

EXTRACTOS

CARACTERIZACION TISULAR DE LAS LESIONES CAROTIDEAS POR ECOTOMOGRAFIA (Caractérisation tissulaire des lésions carotidiennes par échotomographie).— **Y. Sentou, G. Cohen y O. Nussaume.** «Journal des Maladies Vasculaires», tomo 10, n° 2, pág. 153; 1985.

La patología isquémica cerebral en relación con las lesiones ateromatosas de la carótida plantea esquemáticamente dos tipos de problemas:

—O bien existe una lesión estenosante, significativa en el origen de los accidentes. El problema es entonces esencialmente hemodinámico, y, según el parecer de los autores, el Doppler con análisis espectral es el método de elección para la evaluación y cuantificación de la lesión.

—O bien se trata de accidentes tromboembólicos en relación con la naturaleza histológica de la lesión de forma relativamente independiente del grado de estenosis.

Esta noción hace intervenir, sea la migración de fragmentos ateromatosos, sea (más frecuentemente) una ulceración, un trombo mural o una hemorragia intraplaca.

En el presente estudio los autores han querido evaluar las posibilidades de la ecotomografía en la detección de este tipo de lesiones y su valor de caracterización tisular. Los progresos técnicos de la ecotomografía permiten individualizar varias estructuras en el seno mismo de la lesión ateromatosa.

En el cuadro de la patología carotídea han comparado estos datos ecográficos a las constataciones preoperatorias y a la histología de la pieza de endarterectomía.

Llevan a cabo una distinción de las imágenes en función de la densidad y de la homogeneidad de los ecos:

—Las imágenes heterogéneas y poco densas corresponden, en la mayoría de los casos, a material intraluminal movilizable o a hematomas intraplacas.

—Las imágenes densas, regulares y homogéneas corresponden a placas fibrosas, ricas en colágeno, sin material embolígenos potencial.

—Los falsos negativos corresponden bien a imposibilidad técnica (calcificaciones), bien a ulceraciones múltiples.

En el preoperatorio, la ecotomografía permite apreciar las características histológicas de una placa, con una excelente sensibilidad y una buena especificidad.

En opinión de los autores, esta técnica puede ayudar a la elección terapéutica y permitirá un mejor conocimiento de la historia natural de las lesiones carotídeas, necesaria para el estudio de los tratamientos preventivos, sobre todo en los pacientes asintomáticos.

ANGIOPLASTIA RENAL PERCUTANEA (Percutaneous renal angioplasty).— **T.A. S. Buist.** «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 78, n° 5, pág. 353; mayo 1985.

La angioplastia transluminal percutánea (PTA) es una técnica en la que un catéter globo especialmente diseñado e introducido percutáneamente se usa para dilatar o reabrir segmentos angostos u ocluidos de los vasos sanguíneos. El procedimiento se lleva a cabo con anestesia local, con control fluoroscópico y angiográfico en el departamento de radiología, y por un radiologista experimentado en técnicas angiográficas.

Los primeros métodos de PTA emplearon un sistema de catéteres coaxiales como simples dilatadores. Luego siguieron otros tipos de catéteres, pero la introducción en 1974 de un catéter flexible de doble luz, con un globo de plástico fuerte, hizo el proceso mucho más efectivo y extendió su aplicación a varios lugares, incluyendo las arterias renales y coronarias.

Los primeros informes de PTA con éxito se dieron en las arterias femoropoplíteas. La primera vez que se mencionó su uso en el tratamiento de la hipertensión debida a estenosis de la arteria renal por ateromatosis, fue en 1978, usando un sistema de catéter globo coaxial. Al año siguiente se describió la angioplastia renal con éxito, usando el tipo periférico más simple de catéter angioplástico, y convirtiéndose esta en la técnica standard.

Comparada con las técnicas de revascularización quirúrgica, la PTA renal es un procedimiento simple que no requiere anestesia general, permite al paciente deambular de nuevo en las 24-36 horas después de llevarla a cabo y, usualmente, requiere un tiempo total de hospitalización de sólo 3-4 días.

Su indicación más común es la hipertensión que se cree debida a estenosis de la arteria renal, pero también puede conservarse o mejorarse una función renal deteriorada asociada a una aparentemente significativa estenosis de la arteria renal. Y en pacientes que requieren nefrectomía por carcinoma renal, se han llevado a cabo dilataciones de una coincidente estenosis de la arteria renal contralateral, antes de la cirugía, para preservar la función renal.

Por otro lado, la relativa simplicidad de la PTA permite el tratamiento de pacientes con estenosis de la arteria renal, de mayor edad que los seleccionados habitualmente para tratamiento quirúrgico y cuya respuesta al tratamiento de fármacos ha sido adecuada, con el objeto de reducir su necesidad de terapia farmacológica y conservar su futura función renal. La evidencia de un aumento de la producción de renina por el riñón afectado aparece como el mejor test de predicción de éxito del procedimiento en el control de la hipertensión, pero no es enteramente fidedigno.

La causa más común de estenosis de la arteria renal es el ateroma, y la PTA presenta particulares ventajas para los pacientes con relativa contraindicación a la cirugía, como angor o reciente infarto de miocardio. También los pacientes jóvenes con hipertensión debida a displasia fibromuscular responden usualmente muy bien a la PTA, y en estos pacientes la cirugía debería ser evitada o aplazada, dado que la enfermedad puede ser progresiva hasta después de los 30 años. Asimismo la PTA tiene un particular valor en el tratamiento de la estenosis arterial intrarrenal que es inaccesible al cirujano.

Antes de llevar a cabo la angioplastia, son esenciales una aortografía abdominal y una angiografía renal selectiva, para definir exactamente la posición, extensión y

naturaleza de la anormalidad vascular renal. Se iniciará terapia antiplaquetaria dos días antes y se continuará al menos tres meses después de llevarse a cabo el procedimiento. Los agentes antihipertensivos de larga duración deben ser reemplazados por drogas de corta duración y todos ellos deben ser suspendidos el día en que se lleva a cabo la PTA, para evitar una súbita caída de presión sanguínea que ocasionalmente sigue a una dilatación con éxito.

A continuación, el autor procede a la descripción de la técnica empleada para la angioplastia.

De las angioplastias realizadas con éxito, un 36% de pacientes con hipertensión, con un seguimiento de 3 años, presentaron una curación completa (presión diastólica inferior a 90 mmHg. sin fármacos) y un adicional 51% una significativa mejoría de su hipertensión. La reestenosis tuvo lugar en aproximadamente un 6% de pacientes, la mayoría dentro de los 6 meses, pudiendo usualmente ser tratados de nuevo con éxito. Se presentaron de un 6-10% de complicaciones, resolviéndose la mayoría espontáneamente y con algunos casos de oclusión de la arteria renal.

Los resultados a corto plazo de la PTA renal son comparables a los quirúrgicos, y en cambio, se evita la mortalidad asociada a la revascularización quirúrgica. Debe recordarse, sin embargo, que ocasionalmente la disección y oclusión de la arteria renal puede complicar la angioplastia, situación que requiere cirugía inmediata, pudiendo, a pesar de ello, resultar una pérdida permanente de la función renal.

Es también importante un cuidadoso manejo de la Hipertensión, antes y después de la PTA, y el autor aconseja formar un equipo con médico especialmente interesado en hipertensión y medicina renal, un cirujano vascular y un radiólogo vascular, que investiguen a los pacientes sospechosos de hipertensión renovascular, para seleccionar los adecuados para la angioplastia.