

Extractos

ENFERMEDAD ARTERIAL CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA: ¿CORRECCION SIMULTANEA O CONSECUTIVA? (Carotid Artery Disease in patients with Coronary Heart Disease: Simultaneous or Consecutive correction?).— **B. Urbanyi, A. Hetzel, U. M^a von Reutern, G. Spillner y V. Schlosser.** «What is New in Angiology?». 14.º Congreso Unión Internacional de Angiología, Munich, 1986.

Existe controversia si ante una concomitancia de lesiones coronarias arteriales sintomáticas y lesiones carotídeas asintomáticas hay que intervenirlas de modo simultáneo o no. Aunque existe un significativo tanto por ciento de consecuencias neurológicas tras «by-pass» coronarios, no siempre puede probarse que estén relacionadas con afecciones vasculares extracerebrales. El temor a una hipotensión durante la circulación extracorpórea que lleve a un accidente cerebrovascular en pacientes con estenosis de carótida interna ha llevado a aquella controversia.

Aquellos pacientes que deban ser sometidos a «by-pass» coronario deben someterse a examen Doppler de las carótidas, con independencia de la presencia de soplos o no. Caso de hallar lesiones, hay que proceder a la angiografía de los troncos supraaórticos para identificar posibles procesos ulcerosos o estenóticos intracerebrales.

Durante el período 1-1979 a 12-1985 efectuamos un total de 1.257 «by-pass» coronarios. En 30 pacientes (2,4%) existía una notable estenosis de la carótida interna y fue tratada de endarteriectomía en su momento en 13 y simultáneamente con el «by-pass» coronario en 17. El 80% tenían estenosis carotídea extracraneal asintomática.

La medida de la circulación se efectuó por medio de un Doppler transcraneal en la arteria cerebral media en el curso de la intervención.

Los resultados parecen indicar que el más importante mecanismo de lesión neurológica intraoperatoria en pacientes operados del corazón bajo circulación extracorpórea, en particular si existen lesiones carotídeas y coronarias concomitantes, no es la disminución del flujo sanguíneo cerebral. Creemos que en los casos de intervención simultánea depende de la severidad de la enfermedad coronaria.

SOBRE LA TERAPEUTICA DE LOS EDEMAS CRONICOS DE LAS EXTREMIDADES (Sobre a terapêutica de edemas crônicos das extremidades).— Ethel Földi y M. Földi. «Revista Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular», vol. 17, núm. 1, pág. 17; marzo 1987.

En este artículo se va a tratar de los siguientes edemas crónicos

de las extremidades: 1. Linfedema. 2. Edema de la insuficiencia venosa crónica. 3. Lipedema. 4. Formas combinadas.

Linfedema

¿Es realmente necesaria una terapéutica?

Dado que tiene tendencia a progresar, a invalidar y puede tornarse maligno, el tratamiento es obligatorio. Debe empezar en la fase I, cuando es reversible; e incluso en la fase 2, irreversible espontáneamente, y en la 3, de elefantiasis.

El líquido rico en albúmina estancado en el intersticio debe ser eliminado, lo mismo que el tejido conjuntivo proliferado, a base de una terapéutica física compleja contra el edema. Para ello es preciso un diagnóstico exacto (forma benigna del linfedema); comprobación de afecciones concomitantes; médico especializado y terapéutica adecuada; consentimiento del paciente. Masajistas con conocimientos de este tratamiento, efectuado durante cuatro semanas.

La terapéutica física compleja consiste en dos fases: Una, de eliminación de la estasis; otra, de conservar su efecto y mejorarlo. Fase I: higiene cutánea, drenaje linfático manual, vendajes compresivos y gimnasia adecuada. Si está indicado, compresión neumática intermitente. Fase 2: tratamiento de la piel, terapéutica de compresión, gimnasia adecuada y, en algunos casos, drenaje linfático manual a intervalos regulares.

¿Dónde debe realizarse esta terapéutica física compleja, tiempo que dure y qué cabe esperar de ella?

Si se empieza en la fase I del linfedema es posible restablecer el volumen normal del miembro en 4 semanas, pero hay que pasar a la fase 2, lo que exige sea realizada por profesionales en condiciones de recetar, aplicar y controlar medidas elásticas de compresión (evitar que sean blandas o excesivamente constrictivas).

En la fase I puede lograrse la desaparición del líquido estancado, pero no la parte correspondiente al tejido conjuntivo proliferado. La valoración de este estado exige gran experiencia. El retorno al volumen normal de la extremidad requiere mucho tiempo y sólo es posible con terapéutica compresiva y control regular de las medidas de compresión.

En la fase 3 el tratamiento debe efectuarse en una clínica especializada. En pacientes jóvenes es a veces aconsejable la remoción de rugosidades y/o hiperqueratosis linfostáticas de los dedos del pie, efectuadas por especialistas. Bien practicado, puede lograrse en gran parte un restablecimiento. Naturalmente nos referimos a los casos benignos; los malignos precisan un tratamiento oncológico.

Dado que nos referimos a los linfedemas benignos sin complicación de reflujo de linfa o quilo, no hablamos de cirugía.

Insuficiencia venosa crónica

Efectuado el diagnóstico temprano, un tratamiento de compresión adecuado puede evitar los edemas, la lipodermatoesclerosis y las úlceras. Los flebotónicos y medicación de protección capilar no sustituyen a la compresión. El empleo de diuréticos es un absurdo.

No efectuar una compresión

adecuada lleva a la sobrecarga de los linfáticos y a una insuficiencia dinámica: edema diurno reducible por el decúbito nocturno. En este estado todavía es pobre en albúmina, no hay alteraciones de la piel y si se emplea una media elástica no hay edema y se evita la progresión.

Pero si no se hace una terapéutica de compresión, los capilares sanguíneos y los vasos linfáticos se afectan. Aparecerán petequias y edema rico en albúmina no reducible por el decúbito, hipodermatitis, lipodermatoesclerosis y úlceras. En este estado de insuficiencia flebolinfostática es necesario, como en el linfedema, una terapéutica física compleja para eliminar el edema.

Lipedema

Se trata de un depósito de grasa simétrico, en pantalón de zua, en el sexo femenino, desde las crestas ilíacas a los maléolos, y que no debe ser confundido con adiposidades. Las piernas suelen ser dolorosas a la presión, con hemorragias cutáneas fáciles. Algunas formas monstruosas puede ocasionar alteraciones psíquicas, o restringir los movimientos. Como en el curso del día aparecen edemas, se comete el error de recetar diuréticos; tampoco hay que aconsejar adelgazar. A pesar de algunos dicen que no responden a la terapéutica física contra la estasis, sí lo hacen a la compleja practicada de igual manera que en los linfedemas. No obstante, los masajes deben efectuarse con mucho cuidado y los vendajes aplicarse cuando la sensibilidad regresa. La compresión se efectúa con «pantys» elásticos.

Formas combinadas

Las combinaciones son varias. El linfedema suele estarlo con enfermedades de la columna, articulaciones, ligamentos y tendones.

También con obesidad, anomalías ortopédicas. En las mujeres no es rara la combinación linfedema-edema cíclico idiopático, con o sin lipedema, asociado o no con insuficiencia venosa crónica. Casos de negligencia en la insuficiencia venosa crónica llevan a menudo al llamado «Síndrome artrógeno de estasis» (**Hach**), no rara vez asociado a obesidad.

Tanto la insuficiencia venosa crónica como el linfedema pueden estar combinados con arteriopatías obliterantes, en cuyo caso está contraindicada la compresión y la elevación de la pierna.

RESULTADOS DE LA TROMBECTOMIA EN TROMBOSIS RECIENTES DE LAS VENAS CRURAL Y POPLITEA (Results of Thrombectomy in recent thrombosis of the crural and popliteal veins).— H. Denck. «International Angiology», vol. 6, n.º 1, pág. 89; enero-marzo 1987.

La revisión de la literatura y el estudio crítico de nuestros pacientes tratados de 1957 a 1986 demuestra que los resultados del tratamiento agresivo de la trombosis venosa de pelvis o extremidades inferiores por medios quirúrgicos o por trombolisis son pobres: la recanalización completa y la simultánea activa función valvular se consigue sólo en un tercio de los casos. Los óptimos resultados se obtuvieron sólo en aquellos casos intervenidos en los tres primeros días de la instauración de la enfermedad. Ni la cirugía ni la trombolisis puede eliminar por completo el riesgo de un embolismo pulmonar fatal, el cual tiene una incidencia del 1%.

Se ha establecido en general la absoluta necesidad de dejar permeables las áreas poplítea, inguinal y bifurcación cava inferior a fin

de evitar el Síndrome posttrombótico. En nuestros casos hemos comprobado que las úlceras posttrombóticas se producen en aquellos casos en los que no se ha logrado aquella permeabilidad a nivel de las venas crurales y poplíteas. Asimismo, hemos visto que en más de los dos tercios de los casos la trombosis ha seguido un curso ascendente. Por todo ello hemos decidido seguir la siguiente conducta: efectuar la trombectomía en toda trombosis masiva reciente de las venas crurales o de la confluencia fémoro-poplíteas, lo más pronto posible, entre el primer y tercer día. Así hemos actuado en 39 pacientes, habiéndose demostrado, por flebografía subsiguiente, la permeabilidad absoluta en 36 casos.

La flebografía a los tres años, efectuada en 22 pacientes reveló la continuidad de la permeabilidad y la normal función valvular.

Fundados en esta experiencia y sus resultados, recomendamos la ejecución de la precoz trombectomía del eje poplíteo-crural incluso en los oligosintomáticos, a fin de evitar el ascenso de la trombosis.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA INTERRUPTIÓN PARCIAL DE LA VENA CAVA INFERIOR EN LA PREVENCIÓN DE EMBOLIAS PULMONARES (Indications et résultats de l'interruption partielle de la veine cava inférieure dans la prévention des embolies pulmonaires).— **Patrick Fermon** y **G. Simoni**. «Angéiologie», año 39, n.º 1, pág. 5; **enero-febrero 1987**.

Ante un enfermo con flebitis hay que pensar en la embolia pulmonar como complicación. La presencia de una embolia pulmonar en un enfermo con o sin flebitis evidente debe hacer pensar en la recidiva. Para evitar la repetición se pensó

en la interrupción de la vena cava inferior por ligadura. En Francia, sobre unas 100.000 embolias pulmonares, unas 10.000 son mortales. Es decir, el tratamiento de la embolia pulmonar no debe ser sólo curativa sino preventiva, ya que la evolución natural es la recidiva.

En la actualidad contamos con dos métodos: el Clip de Adams de Weese y la sombrilla o filtro de Kim-Ray Greenfield o el de Mobin-Uddin.

El filtro quedará permanente en el enfermo, lo mismo que el clip, si bien éste puede retirarse con facilidad.

Nunca se suspende la anticoagulación heparínica por la colocación del filtro, pudiendo levantarse el enfermo a las 24 horas.

En general deben recurrir a estos métodos enfermos mayores, entre los 60 y 70 años, aunque los hemos tenido de 35 años. El predominio femenino es claro. Para emplearlos el diagnóstico tiene que ser positivo, tanto de localización como de extensión. La flebocavografía y la ecografía son de gran ayuda. En la trombosis de la cava se asocia siempre la participación ilíaca uni o bilateral.

La embolia pulmonar debe confirmarse por ECG, gasometría y radiología. Ante la posibilidad de practicar una angiografía pulmonar simple (DIVAS) no hacemos otra cosa que una scintigrafía pulmonar.

Suponemos una embolia pulmonar grave cuando existen argumentos: clínicos (síncope, colapso), gasométricos (P_{O_2} inferior a 50 mmHg), angiográficos (ocupación pulmonar superior al 40%).

La etiología es diversa, incluso a veces no la podemos identificar.

¿Indicaciones de la interrupción?

Embolia importante: única y grave por su volumen; embolia acaecida en terreno frágil, en especial cardiorespiratorio; embolia recidivante, incluso de pequeño volumen,

con riesgo de cor-pulmonale crónico; enfermo que ha sufrido una embolotomía pulmonar.

Indicaciones recomendadas: presencia de una trombosis fémoro-ilio-cava con coágulo flotante; flebitis alta con enfermo que presenta contraindicación a los anticoagulantes; enfermo con antecedentes de flebitis y que deba sufrir una intervención quirúrgica abdominal u ortopédica.

Indicaciones a discutir: flebitis altas fémoro-iliacas adhesivas; embolia pulmonar mínima o sospechada procedente de una flebitis distal; la flebitis aislada sural no suele ser una indicación.

Resultados (22 pacientes entre 1984-1986)

Se han implantado 17 filtros de Greenfield y 4 clips de Adams de Weese.

No hubo mortalidad a causa de la técnica. Uno falleció por ineficacia hemodinámica persistente en un enfermo muy anciano.

Dos casos de imposibilidad de pasar el filtro: en uno se solucionó pasando el filtro por la femoral; en el otro colocando un clip por laparotomía.

No hemos tenido morbilidad inmediata, como a veces se ha citado.

Aunque se cita de un 2 a 4% de recidivas, nosotros no hemos tenido que lamentarlas.

Al principio colocamos dos filtros excesivamente bajos (L_4-L_5).

La apreciación a distancia de la permeabilidad suele ser del 75-85% en los casos de clip y del 90-95% en los filtros.

Secuelas venosas a largo plazo: Van desde muy leves edemas, si los hay, hasta edemas graves invalidantes con notables trastornos tróficos. En general, el 90% de los enfermos carecen de secuelas importantes.

Como dificultades anatómicas

cabe citar anomalías embrionarias (cava doble u otras anomalías); posibilidad de embolia pulmonar por la vena genital que sortee el lugar del filtro; una cifoescoliosis, que es más una dificultad técnica.

En **conclusión**, ante una flebitis hay que confirmarla por Eco-Doppler, valorando su extensión y gravedad por flebocavografía y angiografía pulmonar.

A pesar de considerar que la in-

terrupción parcial de la vena cava inferior tiene una morbilidad no nula, nos parece un método seguro con raras contraindicaciones. Nosotros preferimos el filtro de Greenfield al clip de cava.