

## EXTRACTOS

**FISTULAS ARTERIOVENOSAS SISTEMICAS ADQUIRIDAS. EXPERIENCIA DE 33 CASOS.** Luis Dallo, Carlos Pastrana, Gabriel Rodríguez, Oscar Medina Mora, Rodolfo Barragán, David Bialostozky. «Archivos del Instituto de Cardiología de Mexico», año 54, vol. 54, n.º 2, pág. 159; marzo-abril 1984.

El presente trabajo recopila la experiencia con 33 casos de Fístulas Arterio-Venosas Sistémicas Adquiridas (FAVSA), estudiados en este Instituto Nacional de Cardiología, desde 1945 a diciembre de 1981.

De dicha experiencia se obtienen los siguientes resultados.

Las causas más comunes de las FAVSA son: traumatismos penetrantes, heridas por arma de fuego o blanca e iatrogénicas, durante la cirugía (no se incluyen las fístulas arterio-venosas iatrogénicas del antebrazo para la hemodiálisis crónica).

Localización más frecuente: a nivel de los vasos femorales, carotídeos y subclavios; aunque la morbilidad de los vasos poplíteos es elevada y su importancia especial radica en que la cirugía se complica frecuentemente con la amputación del miembro afectado.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la FAVSA produce aumento del retorno venoso y del gasto sistólico cardíaco. Clínicamente estas alteraciones hemodinámicas se traducen en el síndrome de circulación hipercinética con gasto cardíaco aumentado. Existe gran variabilidad en el tiempo que media entre el traumatismo y las manifestaciones de cardiopatía fistular, en especial con la insuficiencia cardíaca. En la serie estudiada este intervalo fluctuó entre 4 días y 31 años. La magnitud del corto circuito arterio-venoso es lo que principalmente determina la importancia de la cardiopatía fistular. A mayor grado de corto circuito, más temprano ocurrirá la cardiopatía fistular. Los factores que determinan el volumen de sangre que pasa a través de la fístula son esencialmente: el tamaño original de la comunicación y el grado de distensibilidad del anillo o de los bordes fistulares.

El diagnóstico de las FAVSA depende de realizar una buena anamnesis y efectuar un cuidadoso examen físico. Indicadores relevantes de la enfermedad son: el soplo continuo, intenso en «maquinaria» y con reforzamiento sistólico, frémito, el signo de Nicoladoni-Branham (una disminución de la frecuencia cardíaca y una elevación de la presión arterial sistémica inmediatamente después de practicar la compresión local de la FAVSA), la insuficiencia venosa distal a la fístula, y, debe sospecharse en reciente caída en insuficiencia cardíaca, en cierta forma «inexplicable», dada la ausencia de obvia lesión cardíaca. La cardiopatía fistular se observó en el 60% de los casos, pero el ECG puede ser normal hasta en un 33%. El 73% presentó cardiomegalia, con reducción del tamaño al corregirse la FAVSA.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico, siendo indispensable escoger una adecuada técnica. El enfoque quirúrgico actual opta por un tratamiento fisiológico

que busca la conservación de las vías arteriales y venosas, con el fin de obtener, tanto la interrupción del flujo sanguíneo fistular como la permeabilidad de los vasos, reduciendo con ello la morbilidad operatoria y la posibilidad de las amputaciones.

En el 11,4% de los casos hubo complicaciones: muerte por hemorragia severa, embolia periférica, estenosis arterial e isquémica de miembro, persistencia de la fístula y amputación del miembro. En dos casos se observó crisis hipertensiva post-operatoria. El resultado quirúrgico en los casos restantes fue curativo.

**VASCULITIS NODULAR Y FOCOS SEPTICOS. Orestes Díaz Hernández, Roger Lobaina González, Esteban Cabrejas Milhet, Alberto Rey Díaz, Arturo Pérez Chambers.** «Revista Cubana de Cirugía», vol. 23, pág. 55; enero-febrero, 1984.

### **Introducción.-**

Es propósito de los autores dar a conocer la importancia de los focos sépticos en pacientes de vasculitis nodular en los miembros inferiores.

La vasculitis nodular es una enfermedad caracterizada por la aparición de nódulos en las piernas, cuya etiología está íntimamente ligada a una reacción inmunológica por hipersensibilidad del paciente al germen causal.

Este concepto ha variado mucho a través de los años, incluso la clasificación de esta entidad.

**Martorell** en su libro expresa lo siguiente: «En el año 1899 los dermatólogos ingleses **Galloway** y **Whitfield** estudiaron el eritema indurado de Bazin, la eritrocianosis y, junto con **Andry**, diferenciaron patrones histológicos de nódulos tuberculosos». Otros autores como **Ormsley** y **Michelsen**, describen el eritema indurado como forma nodular no tuberculosa. En 1937, **Telford** observa que las estructuras histológicas del nódulo tuberculoso y la eritrocianosis son similares. Más tarde, en 1941, **Mc. Govern** y colaboradores engloban estas enfermedades con el nombre de perniosis. **Montgomery**, en 1945, designa un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de nódulos, a veces ulcerados, en las piernas, asociados a lesiones de los pequeños vasos y a fibrosis.

**Lever** plantea que la vasculitis nodular es probable que sea una variante del eritema nudoso. El tipo no tuberculoso de nódulos se consideró como vasculitis nodular, según **Abramson**. Hay autores que plantean diferenciar los nódulos por la biopsia y descartar procesos como la fascitis nodular de etiología pseudomatososa, y **Cañizares** establece el diagnóstico diferencial de la lepra con manifestaciones nodulares.

No hemos encontrado investigaciones relacionadas con este estudio. Nuestra teoría consiste precisamente en que se debe dar a conocer la necesidad de detectar un foco séptico ante una paciente que presenta nódulos en las piernas.

### **Material y métodos.-**

Se analizan 22 expedientes clínicos de consulta externa, de pacientes con vasculitis nodular en las piernas.

Todos los casos son de mujeres jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 29 y 30 años. Los nódulos aparecen en primavera o verano y desaparecen en invierno, se asientan con preferencia en las piernas por debajo de las rodillas con un tamaño de 1 a 3 cm de diámetro, superficiales, dolorosos al comprimirse y movibles. Se ulceran en ocasiones y sufren recidivas si el foco séptico no es detectable. El principal foco séptico es la orofaringe con crisis de amigdalitis frecuentes.

La eritrosedimentación se encuentra acelerada en casi todos los casos. Los exudados faríngeos detectan los microorganismos capaces de producir amigdalitis. La biopsia elimina el nódulo y sirve para el diagnóstico histológico. El trastorno primitivo es una lesión vascular hipodérmica, que da lugar a esteatonecrosis, que provoca infiltración lipofágica y que llega a ocasionar licuefacción y ulceración. Cuando no se ulcera, pasa por la fase final de reabsorción granulomatosa y esclerosis cicatrizal.

Nos limitamos a procesar los datos numéricos y expresarlos en por cientos. Además, se aplica la prueba bioestadística de  $X^2$ .

### Resultados y discusión.-

El diagnóstico clinicopatológico se dividió en tres grupos: las vasculitis nodulares, el eritema nudoso y la paniculitis. Los focos sépticos detectados en las pacientes con vasculitis nodular fueron nueve, lo que correspondió a un 82 por ciento; para los casos de eritema nudoso un 50% y para la paniculitis un 40%, y del total general se determinó un 64% de focos sépticos detectados.

Continuamos el análisis y obtuvimos una  $X^2 = 6,41$  con una  $p < 0,05$ , lo que arroja una diferencia significativa. En efecto, se demuestra estadísticamente la importancia de detectar los focos sépticos en las pacientes de vasculitis nodular en las piernas. Al eliminar el foco séptico las nodulaciones desaparecen en pocos días.

No le atribuimos interés a la edad.

No detectamos clínica ni histológicamente casos con tuberculosis o lepra.

Hubo ocho casos con edemas y en uno se ulceró el nódulo, que no había sido tratado en su momento oportuno. Los casos en que el foco séptico no se detectó, su evolución fue más tórpida e inclusive tuvieron recidiva.

Los gérmenes más frecuentes detectados fueron el estreptococo Beta hemolítico y la Klebsiella.

El tratamiento tiene como objetivo eliminar el foco séptico. En muchas ocasiones, al recibir el antibiograma, ya la crisis de amigdalitis, los signos inflamatorios o el nódulo han desaparecido. Aparte del antibiótico utilizado se empleó corticosteroides en algunos casos.

### Conclusiones.-

1. Debemos detectar el foco séptico en toda mujer joven con un nódulo en las piernas y aplicarle el tratamiento adecuado.
2. Establecer el diagnóstico diferencial clínico y patológico de la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, además del correspondiente estudio con el exudado faríngeo, la biopsia y la eritrosedimentación.
3. Recomendamos utilizar esquemas de corticoides para aquellos casos más agudos o que no ceden fácilmente a los tratamientos habituales, siempre y cuando éstos no estén contraindicados.

**EXCLUSION DEL SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL EN EL DIAGNOSTICO DE LAS TROMBOSIS PROFUNDAS POR LA DOPPLEROMETRIA ULTRASONICA** (Exclusion du système veineux superficiel dans le diagnostic des thromboses profondes par la dopplerométrie ultrasonique). **J. Alessio Cuman, G.C. de Lemos Cordeiro, O.F. Brum, S. Arruda.** «Angéiologie», 36º año, nueva serie, n.º 6, pág. 231; octubre 1984.

Es constante el hecho de que las enfermedades venosas sean más frecuentes que las enfermedades cardíacas. La trombosis profunda tiene una doble importancia: por un lado, la gran posibilidad de embolia pulmonar y por otro, las secuelas relativamente frecuentes que dan lugar, a veces, a una invalidez total o parcial con grandes sufrimientos y una incontestable repercusión socio-económica.

La teoría clásica dice que el diagnóstico de las trombosis venosas profundas se basa en el examen clínico y en la flebografía, sin embargo, debe considerarse la posibilidad de insuficiencia del diagnóstico clínico, en un porcentaje razonable de pacientes, y por otro lado la flebografía, reconocida indudablemente como el método más fiel, presenta inconvenientes: coste elevado, necesidad de personal más especializado, el tiempo necesario para el examen, contraindicación de exámenes repetidos, eventualidad de reacciones alérgicas e incluso la posibilidad de desarrollo de trombosis.

Para el diagnóstico de las trombosis profundas, debe, pues, admitirse el empleo de un método más inofensivo, no agresivo, capaz de ser repetido tan a menudo como sea necesario y también de proporcionar resultados fiables. Todo ello se puede encontrar en el examen con el Doppler ultrasónico.

### **El diagnóstico con el Doppler ultrasónico.-**

Se basa en el estudio de las alteraciones de las características normales del sonido venoso, que son:

- La espontaneidad: El sonido venoso se oye por la simple aplicación de la sonda sobre el área de proyección de la vena.
- La variación de fase: No es más que la variación de la intensidad del sonido, creada por los movimientos respiratorios.
- La ausencia de pulsación, contrariamente a los sonidos arteriales.
- La intensidad e intensificación del sonido, por medio de maniobras conocidas.

Es necesario, además registrar la existencia de causas de error, que son: La presencia de trombos no oclusivos, la existencia de circulación colateral, la «recanalización» venosa, la compresión venosa, la oclusión arterial aguda, la ausencia de colaboración del paciente, la falta de entreno del médico, la dualidad de las venas y el edema.

Según opinión de los autores, debe añadirse a estas causas, la influencia de los flujos venosos provenientes de las redes superficiales, es decir, de las safenas internas y externas. Los puntos normalmente utilizados para la exploración de las venas femorales común y poplítea son el pliegue inguinal y la región poplítea. Se puede concluir que el sonido obtenido en estos puntos corresponde verdaderamente a la suma de los flujos del sistema profundo y de las safenas. Sin embargo, incluso en presencia de obstrucción del sistema profundo localizada por debajo del punto de aplicación de la sonda, se puede obtener un sonido espontáneo e incluso fásico de-

bido únicamente al flujo procedente del sistema superficial, que, en este caso, puede estar aumentado. Esto puede conducir a un error de diagnóstico, y es para evitar esta causa de error tan importante que los autores proponen un método simple y práctico de oclusión de la red superficial.

### **El método.-**

Consiste fundamentalmente en la colocación de tres torniquetes: el primero sobre la región maleolar, el segundo debajo de la rodilla y el último debajo y lo más cerca posible de la región inguinal. Los miembros deben elevarse 45°. Con la utilización de los torniquetes se pretende eliminar el flujo de la red superficial y examinar exclusivamente la red profunda de ambas piernas.

Con los miembros en horizontal, se efectúa la búsqueda del sonido y de sus características sobre las mismas áreas de proyección que con la técnica clásica.

Se ejecutan maniobras de compresión distal y de decompresión proximal que pueden eventualmente mostrar señales deplerométricas menos intensas o ausentes de un lado, sugerentes de alteración venosa de este miembro.

En razón de la supresión del examen inicial en circulación libre, la investigación hecha después de la ablación sucesiva de los torniquetes de la femoral, poplítea y de la zona maleolar, se convierte en muy importante. Además, un aumento significativo de la intensidad del sonido o de los resultados de las maniobras sobre los puntos determinados o sobre el miembro, revela la participación importante del flujo superficial, lo que constituye un elemento diagnóstico indirecto de obstrucción venosa profunda.