

Extractos

EDEMA DE LA PIERNA TRAS «BY-PASS» CON VENA AUTOGENA DEL SECTOR FEMOROPOPLITEO (Leg edema following femoropopliteal autogenous vein bypass). - John M. Porter, Thomas D. Lindell y Paul C. Lakin. «Arcribes of Surgery», vol. 105, pág. 883; diciembre 1972.

Con frecuencia se produce edema de la pierna después de un «by-pass» obtenido con éxito con vena autógena en el sector fémoro-poplítico. En general se localiza en la parte distal de la pierna y en el pie. La elevación de la extremidad y la compresión con vendaje elástico disminuye su intensidad, desapareciendo en general a los tres o cuatro meses. No obstante, en algunos que no pueden o no desean llevar el vendaje elástico, puede crear importantes molestias.

Hasta el momento no existe acuerdo sobre la causa de dicho edema, citándose la trombosis venosa postoperatoria, lesión linfática en la rodilla e ingle, aumento de la permeabilidad en el lecho arterial distal al restablecer la presión de perfusión en los miembros con grave isquemia, etc.

Este estudio pretende aclarar el origen y causa de este edema y determinar si ciertas modificaciones operatorias pueden hacer disminuir la incidencia del citado edema.

Método. Se efectuaron medidas sucesivas y linfangio y flebogramas en ambos lados de los enfermos operados (20). Se dividieron en tres grupos. Grupo I: incluyó 8 pacientes en los que se practicó la intervención «standard». Aislamiento de las femorales de forma rutinaria. Se extrae la safena interna a través de tres incisiones. Se expone la arteria poplítea por medio de una incisión en cara interna del muslo en su parte inferior. Se coloca la safena invertida por debajo del sartorio. Anastomosis terminolateral en las arterias femoral común y poplítea según la norma general.

Grupo I (A): 6 pacientes. Técnica igual, excepto en cuanto a la disección en región inguinal. En 4 pacientes la incisión en la femoral se efectuó más lateral de lo habitual y la safena se expuso por incisión aparte dejando un puente de tejido no alterado entre la arteria femoral y el cayado de la safena. En otros 2 pacientes se efectuó lo mismo, pero obteniendo la safena de la otra pierna.

Grupo II: 3 pacientes, los cuales habían sufrido la extirpación de la safena varicosa. Grupo III: 3 pacientes que sufrieron un injerto protésico aortofemoral.

La medida de las piernas se efectuó en todos los enfermos 15 cm. por encima y 10 cm. por debajo de la rótula y 2 cm. por debajo del maléolo, pre y post-

operatoriamente a los nueve meses. Se consideró edema unilateral cuando la diferencia circunferencial era de 2 cm. en cualquiera de los tres puntos.

Se obtuvieron flebogramas en todos por incanulación de una vena superficial del pie. Se colocó al paciente en posición semiincorporada. Se visualizaron perfectamente las venas profundas de la pierna y de la pelvis en todos.

Las linfografías se efectuaron según la técnica de Kinmonth modificada por Wallace. Se obtuvieron al final de la inyección y a las 24 horas.

Resultados

Se obtuvieron flebogramas en todos por incanulación de una vena superficial pronto en cuanto iniciaron la deambulación después de la operación. Persistió de cuatro a seis meses, disminuyendo con la elevación de la pierna y uso de media elástica. El pulso arterial distal era normal y no se reprodujo la claudicación.

Tres de los 6 pacientes del Grupo I (A) desarrollaron un moderado y transitorio edema después de iniciada la deambulación postoperatoria, persistiendo un máximo de tres semanas, disminuyendo de modo espontáneo sin necesidad del uso de la media elástica o de elevar la extremidad. El «by-pass» de safena persistió permeable, desapareciendo la claudicación.

Ningún paciente del Grupo II y III desarrolló edema postoperatorio.

Flebografía: La flebografía fue normal en todos los pacientes, excepto en uno del Grupo I con historia previa de trombosis venosa profunda, en que demostró circulación colateral extensa, y en otro del Grupo III en el que se visualizó oclusión total de la vena ilíaca común izquierda. Ninguno de los dos mostró edema o síntomas de trombosis venosa.

Linfangiografía: Todos los pacientes del Grupo I y I (A) mostraron alteraciones linfangiográficas en el postoperatorio. Los 6 del Grupo I rotura de los conductos linfáticos inguinales con extravasación del contraste, permaneciendo indemnes sólo uno o dos conductos laterales. La linfangiografía a los tres o cuatro meses mostraba una notable dilatación de estos últimos conductos, coincidiendo con la resolución del edema postoperatorio. En los 2 que no sufrieron edema la destrucción linfática inguinal fue escasa, con conservación de cuatro o más linfáticos; igual ocurrió con los del Grupo I (A). En conjunto, todos los enfermos presentaron un edema postoperatorio en relación directa a la intensidad de destrucción linfática inguinal; no tuvieron relación, en cambio, con la destrucción linfática en la parte inferior del muslo, a pesar de que en algunos casos fue intensa.

Tanto en los pacientes del Grupo II como del III la destrucción linfática fue escasa, conservando buen número de conductos sin alteración. No hubo edema postoperatorio.

Comentario

Como sabemos por Anatomía, la región inguinal es el punto de confluencia de drenaje linfático de la pierna, distribuidos en especial por delante de los vasos femorales y algo por los lados.

Del presente estudio se deduce que la interrupción quirúrgica de los linfáticos inguinales es la causa principal del edema de la pierna en los casos de «by-pass» femoropoplíteo con vena autógena. Ni la resección aislada de la sa-

fena (Grupo II) ni la disección aislada de la arteria femoral (Grupo III) produjeron destrucción notable de linfáticos para producir edema; en cambio, la disección combinada de ambas estructuras a través de la incisión habitual, interrumriendo la mayor parte de los linfáticos inguinales, ocasionó un notable edema en seis de los ocho pacientes en los que se empleó dicha técnica.

Consideramos que la técnica preferible es obtener la safena del miembro contralateral, al objeto de evitar la destrucción de un notable número de linfáticos.

Las comprobaciones flebográficas y los signos clínicos en los enfermos del Grupo I no demostraron trombosis venosa aguda en paciente alguno, lo cual va contra la teoría de que el edema postoperatorio es debido a dicha trombosis.

Por otra parte, la sugerencia de que el edema se debe al restablecimiento de una presión de perfusión normal en una lecho arterial distal atrófico no es sostenible. Nosotros no hemos podido establecer correlación entre la gravedad de la isquemia preoperatoria y la aparición de edema postoperatorio en ausencia de ruptura de linfáticos inguinales.

VALOR CLINICO DE LA FLEBOGRAFIA PELVICA (Zdjelica flebografska i njezino klinicko znanje). - **Marijan Lovrencic.** «Analji Klinicke bolnice» Dr. M. Stojanovic», vol. 12, suppl. 34; 1973.

La flebografía pélvica no es más que una modificación de los procedimientos flebográficos aplicada a una zona de ciertas características anatómicas y fisiológicas. La extensa red venosa de los órganos de la pequeña pelvis constituye un reservorio de sangre donde a menudo tiene lugar una trombosis; red que, por otra parte, puede estar alterada directa o indirectamente por tumores de dichos órganos. Corresponde a **Hutter** la primera flebografía pélvica, que fue efectuada en 1935.

Tres son las vías por las que se puede practicar: venosa, ósea y visceral.

Nosotros la hemos efectuado siguiendo tres técnicas distintas: intravenosa (417 casos), intravenosa con compresión de la cava inferior (149 casos) y transósea a través del trocánter (63 casos). Cada una de ellas proporciona una visión diferente. Con la transósea se observaron las venas obturadoras en el 73 % de los casos, las glúteas superiores en el 57 % y las glúteas inferiores en el 100 %; en tanto que con la intravenosa con compresión de la cava los porcentajes respectivos fueron del 38, 51 y 19 %.

Desde 1970, en dos años y medio hemos efectuado el examen de 629 enfermos, confirmando los hallazgos flebográficos en el acto quirúrgico, en la autopsia, por exploración clínica y en el curso de la enfermedad. Al analizar los resultados finales se intentó determinar el real valor de la flebografía pélvica comparándola con otras investigaciones clínicas a la vez que ver el significado que podría tener en la selección del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad.

La flebografía pélvica permite demostrar el aspecto, posición, curso y estructura de las venas parietales de la pelvis, así como distinguir las variaciones anatómicas en su conjunto, cuyo conocimiento hace posible diferenciarlas de

las patológicas. Es así como fue posible observar dobles venas o malformaciones.

En el diagnóstico de las varices del ligamento ancho del útero, de igual modo que para aclarar su etiopatogenia, la flebografía pélvica fue fundamental, sin que pudiera hacerlo mejor otro método.

Asimismo fue básica para investigar casos asintomáticos de trombosis venosa pélvica, lo que sucedió en el 0,4 % de los casos. Con ella podemos observar la localización y extensión de la trombosis, el curso de la circulación colateral extra e intrapelviana y su calidad, lo mismo que la duración aproximada de la trombosis, dato importante para la terapéutica. Nos puede proporcionar, también idea sobre el tiempo a emplear el tratamiento anticoagulante profiláctico; como nos informa a su vez de los resultados posttrombectomía o posttrombolisis y, en casos de recidiva, de la extensión que alcanza. No rara vez la trombosis sobrepasa las venas pélvicas para comprender la cava inferior (22,5 %) o la femoral (93 %).

Observamos alteraciones posttrombóticas en el 6,3 % de los casos, con un 73 % de recanalizaciones de las venas pélvicas y una cuarta parte de oclusiones totales o parciales. La corrección quirúrgica estuvo indicada en los casos de oclusión completa o parcial, dependiendo del estado de la circulación colateral.

En los casos de tumoraciones malignas, la flebografía pélvica informó del grado de extensión a las zonas vecinas y de su repercusión sobre la circulación de retorno de las extremidades. En estos casos el valor de la flebografía fue notable, incluso para decidir la terapéutica paliativa.

En los casos de carcinoma de cervix uterino, la flebografía fue un gran complemento de la linfografía; y en las recidivas, mostró las alteraciones iniciales.

En otros casos, como los de carcinoma de vulva, ovario o vejiga urinaria, el valor de la flebografía respecto a las metástasis, extensión, etc. es menor.

Ante los linfomas malignos la flebografía pélvica demuestra la extensión de la enfermedad en la pelvis, a la vez que es una ayuda en la valoración de los resultados terapéuticos.

Tuvimos un 7,2 % de complicaciones, resumibles a extravasaciones del contraste o a dificultad de punción de las venas.

Para concluir podemos decir que la flebografía pélvica es de gran valor como método diagnóstico roentgenográfico de investigación clínica, método cada día más en uso y de rutina.

ULCERAS ISQUEMICAS CRURALES EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (MARTORELL SINDROME) (Ischemic crural ulcers in hypertensive disease (The Martorell Syndrome) (En ruso). - M. N. Rusanov. «Vestn. Khir. Grekov.», vol. 110, n.º 3, pág. 79; 1973. Extracto de «Excerpta Medica», 20:108, 1974.

Cuatro pacientes afectos de úlceras isquémicas crurales fueron tratados ambulatoriamente. Sus edades oscilaban entre 47 y 75 años. Tres de ellos respondieron al tratamiento médico ambulatorio, pero el cuarto tuvo que ser hospitalizado para proceder a cirugía plástica. Se aportan cuantos datos conciernen al

diagnóstico y tratamiento de estas úlceras crurales aparecidas en afectos de enfermedad hipertensiva. En conjunto, la terapéutica médica se mostró efectiva. Aquellos pacientes en los que tras una terapéutica conservadora durante cerca de un año no responden al tratamiento deben ser sometidos a terapéutica quirúrgica. El tratamiento no sólo tiene que ser local sino a la vez general, utilizando drogas antihipertensivas, vasodilatadoras y demás complementarias.