

EXTRACTOS

DESCOMPRESSION DEL CONDUCTO TORACICO POR ANASTOMOSIS LATERO-TERMINAL A LA VENA YUGULAR EXTERNA (Thoracic duct decompression by side to end anastomosis to external jugular vein). — **A. Aboul-Enein.** «The Journal of Cardiovascular Surgery», vol. 21, n.º 5, pág. 574; **septiembre-octubre 1980.**

La eficacia del drenaje externo del conducto torácico en el tratamiento de la cirrosis hepática ha sido expuesta por varios investigadores. Nosotros lo hemos comprobado en una fibrosis hepática esquistosómica.

Los inconvenientes de las fistulas del conducto torácico son de todos conocidos. Para corregirlos por medio de un drenaje interno algunos han procedido a la anastomosis del final del conducto a la yugular interna.

Aquí vamos a presentar la anastomosis látero-terminal entre la pared lateral de la porción cervical del conducto torácico y la yugular externa, a fin de establecer una comunicación linfo-venosa que drenara el exceso de linfa producida por hipertensión portal.

Se sometieron a esta intervención 15 pacientes con fibrosis hepática esquistosómica y moderada ascitis, rebelde al tratamiento médico, en los que se efectuaron la serie de exploraciones debidas.

Intervención: Anestesia general. Incisión supraclavicular transversal, paralela un centímetro por encima de la clavícula. Sección de la cabeza de la clavícula y del esternocleidomastoideo. Dissección de la yugular interna junto a su unión a la subclavia. Sección del omohioideo. Cuidadosa disección del ángulo subclavio-yugular interno y exposición del conducto torácico. Liberación y movilización de la porción cervical del conducto; lo mismo de unos 5-7 cm de la yugular externa. Colocación de un «clamp» en la parte baja de la vena, mientras se liga y secciona su parte alta. Heparinización con solución salina de la vena. Aplicación de un «clamp» vascular en el conducto torácico cervical y práctica de una incisión de unos 1-1,5 cm en su cara lateral. Anastomosis del muñón yugular a la pared lateral del conducto torácico, empleando seda 6/0. Se ve circular la linfa por la yugular externa.

Todos los pacientes fueron internados en el hospital durante tres semanas después de la operación; 5 fueron seguidos durante tres años, el resto un año. Todos disminuyeron su peso de 3 a 6 kg y la circunferencia del abdomen entre 10 y 20 cm.

En 10 pacientes, la ascitis desapareció por completo, quedando una ligera cantidad en el resto. El examen linfangiográfico reveló permeabilidad de la anastomosis en todos.

Discusión: Este tipo de anastomosis entre el conducto torácico y la yugular externa debemos considerarlo como una exposición preliminar. No obstante, este tipo de descompresión del conducto torácico puede ser aplicado con éxito en pacientes con ascitis rebelde.

TROMBOSIS VENOSA MESENTERICA PRIMARIA (Primary mesenteric venous thrombosis). — **Jonathan Sack y Joaquín S. Aldrete.** «*Surgery, Gynecology & Obstetrics*», vol. 154, n.º 2, pág. 205; febrero 1982.

El infarto intestinal es una catastrófica enfermedad de condiciones patológicas diversas, que conduce a la necrosis intestinal y final fatal en los no tratados. La trombosis de las venas mesentéricas representa una de aquellas condiciones que lleva a la necrosis del intestino. Varias causas pueden determinar dicha trombosis: infecciones, procesos hematológicos, traumáticos y mecánicos. No obstante, a veces se produce sin causa determinada y se denomina idiopática o primaria. A esta última forma dedicamos este estudio, para ver las características más sobresalientes de ella, la conducta seguida y su curso, en nueve enfermos, 7 varones y 2 mujeres, con un promedio de edad de 47 años.

Se efectuaron 12 operaciones, nueve de inicio, dos reoperaciones por trombosis recurrente y otra por absceso intraabdominal postquirúrgico.

Las manifestaciones más habituales fueron dolor abdominal, vómitos, fiebre, deposiciones sanguinolentas, sólo en dos diarrea. Dolor a la presión abdominal, distensión y disminución de los ruidos intestinales fueron los hallazgos físicos más corrientes, asociados a menudo con taquicardia e hipotensión.

El Laboratorio no dio datos específicos de trombosis venosa mesentérica, hallando por lo común leucocitosis y hemoconcentración.

Los hallazgos radiográficos sugerían obstrucción intestinal en seis pacientes.

En ninguno de los nueve pacientes cabía pensar en causa específica alguna de la trombosis, por lo que fueron catalogados de trombosis venosa mesentérica primaria. Sólo en un caso se hizo el diagnóstico exacto preoperatorio, en tres se pensó en accidente vascular mesentérico, en otros en obstrucción intestinal, en uno enfermedad de Crohn y en otro en una sepsis intraabdominal.

La porción media del intestino delgado fue el sector más afectado. Hubo dos muertes. En el acto quirúrgico se comprobó en todos los nueve pacientes un infarto intestinal de 132 a 105 cm de longitud con trombosis de las venas mesentéricas y permeabilidad de las arterias homónimas. Cinco presentaron ascitis hemorrágica. Las dos muertes se produjeron por paro cardiorespiratorio inesperado en el inmediato postoperatorio. Ninguno de los dos había sido tratado con anticoagulantes. Otros dos enfermos habían sido ya operados de resección intestinal en otro hospital y acudieron al nuestro por recurrencia del cuadro agudo intestinal.

Es esencial estar familiarizado con esta enfermedad para hacer un diagnóstico correcto, ya que la resección intestinal es de urgencia. Hay que administrar en seguida heparina intravenosa tras hacer el diagnóstico, a fin de evitar la recurrencia de la trombosis y otras posibles complicaciones trombóticas.

Si todo ello se hace con prontitud, el pronóstico de la trombosis mesentérica venosa es a menudo favorable.

¿DEBE USARSE LA AORTOGRAFIA DE RUTINA COMO CONDUCTA ELECTIVA EN LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL?
(Should aortography be used routinely in the elective management of abdominal aortic aneurysm?). — **Ismael N. Nuno, Geoffrey M. Collins, Joshua A. Bardin y Eugene F. Bernstein.** «American Journal of Surgery», vol. 144, pág. 53; 1982.

La muerte como resultado del examen rutinario aortográfico en casos de aneurisma aórtico abdominal sugirió la realización de un estudio retrospectivo de 105 pacientes en los que se efectuaron procedimientos electivos de cara al aneurisma.

En dicho estudio se identificaron 21 estenosis de arteria renal, 2 aneurismas de arteria renal, 2 casos de aneurismas en múltiples arterias renales, 8 estenosis de arterias celíacas, 6 oclusiones o estenosis de arterias mesentéricas superiores y cierto número de procesos oclusivos periféricos asociados a aneurismas de arterias ilíacas.

La influencia de dichos hallazgos sobre la conducta quirúrgica se limitó a 6 reconstrucciones de arteria renal, una reconstrucción con reimplantación de arteria renal que surgía del aneurisma, una por hipertensión y 4 reconstrucciones en normotensos por grave estenosis arterial. No se practicaron reconstrucciones de arterias celíacas o mesentéricas, sin que se presentaran complicaciones.

La información angiográfica fue insospechada y significativa de cara a la intervención sólo en un caso. De todo ello se concluye que los riesgos y los gastos que ocasiona la aortografía de rutina no están justificados.