

EXTRACTOS

HIPERTENSION RENOVASCULAR: RARA MANIFESTACION CARDIOVASCULAR DEL SINDROME EHLERS-DANLOS (Renovascular hypertension: A rare cardiovascular manifestation of the Ehlers-Danlos Syndrome).— **Thomas F. Luscher, Louis K. Essandoh, J. T. Lie, Larry H. Hollier y Sheldon G. Sheps.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 62, nº 3, pág. 223; marzo 1987.

La asociación del Síndrome de Ehlers-Danlos con algunas anomalías cardiovasculares es bien conocida. Pero, que sepamos, una hipertensión renovascular ocasionada por un aneurisma de la arteria renal no ha sido expuesta en pacientes con esta enfermedad.

Se describe el caso de un enfermo de 37 años que acudió por una hipertensión no modificable por tratamiento médico. A los 15 años había sufrido un balazo en el abdomen, tratado quirúrgicamente. Al estudio se comprobó un Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV con hipertensión y múltiples aneurismas sistémicos y de ambas arterias renales. La hipertensión cabía relacionarla con una compresión del tejido renal o de la arteria renal, o de los dos a la vez, por los grandes aneurismas, asociado a estenosis o discretos infartos renales periféricos.

La revisión de nuestros pacientes afectos de Síndrome de Ehlers-Danlos entre 1967-1985 puso de manifiesto que 4 de ellos entre 200 padecían hipertensión. En 3 y quizás en los 4 existían causas de hipertensión secundaria: Síndrome de Cushing, insuficiencia renal o hipertensión renovascular (el presente caso).

Hemos llegado a la conclusión de que la hipertensión es rara en el Síndrome de Ehlers-Danlos y que, si está presente, en la mayoría es secundaria. En estos pacientes es precisa una muy buena investigación de las causas de hipertensión secundaria.

PREVENCION DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA POSTOPERATORIA CON UNA SIMPLE DOSIS DIARIA DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR MAS DIHIDROERGOTAMINA (Prevention of postoperative Deep Vein Thrombosis using one single daily dose of Low Molecular Weight Heparin plus Dihydroergotamine).— **B. Krahnenbuhl, A. Baumgartner, N. Jacot y G. Moser.** «What is New in Angiology? Trends and Controversies», W. Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, 1986, pág. 199.

En 201 pacientes sometidos a cirugía abdominal fueron tratados con una inyección subcutánea cada doce horas, desde el día anterior a la intervención hasta el

sexto día postoperatorio. Un grupo recibió 1500 U de Heparina de bajo peso molecular más 0,5 mg de Dihidroergotamina por la mañana y placebo en la tarde. Otro grupo recibió 2500 U de Heparina usual más 0,5 mg de Dihidroergotamina cada 12 horas. De todos ellos se eliminó a 25 pacientes. No existía diferencias entre los dos grupos en cuanto a edad, sexo, peso, enfermedad tromboembólica previa y duración de la intervención.

La trombosis venosa profunda se detectó de modo sistemático por el método de I^{125} -fibrinógeno. En aquéllos en que se sospechó embolismo pulmonar se efectuó escintigrafía pulmonar.

En el primer grupo se observaron seis (6,9%) trombosis venosas profundas y siete (7,9%) en el segundo, diferencia no significativa. Se apreció una embolia pulmonar en cada grupo.

Se llegó, pues a la conclusión de que una inyección diaria de 1500 U de Heparina de bajo peso molecular era suficiente para prevenir la trombosis venosa profunda postoperatoria.

EXTRACCION PERCUTANEA DE TROMBOS Y EMBOLOS (Percutaneous extraction of Thrombi and Emboli).— **E. Schneider.** «What is New in Angiology? Trends and Controversies», W. Zuckschverdt Verlag, München, Bern, Wien, 1986, pág. 180.

En los casos de embolia o trombosis aguda que ocasionen la oclusión distal de la aorta o arterias ilíacas y femorales comunes la tromboembolectomía quirúrgica puede restablecer la circulación arterial al poco tiempo de haberse establecido los síntomas agudos y todavía es la terapéutica de elección. No obstante, las oclusiones agudas o subagudas más distales de las arterias de la pierna la trombólisis local, por lo común combinada con la angioplastia transluminal percutánea de la lesión aterosclerótica fundamental en la misma sesión, es una verdadera alternativa a la revascularización quirúrgica.

Una importante y reciente mejoría de estas poco agresivas técnicas (no invasivas) es la combinación con la extracción percutánea de los trombos o émbolos parcialmente lisados por medio de un catéter fijo o por aspiración. Los trombos o émbolos recientes o moderadamente adheridos pueden ser extraídos incluso sin empleo de agentes líticos. En trombos más adherentes, sus fragmentos pueden ser separados de la pared arterial por medio de alambres en espiral bajo fluoroscopía y luego extraídos percutáneamente. Embolos distales durante la angioplastia transluminal percutánea sola o asociada a trombólisis local, grave complicación que requería tratamiento quirúrgico, son hoy extraídos de modo semejante.

En nuestros casos el tamaño de los fragmentos extraídos varió alrededor de los 80 mm de longitud y de 3 a 4 mm de diámetro. No tuvimos complicaciones. El único inconveniente es la necesidad, en algunos casos, de tener que utilizar grandes vainas arteriales que aumentan el riesgo de producir hematomas en el lugar de punción.

La gran ventaja de la extracción percutánea es el ahorro de otros procedimientos. Con apropiados catéteres, incluso los más periféricos émbolos, como los del tobillo, pueden ser aspirados y extraídos. El procedimiento puede ser una alternativa de la cirugía en un grupo seleccionado de pacientes.