

EXTRACTOS

ANEURISMA POPLITEO PRESUMIBLEMENTE CONGENITO EN UN NIÑO DE 4 AÑOS. E. Sala-Planell, J. Latorre, A. Rosendo, L. Olba, J. Marinello y J. M. Mestres. «Sant Pau», vol. 4, n.º 1, pág. 29; enero-febrero 1983.

Los aneurismas arteriales suelen ser excepcionales en la primera década de la vida. Se han publicado casos aislados de origen traumático, micóticos, medionecrosis quística y arteritis de células gigantes. Pero si son rarísimos, cualquiera que sea la etiología, aún lo son más los congénitos. Cifrándonos al territorio de la poplítea sólo hemos hallado un caso similar (NEGRE, 1956), aunque lo atribuye a un traumatismo ignorado.

Caso clínico.

Niño de 4 años. Acude el 16-IX-1976 por una tumoración blanda y pulsátil en hueso poplíteo izquierdo descubierta fortuitamente 6 meses antes.

Disminución de la oscilografía acra en dicha pierna. La arteriografía muestra la existencia de un aneurisma fusisacular en el sector poplíteo.

Intervención (21-IX-76). Anestesia general. Decúbito supino. Extirpación del aneurisma y colocación de un injerto de safena, por sutura término-terminal con cuadrangulación de Carrel.

Postoperatorio: Oscilografía acra con curvas simétricas. La arteriografía de comprobación demuestra permeabilidad arterial sin diferencias de calibre en el injerto.

Anatomía patológica: Junto a áreas bien preservadas, existen otras de estructura muy adelgazada, donde se ha perdido por completo la lámina elástica interna y sólo quedan algunas fibras elásticas dislaceradas y sin continuidad en la limitante externa.

Evolución: La clínica y las exploraciones funcionales hemodinámicas de la extremidad se han mantenido dentro de la normalidad durante los cinco años transcurridos desde la intervención.

Comentario.

Aunque fuera del territorio cerebral los aneurismas congénitos son muy discutidos, las características clínico-patológicas de nuestro caso merecen la consideración de tal origen. Desde el punto de vista clínico, la edad del paciente y la ausencia de traumatismo; desde el anatomopatológico, la ausencia de fenómenos inflamatorios y de focos hemorrágicos, la falta de depósitos de hemosiderina que confirmasen una antigua hemorragia y la disposición anóma-

la de las fibras elásticas, escasas, dislaceradas y rotas en la pared del aneurisma, traducción de un defecto congénito de la lámina elástica de la pared arterial, que al ceder bruscamente daría lugar al aneurisma.

TECNICA MEJORADA DE INSERCIÓN DEL FILTRO GREENFIELD EN VENA CAVA (Improved technique for insertion of Greenfield vena cava filter). **Lazar J. Greenfield, James R. Steward y Stephen Crute.** «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 156, n.º 2, pág. 217; febrero 1983.

Conocemos la facilidad, economía y efectividad del filtro Greenfield como protección mecánica de la embolia pulmonar. Ya han sido descritas las técnicas de su colocación vía femoral y yugular. A pesar de una experiencia favorable, no cabe duda de que en ocasiones se presentan problemas debidos, en su mayoría, al alambre-guía por femoral. Por ello, hemos modificado algo la técnica, tanto por una como por otra vía.

El porta-catéteres ha sido modificado de forma que permita la colocación de un alambre-guía de Seldinger. El que se utiliza por vía yugular se ha reducido de tamaño a fin de que pueda introducirse en venas de tamaño más pequeño. Un riguroso examen ha confirmado la abertura completa del filtro una vez descargado del portador más pequeño observado. Por otro lado, se ha disminuido y redondeado la punta, lo que permite una más fácil inserción y un menor trauma vascular.

El catéter se ha adaptado de manera que permita el paso de solución de heparina antes y durante la inserción, desde que esté colocado el alambre-guía de 0,035 pulgadas. El aumento de su luz, incluido el portador, permiten una mejor flebografía. La heparinización debe emplearse para evitar la trombosis en el cilindro que deje trabado el filtro tras la descarga de sus patas.

El portador femoral ha sido, asimismo, modificado por la adición de una cobertura cilíndrica que evite en lo posible una descarga inesperada durante su retirada de una femoral o ilíaca de poco calibre. El obturador fusiforme es radioopaco y el filtro se coloca en el portador con la ayuda de un dispositivo cilíndrico.

Técnica: Tras la exposición de la yugular interna o de la vena femoral, a través de una flebotomía se inserta un alambre-guía Seldinger revestido, Teflon, politetrafluoroetileno, de 0,035 pulgadas, 0,9 mm, colocándolo en la parte inferior o superior de la cava inferior, según la inserción sea yugular o femoral, respectivamente. El final del rígido alambre-guía se pasa retrógradamente a través de un porta-filtros-catéter ensamblados. El insertador se pasa por encima del alambra-guía hasta la posición deseada en la cava y se suelta el filtro por sujeción del estilete y retirada del catéter, descubriendo el filtro. Se extraen entonces el catéter y el alambre-guía y se cierra la flebotomía.

Discusión: Pocos problemas ocasiona la colocación del filtro Greenfield si se tiene experiencia; no obstante, a veces pueden producirse dificultades evitables con las modificaciones descritas de la técnica y del diseño del porta-catéteres.

La rutinaria vía femoral demuestra ciertos obstáculos al paso del alambre-guía por el borde de la pelvis; la vía yugular los tiene a nivel de la válvula

de Eustaquio. La nueva técnica permite una heparinización continua y disminuye el tiempo de permanencia del porta-catéteres y los riesgos de formación de trombos en el portador. La única ocasión de emigración proximal del filtro reportada como anécdota se produjo por atrapamiento de las patas del filtro por trombos supuestamente formados en el portador durante la inserción.

La liberación del filtro en posición inclinada la hemos observado en el 12 % de los casos y plantea tres potenciales problemas: entorpecer la eficacia del filtro, tolerando el paso de trombos mayores de 3 mm; la penetración de la pared de la cava; el que el apex del filtro quede contra la pared vascular, fuera de la máxima circulación sanguínea, permitiendo el paso de émbolos atrapados. Soltar el filtro por el alambre-guía minimiza la posible inclinación del filtro y por tanto los problemas citados.

Nuestra experiencia en cuatro casos con los nuevos porta-catéteres y alambres-guía ha sido satisfactoria.

¿EXISTE UNA SEMIOLOGIA DOPPLER DE LAS DISECCIONES AORTICAS? (Existe-t-il un sémiologie Doppler des dissections aortiques?) **F. Dany, A. Chabanier, J. Bensaid, M. Kim, P. Virot y P. Blanc.** «Angéiologie», año 35, n.º 1, pág. 15; febrero 1983.

El objetivo de este trabajo no es discutir la primacía de la angiografía y de la ecografía en el diagnóstico de las disecciones aórticas, exploraciones indispensables para afirmarlas. La exploración Doppler se efectuó de manera fortuita en ocasión de evidenciar alteraciones morfológicas en las curvas de un aneurisma disecante de expresión clínica atípica. Por ello, la empleamos en seis casos observados en el Servicio de Cardiología en 1981 y 1982.

Se trataba de seis pacientes, 5 hombres y una mujer, de edad promedio de 60 años (entre 49 y 71), con aneurisma disecante de aorta, con cuadro típico, excepto en uno que sólo aquejó claudicación intermitente en pierna izquierda.

El Doppler fue patológico en cinco de los casos.

Las anomalías halladas pueden clasificarse en dos grupos:

1) Aparición en uno o varios ejes arteriales de una muesca proto o mesosistólica.

2) Signos indirectos de insuficiencia aórtica, caracterizada en el Doppler por una subdislocación diastólica de los flujos en los ejes arteriales distantes del orificio aórtico.

1) La incisura protosistólica presenta como principal particularidad el estar propagada a lo largo del eje arterial disecado. A veces coincidente con una frémito sistólico, aunque no correlacionado con una insuficiencia aórtica.

2) Los signos indirectos de insuficiencia aórtica se hallaron en cuatro casos.

El aspecto de las curvas Doppler recuerdan en cierto modo el «Pulsus bisferiens» de los mecanogramas externos de la insuficiencia aórtica, aunque la incisura es claramente marcada, separando la onda centrífuga en dos componentes, siendo la segunda netamente telediastólica. En la periferia la esco-

tadura negativa desaparece para dejar lugar a un regreso a la línea cero entre dos ondas positivas.

3) Sólo un enfermo presentó un Doppler sensiblemente normal, con curvas anácrotas no habituales.

Evolución.

Dos enfermos fallecieron inmediatamente a la disección aórtica. Tres fueron operados, procediendo a una prótesis de la aorta ascendente. El control postoperatorio del primer caso es satisfactorio. Un caso tuvo que ser reoperado, con nuevas prótesis, falleciendo por disociación electromecánica. En el tercero el resultado fue mediocre, persistiendo la insuficiencia aórtica y signos de disección del eje ilíaco izquierdo.

Comentarios.

El diagnóstico de la disección aórtica es difícil, ya que los signos clásicos no son constantes. La ecografía permite el diagnóstico sin riesgos.

Es verosímil que el Doppler nos dé una semiología específica representada por una incisura proto o mesosistólica que responda a tres mecanismos: 1) obstáculo transitorio a la eyección, por falso conducto, en la luz arterial en protosístole; 2) fenómeno de válvula o fuelle provocado por el cilindro externo; 3) percepción sucesiva de dos flujos sanguíneos, el primero en el cilindro externo, el segundo en el cilindro interno de la disección.

Diagnóstico diferencial

1. Las insuficiencias aórticas mayores provocan alteraciones de las ondas Doppler en la mesosístole. La incisura mesosistólica es más tardía en la sístole. Rara vez es profunda. En nuestra serie se observaron anomalías de la protosístole sin signos de insuficiencia aórtica al menos en dos casos.

2. Las miocardiopatías obstructivas son responsables en las ondas de velocidad Doppler de alteración de la protosístole. En general la incisura sistólica es más tardía en la revolución cardíaca y el primer pico es más elevado que el segundo.

3. La placa de ateroma que actúa como válvula resulta de diagnóstico más difícil. No es raro observar muescas sistólicas coexistentes con turbulencias a nivel de una estenosis, con efecto Venturi. Pero es raro que el fenómeno se extienda más allá de algunos centímetros, por lo que no puede explicar la propagación a todo lo largo del eje arterial de las anomalías de la protosístole citadas en este trabajo.

Si la incisura protosistólica parece muy específica de la disección aórtica, la evidencia de un reflujo diastólico, signo indirecto de fuga aórtica mayor, no lo es, a no ser que se acompañe de alteraciones inhabituales (doble pulso, etc.).

En resumen, dos disecciones sobre seis se han diagnosticado por Doppler antes de ser confirmadas por radiología.

Los aspectos Doppler no parecen constituir hallazgos por azar. La concordancia con la exploración clínica fue satisfactoria en cinco de los seis casos.

Sin pretender sustituir al examen clínico, la ecografía y la opacificación del cayado aórtico, el Doppler puede ser una ayuda en el diagnóstico de las disecciones aórticas atípicas e incluso de las antiguas pasadas inadvertidas.

Permite valorar la importancia de la insuficiencia aórtica y estudiar con precisión las consecuencias de la disección a distancia del cayado aórtico. Por último, hace posible apreciar la calidad de la reconstrucción quirúrgica por exámenes Doppler repetidos.