

Extractos

REPARACION DE UN ANEURISMA VENTRICULAR ANTERIOR, ENDARTERIECTOMIA CORONARIA, «BY-PASS» CORONARIO E INJERTO DE SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SIMULTANEO (Simultaneous anterior ventricular aneurysm repair, coronary endarterectomy, coronary bypass graft and abdominal aortic graft replacement). — **K. B. Absolon, L. A. Mispireta, M. Seremetis y J. Keshishian.** «Bulletin de la Société Internationale de Chirurgie», vol 32, n.º 1, pág. 12; enero-febrero 1973.

En enfermos con arteriosclerosis generalizada con lesiones vasculares múltiples, es posible realizar simultáneamente operaciones complejas y combinadas como por ejemplo al reemplazamiento aorto-ilíaco por un injerto de dacron al mismo tiempo que se efectúa un by-pass coronario, una endarteriectomía coronaria y una resección de un aneurisma ventricular.

Caso: Varón de 48 años de edad. Ingresó para valorar su angor con signos de insuficiencia cardiaca. Años antes, impotencia y progresiva claudicación intermitente de extremidades inferiores con dolor en caderas. A su ingreso la tensión arterial era 120/80 mmHg y el pulso de 90 por minuto.

Por cateterización (19-I-71) se demuestra oclusión total de la coronaria derecha y amplio aneurisma ventricular izquierdo por obstrucción de la rama coronaria descendente anterior. Aortografía: ambas ilíacas comunes obstruidas en su 90 % con dilatación aneurismática de la aorta.

Era evidente la necesidad de reparar todas estas lesiones, como también lo era el que la circulación de las extremidades quedaría muy comprometida durante el tratamiento de las lesiones cardíacas, de la misma manera que si se hacía a la inversa.

Se decidió intervenir en un solo tiempo, lo que se efectuó a las dos semanas. Incisión cérvico-pubiana por la línea media. Aislamiento de los vasos femorales en las ingles. Cateterización de la safena izquierda para la administración de fluidos. Resección de la safena derecha para utilizarla como «by-pass» coronario. Resección de la aorta aneurismática y de las ilíacas comunes ocluidas y sustitución de estos vasos por un injerto de dacron bifurcado. Se practicó heparinización regional de las extremidades inferiores durante estas maniobras. Se efectuó un «by-pass» cardíaco total, se heparinizó entonces al paciente y se inició el «by-pass» con la habitual incanulación de las venas cavas superior e inferior y la arteria femoral derecha. La coronaria periférica derecha se endarterectomizó y se practicó un «by-pass» aortocoronario proximal de safena. El aneurisma ventricular izquierdo fue reparado bajo fibrilación.

Postoperatorio sin complicaciones, salvo una fibrilación atrial con rápida respuesta ventricular que necesitó intenso tratamiento con digital, quinidina, etc. Alta a los 18 días, bien.

Discusión

El tratar en un solo tiempo las lesiones cardíacas y aortoiliacas vino condicionado por razones de orden técnico y fisiológico. Efectuar la reparación aislada en dos tiempos de cada una de dichas lesiones no era aconsejable, ya que intervenir en el corazón sin hacerlo en la aorta era hacer correr un riesgo a las extremidades inferiores; viceversa, intervenir la aorta dejando intactas las lesiones cardíacas era correr otro riesgo grave. La causa principal de mortalidad inmediata y lejana en cirugía vascular periférica y aortoiliaca es de origen cardiaco.

Ante enfermos con arteriosclerosis con lesiones vasculares múltiples, creamos en la posibilidad de practicar simultáneamente operaciones complejas y combinadas, a condición naturalmente de un buen estudio previo.

LA FLEBOASPIRACION COMO TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS TROMBOSIS

VENOSAS DE LAS PERNAS (Phleboaspiration in the surgical treatment of venous thrombosis of the legs). — I. Chircuta y S. Bologa. «Romanian Medical Review», año 17, n.º 4, pág. 73; octubre-diciembre 1973.

La trombectomía venosa, aunque conocida desde muchos años, entró en la esfera quirúrgica habitual a partir de la comunicación de **Fontaine** y **Redon** al XL Congreso Francés de Cirugía celebrado en 1946.

En Rumania, la primera trombectomía venosa por aspiración se realizó en 1944 por **Porumbaru** y **Chircutá**, con resultado espectacular.

Entre los procedimientos de trombectomía (pinza de cálculos biliares, sonda de Fogarty, etc.) queremos insistir en la fleboaspiración, de uso no habitual todavía. No obstante, existe la suficiente experiencia para poderla recomendar, al menos en casos seleccionados.

Vistos los resultados de los tratamientos médicos, que aunque muy evolucionados, no logran una rápida recuperación y dejan secuelas, la trombectomía presenta las siguientes ventajas: Menor tiempo de hospitalización; no es costosa; previene el síndrome postrombótico; recuperación rápida y sin secuelas.

Exponemos aquí los resultados obtenidos en 20 casos en que se empleó el método por aspiración. Desapareció el dolor con rapidez y el edema en pocos días; no hubo embolismo ni secuela postrombótica, excepto en un caso operado a los siete días.

La intervención debe hacerse entre las 72 horas de iniciada la trombosis. Transcurrida una semana la indicación es relativa y los resultados dudosos. Si la trombosis se limita a las venas profundas de la pierna, no está indicada; pero si si se extiende al muslo. No consideramos necesaria la flebografía preoperatoria, por ser suficiente el diagnóstico clínico.

Técnica: Exposición de la vena femoral en el triángulo de Scarpa, separándola con cuidado de la arteria. Flebotomía anterior transversal de 1-2 cm. Si el trombo es reciente se extrae con facilidad; si lleva cerca de 72 horas suele extráerse fragmentado; si lleva una semana, su extracción es difícil. Aspirador de

tubo metálico terminal de un centímetro de diámetro como mínimo, unido al catéter de goma por un tubo de vidrio, que permitirá apreciar las características y cantidad del trombo aspirado. Primero se aspira el árbol distal, cesando en ella cuando sale abundante sangre a chorro y sin trombos. Es conveniente explorar la safena interna y liberarla de trombos si los tiene, por si fuera necesaria como vía de suplencia.

Se procede de igual manera hacia la parte proximal, llegando hasta la cava inferior, cuidando de introducir el aspirador con notable suavidad para no arrastrar trombos que den lugar a embolias. Aquí es conveniente usar un aspirador de diámetro algo mayor (1 1/2 cm). Al retirar el aspirador, antes de que salga del todo un ayudante pinzará con los dedos la vena femoral para evitar la entrada de aire, siempre peligrosa, por la presión negativa de las venas pélvicas. Sutura de la flebotomía con aguja atraumática. Cierre.

No hemos tenido accidentes. En el postoperatorio se heparinizará al enfermo unos 7-12 días, permitiendo movilizar la pierna a las 24 horas y levantarse a las 48 horas. No hemos tenido embolias postoperatorias.

Los resultados a largo plazo fueron: muy buenos en 12, buenos en 4, medios en 3 y en uno quedó un síndrome postrombótico.

Se exponen dos casos como ejemplo.

Con sólo 20 casos no podemos deducir conclusiones firmes, pero consideramos que es un procedimiento que procura notables beneficios en casos de flebitis y que, sorprendentemente, es poco aplicado vistos los resultados del tratamiento conservador siempre con secuelas.