

Extractos

DRENAJE DEL CONDUCTO TORACICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION PORTAL Y SUS COMPLICACIONES (Thoracic duct drainage in the treatment of portal hypertension and its complications). — A. Rigas, S. Chrysanthakopoulos y E. Tsardakas. «Journal of Cardiovascular Surgery», vol. 10, pág. 306; 1969

Se ha experimentado la incanulación del conducto torácico como tratamiento de la ascitis y de la hipertensión portal en la cirrosis hepática (7 casos) y del edema en la insuficiencia cardíaca (1 caso).

En los pacientes con cirrosis se observó una notable correlación entre las presiones portal y del conducto torácico, y la correspondiente disminución de dicha presión con mejoría de la ascitis y/o la cohibición de las hemorragias por varices esofágicas. En seis de siete enfermos se efectuó el drenaje linfático antes de proceder a la anastomosis portocava, que se practicó en cinco de ellos. En un paciente con cirrosis se anastomosó el conducto torácico a la ácigos con éxito, logrando el alivio de la ascitis durante seis meses. La linfografía comprobó la permeabilidad persistente de tal anastomosis.

El paciente que sufría insuficiencia cardíaca obtuvo un espectacular alivio de la anasarca y del estado de coma durante el drenaje externo linfático del conducto torácico.

Se resaltan las posibilidades de tal procedimiento.

FACTORES QUE AFECTAN PRECOZMENTE LA PERMEABILIDAD DE LOS ALOINJERTOS VENOSOS HUMANOS EN LAS RECONSTRUCCIONES ARTERIALES (Factors affecting early patency of human venous allografts in arterial reconstruction). — P. T. Harjola, T. M. Scheinin y A. Tilikainen. «Annals of Clinical Research», vol. 1, pág. 169; 1969.

En las reconstrucciones arteriales distales al ligamento inguinal las técnicas de elección son el «by-pass» con safena autógena o la tromboendarteriectomía. No obstante, en algunos pacientes es imposible la aplicación de estas técnicas: safena inutilizable o reseca con anterioridad, dificultades en la tromboendarteriectomía. Los injertos sintéticos han dado pobres resultados a dicho nivel o en presencia de infección local. Es en estos casos cuando los aloinjertos venosos frescos tienen su lugar, con satisfactorios resultados en varias ocasiones. Cuando no existe otra posibilidad nosotros hemos utilizado este procedimiento, empleando aloinjertos obtenidos de operaciones por varices. Aloinjertos obtenidos de otros tejidos fracasan la mayoría de las veces por incompatibilidad tisular, aunque esto está en discusión.

Seis pacientes con grave isquemia de sus miembros inferiores fueron sometidos a un «by-pass» alogénico venoso por imposibilidad de emplear su propia

safena. Se trataron así un total de siete extremidades. Tras un período de tres a catorce meses, cinco de los siete aloinjertos permanecían permeables, uno de ellos después de efectuar una resección parcial con reemplazo por otro sector venoso alogénico. No se observaron formaciones aneurismáticas. La incompatibilidad en los grupos sanguíneos ABO o la histocompatibilidad antigénica no fueron fatales para los injertos durante el período de observación.

Discusión

Los resultados de las sustituciones arteriales experimentales, utilizando aloinjertos venosos frescos, han sido un tanto contradictorios. Dos tercios de las venas femorales alogénicas de perros, frescas y congeladas, permanecieron permeables y sin dilataciones aneurismáticas durante un período de observación de veinte a treinta semanas (**Barner** y colaboradores). Sin embargo, una rápida y activa proliferación en la delicada pared venosa produjo una fibrosis de todas las tunicas. Otros observaron también esta respuesta fibroblástica. Por otra parte, en las venas alogénicas se observó una mayor frecuencia de trombosis que en las autógenas; no obstante, la permeabilidad fue superior con venas alogénicas que con injertos sintéticos.

No cabe duda de que existe rechazo en los aloinjertos vasculares, como ha sido demostrado en varios estudios experimentales. En nuestras series, como en otras, no vimos diferencias esenciales respecto a la permeabilidad entre autoinjertos y aloinjertos con pobre histocompatibilidad. El período de observación es todavía demasiado corto para deducir conclusiones sobre los efectos tardíos de rechazo.

Durante la corta experiencia clínica con aloinjertos venosos frescos han existido fracasos, pero también numerosos casos han permanecido permeables durante largo tiempo. **González**, entre nueve casos, obtiene siete permeables, una muerte y una trombosis a los seis meses. En nuestras series utilizamos en siete piernas autoinjertos venosos frescos. Dos de ellos se trombosaron precozmente en el postoperatorio y uno desarrolló un hematoma pulsátil al mes de la operación. Los otros cinco no han sufrido trombosis entre tres y catorce meses de observación.

El ancho calibre y las buenas propiedades para la circulación de la mayoría de los aloinjertos venosos podría ser una explicación de la permeabilidad, aparte de los fenómenos de rechazo. Los injertos alógenos procedentes de pacientes varicosos son más anchos que las safenas normales. Un trombo mural puede no ocasionar la oclusión en estos anchos injertos. En uno de nuestros casos se produjo una trombosis en un aloinjerto de 3 mm. de diámetro. Se resecó enseguida y se sustituyó por otro de otro donante. Esta trombosis precoz no supone rechazo de modo necesario, puesto que la trombosis se produce también con frecuencia en venas autógenas de diámetro inferior a los 3 mm.

Ni en la serie de **González** ni en la nuestra observamos dilataciones aneurismáticas, complicación señalada en los injertos alogénicos venosos. Por otra parte, estas dilataciones también pueden producirse en los autoinjertos venosos.

Este procedimiento reconstructivo arterial puede estar indicado en casos de grave isquemia que amenace la viabilidad de un miembro, donde otros procedimientos no pueden utilizarse.

CIRUGIA DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES CRONICAS FEMOROPOPLITEAS. — Manuel H. Blanco y José J. Garibotti. «La Prensa Médica Argentina», vol. 56, núms. 40-41, pág. 1.833; 1969.

El sector femoropoplíteo es con frecuencia asiento de obstrucciones arteriosclerosas que se manifiestan por un síndrome isquémico grave que puede llevar a una gangrena. El sector ocluido suele ser corto y estar localizado al principio a nivel del anillo del tercer aductor. Otras veces la lesión es más extensa alcanzando el origen de la arteria femoral superficial o incluso la bifurcación poplíteo y sus ramas.

Material y método

Nuestra experiencia comprende, entre enero de 1960 y julio 1968, un total de 75 intervenciones en 72 pacientes. Uno era portador de una lesión bilateral; otro requirió un «by-pass» en el miembro donde seis meses antes se le había practicado una tromboendarteriectomía que se reocluyó después; el tercero fue tratado por tromboendarteriectomía por estenosis en la parte superior y precisó una reintervención para evitar la inminente trombosis.

Todos ellos sufrían claudicación intermitente. De ellos, 32 padecían además trastornos tróficos y dolor en reposo.

La intervención efectuada dependió de las características de la lesión. Se practicaron 53 «by-pass» femoropoplíteos en lesiones extensas, utilizando en 42 vena safena interna del mismo miembro y en 11 prótesis de Dacron. De éstos, al comienzo de la serie, se trataron 3 en forma simultánea, trombosis aortoiliacas y femoral. Este criterio ha sido abandonado en la actualidad, prefiriendo actuar en dos tiempos si es necesario. En 3 casos de lesiones extensas tuvimos que efectuar la anastomosis inferior en la tibial posterior.

En 22 casos la obstrucción era corta y el árbol arterial supra e infrayacente de características normales. En éstos se efectuó tromboendarteriectomía con arterioplastia de safena interna, excepto en un caso en que se utilizó Dacron.

Si no había sido practicada con anterioridad, se efectuó en el mismo acto quirúrgico una simpatectomía lumbar.

Resultados

De los 42 «by-pass» efectuados con vena, 28 evolucionaron perfectamente, curando sus lesiones, reapareciendo los pulsos distales y quedando asintomáticos; 13 se ocluyeron precoz o tardíamente, de los cuales 5 permanecen con miembro viable, sin lesiones y con una moderada claudicación, y los 8 restantes precisaron una amputación (2 desarrollaron un falso aneurisma en la boca anastomótica; otros 2 con injerto de vena se infectaron, infección que no cedió a pesar del tratamiento específico, culminando en abundantes hemorragias que determinaron la ligadura y amputación).

Tuvimos sólo una muerte, por insuficiencia respiratoria en el postoperatorio inmediato.

En 11 casos efectuamos «by-pass» de Dacron, de los cuales sólo 3 permanecen permeables y 4 requirieron amputación del miembro.

En 21 casos efectuamos tromboendarteriectomía con arterioplastia de vena,

de los cuales 15 evolucionaron bien y 6 se ocluyeron (3 conservando miembro viable y 3 debiendo ser amputados).

En un solo caso fue necesario practicar arterioplastia sobre Dacron, ocluyéndose al poco y terminando en amputación.

Comentario

Las obstrucciones del sector femoropoplíteo son a menudo lesiones extensas que deben ser tratadas con amplias derivaciones y con una estomosis sobre arterias sanas. La angiografía completa nos permite descartar lesiones asociadas, en especial suprayacentes, que preferimos tratar con anterioridad.

Hemos usado la tromboendarteriectomía sólo en oclusiones cortas, exigiendo que la arteria tenga por encima y por debajo características normales. Cuando la endarteria estaba alterada tanto en sentido proximal como distal y no pudo ser resecada por completo, la trombosis no tardó en presentarse. Por ello, no dudamos en la actualidad en practicar directamente en estos casos un «by-pass» de femoral común a poplíteo o tibial posterior.

Los resultados de estas intervenciones en nuestros pacientes han sido inferiores a los del sector aortoiliaco. Influye en ello la extensión de las arterias y el avanzado estado clínico de la enfermedad.

TERAPEUTICA HEPARINICA EN EL SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA. CONSIDERACIONES A PROPOSITO DE DOS CASOS (Terapia cu heparinã în sindromul de coagulare intravascularã diseminatã. Consideratii pe marginea a douã cazuri). — Caliopi Cutcudache, I. Pavelescu, G. Brailescu, A. Bălan, G. Boldescu y D. Lachi. «Medicina Internă», vol. 23, n.º 6, pág. 729; junio 1971.

Se presentan dos casos de Síndrome de coagulación intravascular diseminada con fibrinólisis secundaria asociada a manifestaciones hemorrágicas graves.

Los datos que sirvieron para el diagnóstico fueron los que siguen. Clínicamente, existencia simultánea de trombosis y síndrome hemorrágico. Biológicamente, alteración del mecanismo hemostático: fibrinógenopenia, trombocitopenia intensa, presencia de fibrinógeno heparino-precipitable, aumento de la actividad fibrinolítica. Bajo el punto de vista terapéutico, mejoría del síndrome hemorrágico y del proceso hemostático tras la administración de heparina, así como la extensión de las trombosis tras la administración de ácido epsilonaminocaproico en un caso. Anatomopatológicamente, presencia de trombos de fibrina en los capilares de diferentes órganos.

En uno de los casos es posible que el episodio de coagulación fuera desencadenado por autoinfusión de tromboplastina liberada de la pared aneurismática en un enfermo con aterosclerosis generalizada y aneurisma recidivante de la arteria femoral. En el otro caso los factores tromboplásticos cancerosos liberados de las células de un carcino-sarcoma pulmonar con metástasis parecen haber constituido la causa principal de la activación de la coagulación intravascular.