

## EXTRACTOS

**PRELIMINARES RESULTADOS DE LA DILATACION TRANSLUMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD OCLUSIVA ARTERIAL PERIFERICA** (Preliminary results of transluminal dilatation in the treatment of peripheral arterial occlusive disease). — **P. G. Kalman, R. F. Colapinto, E. P. Harries-Jones, M. D. Silver y K. W. Johnston.** «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 150, núm. 6, pág. 865; junio 1980.

Los resultados aportados por **Grüntzig y Kumpe, Van Andel y Zeitler** y colaboradores sugieren que la arteriopatía periférica oclusiva puede ser tratada, efectivamente, por dilatación arterial percutánea. No obstante, tal proceder es mirado con escepticismo y apenas empleado. Vamos a presentar nuestros resultados, tanto «in vitro» como clínicamente.

La dilatación o recanalización no es una técnica nueva. La dilatación por catéter fue descrita por varios autores en las pasadas dos décadas. La descripción original se debe a **Dotter y Judkins** (1964), correspondiendo a **Grüntzig y Hopff** mejorar la técnica.

En realidad consiste en introducir, por punción femoral, un alambre-guía a través de la estenosis y, luego, en forma secuencial, pasar catéteres cada vez más anchos guiados por el alambre. Las complicaciones, tales la embolización distal de trozos de ateroma, por los movimientos del catéter, llevaron a mejorar la técnica.

Nuestro estudio se divide en dos partes: un estudio patológico «in vitro» de los efectos de la dilatación sobre la estructura de pared arterial y, segundo, un estudio clínico de los resultados precoces y tardíos.

**Estudio patológico.** Cuatro sectores aortoiliacos obtenidos de autopsias fueron examinados por arteriografía. Luego se procedió a dilatar una de las ilíacas, quedando la otra de control. Se repitió la arteriografía tras la dilatación. Las muestras se remitieron a un patólogo vascular para examen macro y microscópico, sin informarle del lado dilatado.

No se comprobaron alteraciones patológicas importantes tras la dilatación. Aunque hay que ser cautos en deducir conclusiones de estos estudios «in vitro», lo cierto es que la pared no parece quedar dañada por el catéter de Grüntzig.

**Estudio clínico.** Se seleccionaron pacientes con evidentes síntomas relacionados con arteriopatía periférica oclusiva (claudicación, dolor en reposo y nocturno o gangrena con oclusión corta o estenosis del sector aortoiliaco o femoropoplíteo). Al principio se seleccionaron aquellos que presentaban una relativa o absoluta contraindicación quirúrgica; pero luego consideramos candidatos a cuantos presentaban una lesión segmentaria con evidentes síntomas.

Se administran 600 mg de aspirina y 50 mg de dipiridamol, Persantin, cuatro veces por día antes de la dilatación y durante dos semanas después, como protector de trombosis. Se introduce el catéter previa la colocación del alambre-guía por la femoral a través de la estenosis. Se obtiene una arteriografía y un registro del gradiente de presión. Bajo control fluoroscópico se coloca el catéter de forma que la parte dilatable quede justo en la estenosis. Se dilata este sector por inyección manual de material de contraste diluido, obteniendo a continuación una arteriografía y el gradiente de presión.

Los resultados se basan en los parámetros siguientes: estado clínico, arteriografías, gradiente de presiones y exámenes no incruentos de laboratorio. Cada dilatación se consideró como éxito sólo si los criterios de valoración demostraban una mejoría en todos los parámetros citados.

Se registraron 50 dilataciones, desde una semana a 12 meses de practicadas. Se dilataron 35 sectores aortoiliacos. Hubo 2 fracasos inmediatos por mala colocación del catéter y uno por calcificación extensa de la iliaca. El resto a largo plazo fue debido a reestenosis. Asimismo se dilataron 15 sectores femoropoplíteos. Uno fracasó inmediatamente por grave derrame y otro por mala colocación del catéter. Excluidos estos casos inmediatos, entre los seis y doce meses los éxitos fueron del 67 % para los aortoiliacos y del 78 % para los femoropoplíteos. Algunos autores tuvieron trombosis precoces, embolización distal o bien hemorragias en la punción. Nosotros no tuvimos complicaciones..

**Discusión.** Este procedimiento parece ser positivo, si bien debe emplearse con precaución. No debemos olvidar, tampoco, que los datos presentados corresponden a un estudio preliminar; que es preciso una mayor experiencia; y que las pruebas se hicieron en pacientes con estenosis u oclusiones cortas, ignorando lo que ocurriría si la dilatación se practicara en afecciones difusas.

En 1979 **Grüntzig** y **Kumpe** exponen más de 300 casos. Los buenos resultados inmediatos y a los dos años fueron del 92 y 87 %, respectivamente en el sector iliaco correspondiendo el 84 y 72 % al sector femoropoplíteo. Como complicación tuvieron la embolización distal, si bien sin significación importante.

La dilatación iliaca puede indicarse en estenosis graves y localizadas, en especial en pacientes que no son un ideal para la cirugía. Por otra parte, la dilatación iliaca puede efectuarse en pequeñas estenosis de esta arteria para mejorar el aporte previamtnte a «by-pass» más distales (**Porter** y cols., 1973, 1977). Aunque las oclusiones o estenosis segmentarias cortas son poco frecuentes en el sector femoropoplíteo, si existen pueden constituir un tipo ideal de lesión para este procedimiento (**Brahme** y cols., 1969; **Schmidtke** y cols., 1975).

**RECONSTRUCCION VENOSA DE UN ANEURISMA MICOTICO DE LA CAROTIDA INTERNA** (Vein reconstruction of a Mycotic internal carotid aneurysm).— **Robert C. Monson** y **Raymond H. Alexander**. «Annals of Surgery», vol. 191, página 47; 1980.

Se presenta el caso de un enfermo de 68 años de edad, quien tras una intervención dentaria presentó una tumoración amplia en el cuello y que por arteriografía demostró tratarse de un aneurisma. La tumoración era séptica, resultando un aneurisma micótico de la carótida interna extracraneal. Se procedió a la resección del aneurisma y a la sustitución por vena safena.

Se sugiere que el éxito de esta primera intervención con éxito de este tipo se debe a los siguientes cuidados: antibióticos, según cultivo bacteriano; excisión del aneurisma o, si no es posible, desbridamiento de la pared sana del aneurisma; colocación de un «shunt» intraoperatorio; empleo de vena autógena como material de injerto; uso de suturas de monofilamento de polipropileno; corto tiempo de drenaje y amplio tiempo de terapéutica antibiótica.