedan limitadas a aquellas pacientes que, tras prolongada terapéutica médica y buen estudio, continúen con la infección o muestren progresiva obstrucción.

UN SINDROME QUE YA ES UN SINDROME. EL «COUP DE FOUET» ES LA «TENNIS LEG» (A syndrome that is already a syndrome, «Coup de Fouet» is «Tennis leg»). — **Melvin J. Goldberg**. «Angiology», vol. 21, n.º 4, pág. 260; abril 1970.

En 1955, **Martorell** publica en francés un artículo titulado «Le syndrome du coup de fouet» (Síndrome de la pedrada). Señala que se debe a una hemorragia

venosa intramuscular espontánea en la pantorrilla, de etiología desconocida. Aparece intenso dolor en su tercio medio mientras se deambula, seguido al poco de una equimosis y ligero edema cianótico a nivel maleolar, acompañándose de disminución de la temperatura local y del índice oscilométrico distal. El signo de Homans es positivo y queda dolorimiento de la pantorrilla. Esto sucede también jugando tenis. Suele ocurrir en personas que gozan de buena salud y que en general son de constitución atlética. No obstante, a veces se produce sin esfuerzo muscular. Esta hemorragia inicial llevaría a la trombosis venosa y tromboflebitis con edema, dolor, signo de Homans positivo y dificultad a la marcha y a subir escaleras. El sistema arterial respondería con un mayor o menor síndrome isquémico (cianosis, frialdad, disminución de la temperatura y de la oscilometría y abolición de la pulsatilidad periférica). En este artículo original, **Martorell** presentaba 21 casos.

Otros artículos confirmaron la sensación inicial de «pedrada» y el que la aparición de la equimosis diferenciaba este síndrome de las trombosis venosas o arteriales.

Tras leer los trabajos anteriores se llega a la conclusión de que este síndrome es similar al conocido como «Tennis leg» o pierna de tenis, en la cual se siente como un latigazo en la pierna. Varios autores han descrito casos parecidos en otras circunstancias de esfuerzo, incluso siendo audible la ruptura muscular como un estallido.

El diagnóstico diferencial entre la «Tennis leg» y la tromboflebitis de la pantorrilla ha sido muy discutido. Muchos casos han sido confundidos. Aunque este síndrome no lleva a la insuficiencia venosa permanente, debe ser diferenciado de la tromboflebitis aguda. Para ello hay que tener en cuenta la aparición inmediata de intenso dolor, el edema, la tirantez del músculo y la equimosis influenciable por acción de la gravedad.