

EXTRACTOS

ANEURISMAS POPLITEOS: RESULTADOS DE 87 OPERACIONES (Popliteal aneurysms: Results of 87 operations).- Charles H. McCollum, Michael E. De Bakey y Hans O. Mybre. «Bulletin Cardiovascular Research Center», vol. 21, n° 4, pág. 93; abril-junio 1983.

De los aneurismas arteriales periféricos, el 70 por ciento se producen en la arteria poplítea. Si no son tratados, a menudo llevan a complicaciones de tipo trombótico, embólico o de ruptura, capaces de provocar la gangrena de la extremidad y acabar en la amputación de la pierna. La mayoría de estos pacientes no entra en el hospital hasta que existe amenaza de necrosis por una de dichas complicaciones. No obstante, incluso en éstos, la reconstrucción arterial puede mejorar el pronóstico. El tratamiento por injerto venoso autógeno no se generalizó hasta las pasadas dos décadas. Vamos a exponer nuestra experiencia del tratamiento quirúrgico de estos aneurismas desde 1957 a 1977.

Se revisaron 87 aneurismas poplíteos (71 pacientes) operados en estos veinte años. Correspondían a arterosclerosis 57, mientras los 30 restantes eran falsos aneurismas desarrollados a causa de operaciones vasculares previas. Un 66% de los aneurismas verdaderos mostraba aneurismas adicionales en otros sectores arteriales, que precisaron ser intervenidos. Eran bilaterales en 21, practicándose en 13 una intervención bilateral.

Del total, un 21% tenían dolor en reposo o discreta gangrena, 18% claudicación intermitente y 33% síntomas locales de compresión por el aneurisma. No hubo correlación entre el tamaño del aneurisma y la incidencia de complicaciones.

En el 80% se procedió a la resección del aneurisma y sustitución por un injerto de 8 mm Knitted Dacron. En la mayoría de los pacientes se expuso la arteria poplítea por incisión interna; sólo en 9 pacientes la incisión fue posterior.

Tuvimos sólo un fallecimiento (1,1%) debido a infarto de miocardio.

Del total, 3 precisaron amputación dentro de los tres meses de la intervención y otros 3 en periodos posteriores. La mayoría de ellos presentaban una grave isquemia por obstrucción de las arterias de la pierna antes de la intervención. La permeabilidad en los 5 primeros años de los verdaderos y falsos aneurismas fue del 82 y 48%, respectivamente.

Discusión.

Los aneurismas poplíteos constituyen una grave situación que puede ocasionar importantes complicaciones capaces de llevar a la pérdida del miembro, si no son tratados. Si el paciente ingresa en el hospital sin complicaciones y con buena permeabilidad, cabe esperar un buen resultado de su resección y sustitución por un

injerto. Tanto el Dacron como el injerto venoso autógeno dan excelentes resultados. Si el aneurisma está ocluido son preferibles los injertos venosos.

En aquellos pacientes con afectación distal intensa cabe pensar en la simpatectomía lumbar, tratamiento que será único en los casos de oclusión aneurismática y distal, donde la reconstrucción está contraindicada. El estado de las arterias de la pierna tiene mucha importancia en el pronóstico de la reconstrucción.

Dado que muchos pacientes con aneurisma poplíteo presentan complicaciones y grave isquemia en el momento de la admisión, es imperativo un precoz diagnóstico. Aquellos que presentan aneurismas en otros lugares deben ser cuidadosamente examinados de aneurisma poplíteo y obtener una angiografía bilateral; angiografía que no será diagnóstica si el aneurisma contiene material trombotico. Si el aneurisma está ocluido del todo, semeja cualquier otro tipo de oclusión arterial.

Tamaño del aneurisma y complicaciones no tienen relación, pero, sea el que sea, debe ser intervenido cuanto antes. La indicación quirúrgica en los aneurismas trombosados depende del grado de isquemia de la pierna.

En los pacientes con falsos aneurismas fue usada seda o polietileno en la anastomosis de la primera reconstrucción. No obstante, el material de sutura es sólo uno de los factores en la producción de falsos aneurismas. La seda no debe ser usada más en las anastomosis vasculares.

El pronóstico de los falsos aneurismas poplíteos no suele ser tan bueno como el de los verdaderos, a largo plazo, a causa de la progresión del proceso ateroscleroso. No obstante, creemos que la mayoría de los pacientes con falsos aneurismas, trombosados o no, que ocasionen notable sintomatología deben ser tratados quirúrgicamente.

VENA MARGINALIS LATERALIS PERSISTENTIS. ASPECTOS DIAGNOSTICOS Y QUIRURGICOS (Vena marginales lateralis persistens. Diagnostic and surgical aspects).- E.U. Voss y S. Hutschenreiter. «Angéiologie», año 35, n° 4, pág. 111; julio 1983.

Aunque en esta centuria se ha estudiado en detalle la ontogenia del sistema vascular, determinadas peculiaridades vasculares en pacientes con angiodisplasias escapan a una clara definición basada en la embriogénesis. La persistencia de la vena marginal de las piernas representa un ejemplo de error en la formación del sistema venoso.

La vena marginal lateral no suele persistir a la vista a partir del parto. Si lo hace, cabe observarla subcutánea por la cara externa de la extremidad, haciendo prominencia y sin válvulas. Su presencia supone una malformación del sistema venoso profundo y a menudo va asociada a otras malformaciones vasculares o esqueléticas.

La malformación puede clasificarse como angiodisplasia, según la clínica, morfología y función, de:

1. **Tipo Klippel-Trénaunay:** nevus, varices, gigantismo y/o hemangioma, linfangioma, malformación del sistema venoso profundo.

2. **Tipo Servelle-Martorell:** Hemangiomatosis sistemática de los tejidos blandos y esqueléticos con acortamiento del miembro por destrucción epifisaria regional.

Desde 1970 a 1980 hemos observado 28 casos de persistencia de la vena marginal externa en 102 extremidades (86 pacientes) con angiodisplasias.

Dichas extremidades fueron valoradas por examen físico, radiológicamente y por «tests» funcionales.

Nunca observamos vena marginal persistente en pacientes con fístulas arteriovenosas de las extremidades. La comprobamos en 14 casos de 51 Klippel-Trénaunay, en 9 de 27 Servelle-Martorell y en 2 con malformación del sistema venoso profundo, pero no clasificable en los dos grupos anteriores. En 3 casos la vena marginal fue la lesión predominante pero sin lesión esquelética, aunque con hipoplasia y avalvulación del sistema venoso profundo. La vena marginal nunca fue vista sin alteraciones del sistema venoso profundo.

En general aparece en los miembros inferiores. Vollmar distingue cuatro tipos, según la morfología, extensión, origen y desembocadura.

Se expone un caso de vena marginal con hipoplasia y avalvulación del sistema profundo, drenando la sangre a la iliaca interna. La flebografía confirmó el diagnóstico y contraindicó la intervención de resección de sus flefectasias.

Discusión.

La interpretación fisiopatológica de la presencia de la vena marginal fue dada por VOLLMAR (1979) aportando datos embriológicos y funcionales. No obstante, la terminología de las malformaciones arteriales y venosas se halla todavía en discusión o bien sometidos a controversia ciertos datos. La vena marginal persistente se encuentra en su mayoría en dos tipos de angiodisplasias, el Klippel-Trénaunay y el Tipo Servelle-Martorell. En contraste, no se observa en pacientes con fístulas arteriovenosas congénitas tipo F.P. Weber. En realidad, más que su fenomenología, lo importante es que señala una concomitante lesión del sistema venoso profundo.

Conclusión.

Según nuestras observaciones, esta atípica vena representa una persistencia de un vaso preformado embriológicamente, cuya función es la de colector venoso colateral en casos de malformación del sistema venoso profundo. Incluso en casos sin alteraciones esqueléticas, el sistema venoso profundo muestra por lo regular una insuficiencia de drenaje.

En consecuencia cabe establecer los siguientes principios terapéuticos: 1. La vena marginal externa la mayoría de veces desempeña la función de drenaje venoso principal del miembro y no debe ser interrumpida. 2. Cada caso de venas varicosas de etiología ignorada en pacientes jóvenes debe ser diagnosticado con corrección, a fin de evitar la gangrena de origen venoso tras la interrupción de la vena marginal externa persistente.

ULCERA DE MARTORELL, GANGRENAS SUPERFICIALES, ULCERAS LLAMADAS CAPILARITICAS (Ulcère de Martorell, Gangrènes superficielles, ulcères dits capillaritiques).-A.M. Sarteel y J.F. Merlen. «Phlébologie», año 36, nº 4, pág. 375; octubre-diciembre 1983.

Úlcera de Martorell.

Publicada en 1945 con el nombre de «Úlceras supramaleolares de los grandes hipertensos», la Úlcera de Martorell tiene sus caracteres propios, aunque puede presentarse de varias formas.

En general afecta al sexo femenino, en personas de cierta edad, pletóricas, con hipertensión sistémica y diastólica de larga evolución, o bien en mujeres jóvenes con hipertensión maligna. De modo espontáneo o tras un leve traumatismo, aparece la úlcera en forma de mancha cianótica por eritrodiapedesis y capilaritis, que luego se transforma en una placa necrótica o gangrena cutánea que dará lugar a una úlcera superficial de bordes no callosos ni indurados, rojos, oscuros o negros según los casos, con piel sana alrededor. Simétrica y bilateral, se localiza en la cara anteroexterna de la pierna en la unión de los tercios medio e inferior. Se acompañan de dolor intenso, que no calma con el reposo en cama y aumenta de noche.

El diagnóstico se hace por la presencia de la úlcera en su localización típica ocurrida en personas, por lo común mujeres, en edad algo avanzada, hipertensa (tanto en brazo como en piernas) con aumento del índice oscilométrico en extremidades inferiores. No hay obliteración arterial ni trastornos venosos. A veces se observa úlcera en una pierna y cicatriz de úlcera en la otra, o bien una simple mancha de angiodermatitis. Su evolución es larga, la recidiva frecuente y el pronóstico en función del estado general y de la tensión arterial.

MARTORELL, profesor de anatomopatología antes de ser cirujano, comprobó en las biopsias las mismas lesiones halladas en las arteriolas musculares de los hipertensos. Se trata en efecto de necrosis isquémicas cutáneas por endarteriolitis trombosante, disminución de la luz arteriolar, hialinosis subendotelial, multiplicación de núcleos en la media y engrosamiento de la pared. De ahí la indicación de MARTORELL de la simpatectomía en los casos rebeldes.

Úlcera muy dolorosa, responde ante todo al tratamiento hipotensor, antiálgico y vasoactivo por vía oral, intramuscular o intraarterial loco-regional. En los casos rebeldes o muy dolorosos, MARTORELL aconseja la simpatectomía lumbar. Además, cuidados locales con pomadas antisépticas. Por lo habitual son recidivantes.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta aquellas de localización similar, como las ocasionadas por gangrena en placas superficiales o Angiodermatitis necrótica y las Úlceras por capilaritis.

¿QUE HACER EN CASO DE INYECCION INTRAARTERIAL ACCIDENTAL DE ESCLEROSANTE? (Que faire en cas d'injection accidentelle de sclérosant dans une artère? A propos d'une observation). H. Hodara. «Phlébologie», año 36, n° 2, pág. 167; **abril-junio 1983.**

Entre las causas de isquemia de los miembros inferiores hay que citar las yatrogénas y de ellas las inyecciones esclerosantes intraarteriales. La isquemia puede producirse tanto por inyección intraarterial como paravenosa con espasmo. Según NATALI, esta complicación puede ocurrir en las mejores manos y con una técnica perfecta.

Observación.

Mujer de 46 años, afecta de varices bilaterales con insuficiencia de los cuatro cayados safenos. Nuestro colega flebólogo inicia la escleroterapia el 18-XII-1981 en la safena externa derecha, con Trombovar, sin la menor dificultad. Efectúa varias esclerosis más en ambas piernas, hasta que el 22-XII-1981 inyecta sin inconveniente alguno la safena interna derecha, pero en el curso de la inyección la enferma señala dolor a lo largo del muslo y luego de la pantorrilla, dolor transitorio sin más. A las dos horas regresa al hospital en ambulancia por no poder caminar a causa de dolor.

Se observan placas cianóticas y frías a nivel de la cara interna del muslo y posterior de la pierna. Se indica: 250 mg de hemisuccinato de dihidrocortisona intramuscular, dos inyecciones sucesivas intraarteriales de Xilocaína al 1% (20 ml cada vez) en la femoral común, 4 comprimidos de Tanderil y una inyección de Spasfon contra el dolor.

Ante la persistencia del dolor e impotencia funcional pasa a Cuidados Intensivos del Servicio de Cardiología y Enfermedades Vasculares a las 6 horas de la inyección esclerosante. Los pulsos periféricos son, lo mismo que el examen Doppler arterial, normales. Se asocia Xilocaína, Adalat y Praxilene, siguiendo el curso que exponemos: a) alteración cutánea y muscular, con atrofia considerable de los músculos anteroexternos de la pierna. Creatina fosfoquinasa 17.000 U. (normal: 120). b) alteración neurológica con abolición del reflejo aquileo y disminución de la sensibilidad de la pierna. Se diagnostica parálisis del ciático poplíteo externo y del interno de origen isquémico, confirmada por electromiograma.

Jamás tuvo patología renal ni hiperkaliemia.

La evolución es lenta, reemprendiendo la marcha con dificultad. Se contempla la posibilidad de un injerto cutáneo, dado el mal estado de la piel, pero no es necesario. Poco a poco fue mejorando.

Discusión.

Entonces, ante este caso o similares ¿qué hacer?

Se establece una Discusión en la que intervienen varios médicos. Al final se llega a la conclusión de que ante tal accidente se impone la inyección inmediata intrafemorales arterial de dosis masivas de cortisona; perfusión intravenosa de hemisuccinato de cortisona (400 mg), Heparina (400 mg), Praxilene (400 mg), cuatro ampollas de Tranxeno 50 inyectable; hospitalización en un Servicio hospitalario competente, más uso de inhibidores cálcicos, tipo Adalat, como antiespasmódico periférico.

Naturalmente, tomar todas las precauciones para que no ocurran tales accidentes o cuando menos para evitarlos en lo posible.