

Extractos

ISQUEMIA AGUDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES SECUNDARIA A INYECCION INTRAARTERIAL EN CASOS DE DROGADICCION.— **J. Martínez León, C. Carbonell Cantí, A. Mendoza, J. Ortega Serrano, J. Ruiz del Castillo, E. Tejerina Botella y C. Doménech Pérez.** «Rev. Española de Cirugía Cardíaca, Torácica y Vascular», vol. 5, n.º 6, pág. 353; **noviembre-diciembre 1987.**

En la actualidad y debido al incremento de la adicción a las drogas por vía parenteral va siendo cada vez más frecuente la aparición de numerosas complicaciones quirúrgicas de este tipo de pacientes, una de las cuales es la inyección intraarterial.

Aunque nuestros casos a presentar corresponden a la isquemia por inyección intraarterial de la droga, se han descrito otros en drogadictos por dejar colocado el torniquete durante el tiempo que dura el sueño inducido por el narcótico o por permanecer apoyados sobre una extremidad durante el mismo período. En estos casos se produce un verdadero «Síndrome de aplastamiento».

Caso I: Varón de 29 años, drogadicto desde los 21, en período de deshabituación. El cuadro comenzó tras la inyección en vertiente radial de la muñeca de flurtitacepam, una ampolla en la que además se había diluido un comprimido de la misma sustancia machacado.

Presenta un cuadro de dolor intenso en mano derecha, edematizada, en flexión, cianosis dedos I, II y III. Pulsos radial y cubital positivos en muñeca.

Arteriografía: permeabilidad de los arcos palmares con lesiones sólo a nivel distal de las interdigitales de los citados dedos.

Heparinización y estreptokinasa intraradial en perfusión continua, con clara mejoría a las 24 horas, quedando con ligeros trastornos tróficos de los pulpejos de los dedos, que eliminó de modo espontáneo. La prueba específica confirmó la infección por virus HIV.

Caso II: Mujer de 21 años, drogadicta desde los 15 años por vía parenteral. Acuda de urgencia por dolor intenso, quemazón y palidez de la mano izquierda tras inyección de heroína en vertiente radial de la muñeca.

Se observa edema de mano, que está pálida-cianótica y fría. No pulso radial.

Tratamiento con dextranos, antiagregantes y antiinflamatorios, recuperándose el pulso radial, pero empeorando el cuadro local de la mano con edema intenso y cianosis de los II, III y IV dedos.

Se procede a fasciotomía palmar y dorsal, con evolución favorable y cicatrización de las heridas por segunda intención, sin pérdida de sustancia en los dedos.

Discusión: Entre los mecanismos lesionales podemos citar el vasoespasmo, la embolización de sustancias disueltas, el daño endote-

lial o endarteritis y las causas citadas al principio.

La clínica tiene como más evidente el intenso dolor y el edema de la mano, con pulsos conservados o no. Siempre que sea posible se efectuará arteriografía.

No existen pautas de tratamiento definitivamente establecidas, pero en general lo mejor es: reposo del miembro en posición elevada, analgesia potente evitando el síndrome de abstinencia; heparinización, antiinflamatorios potentes, trombolíticos por vía intraarterial; antiácidos.

La amputación puede ser a veces necesaria (30% de los casos), realizándose lo más económicamente posible.

Un alto tanto por ciento están contaminados o son portadores de anticuerpos HIV.

ARTERIOGRAFIA DEL MIEMBRO SUPERIOR (Artériographie du membre supérieur).— **J. Girón, O. Serres-Cousiné y J. P. Senac.** «Angéiologie», Año 40, n.º 4, pág. 123; **junio-julio 1988.**

Las indicaciones de la arteriografía del miembro superior se centran sobre los problemas del desfílado cervico-torácico. Existen casos traumatológicos, otros de arteritis de Burger, embolias distales de origen cardíaco, ectasias subclavas capaces de provocar embolias, síndromes de Raynaud, etc. Todo ello lleva al radiólogo a interpretar

la arteriografía en colaboración multidisciplinaria.

Técnica: El método Seldinger por vía femoral es el más fisiológico dado que la opacificación es anterógrada. La arteriografía debe ser «dinámica» y la opacificación a partir del inicio de la subclavia.

El empleo de sondas pequeñas y la angiografía por sustracción hacen la exploración poco peligrosa.

La anestesia general la consideramos inadecuada.

El material convencional permite obtener todo el miembro en un mismo «film» (30 x 90 cm) desde el desfiladero hasta los dedos, sin omitir los arcos profundos y superficiales y las colaterales de los dedos.

Hay que evitar cualquier compresión de los dedos que pueda hacer suponer una ausencia de colaterales.

La inyección se efectuará con breve anestesia y bajo vasodilatación que suprima cualquier espasmo.

Debemos recordar que las causas arteriales loco-regionales son escasas, por lo que debemos descartar las causas generales (esclerodermia y otras patologías conectivas) y neuropatologías (plexo braquial, radicular).

Semiología arterial: Se pueden describir varias imágenes, ya por compresión escalénica (lo más frecuente), compresión costoclavicular, o del pectoral menor o del arco axilar de Langer. Mecanismos constrictivos que pueden estar ligados a anomalías óseas (costilla cervical, apofisomegalia de C-7 o de la I costilla; incluso anomalías musculares).

Podemos ver diversas imágenes, de obstrucción completa, de derivación del eje arterial, estrecheces más bajas o varias zonas de estenosis asociadas.

Se buscará con atención: dilataciones postestenóticas más o me-

nos lábiles que desaparecen por ejemplo en abducción; aneurisma constante en todas las posiciones, riesgo de embolia si comprende brazo y cuerpo; una circulación colateral signo de trombosis axilobclavia.

Diversas maniobras posicionales pretenden comprobar lo citado, si no apareció en la primera inyección: Maniobra de Adson, Maniobra de Eden, la de Wright, la de Sanders, de Call y Roth, etc. No obstante, estas maniobras pueden dar positivo en personas normales, por lo que nosotros preferimos el test clínico De Roos (Elevated Arm Stress Test-EAST) o actitud de «Manos arriba» abriendo y cerrando los dedos varios minutos antes de la inyección.

Dada la positividad de la arteriografía, es recomendable practicar una flebografía, también posicional, del miembro superior para investigar posibles obstrucciones venosas intermitentes, estenosis venosas de paredes rígidas o incluso trombosis venosas asociadas.

Siempre se impone la arteriografía de la mano lo más cuidadosa posible a fin de poner en evidencia signos indiscutibles patológicos, si los hay. El estudio debe comprender los gruesos troncos y los arcos palmares y sobre todo las arterias digitales.

Otras indicaciones de la arteriografía del miembro superior:

Corresponde a casos de urgencia en Traumatismos, en embolias distales de origen cardíaco, en la Enfermedad de Burger con su semiología arteriográfica peculiar, etc.

Asimismo, son tributarias del examen, aunque muy rara vez, la Enfermedad de Horton, la PAN, la Enfermedad de Takayasu, haciendo además un estudio arterial global.

El Ateroma en miembros superiores es bastante más raro que en

los inferiores y en casos distales hay que comprobar posible diabetes. Los casos proximales son más frecuentes y suelen afectar las subclavias y el cayado aórtico.

Conclusiones: La arteriografía del miembro superior presenta algunas dificultades técnicas, pero los progresos recientes la han convertido en más banal. Sus indicaciones se centran en el delicado problema del desfiladero cervico-torácico.

BALONANGIOPLASTIA PERCUTANEA EN LA COARTACION DE AORTA (Percutaneous balloon angioplasty of the aortic coarctation).— **W. Ruzýllo y M. Kañtoch.** «Kardiologia Polska», tomo XXXI, n.º 1, pág. 7; 1988.

Los autores han procedido a la angioplastia transluminal en 8 pacientes que presentaban una coartación de aorta congénita y en un caso de recoartación postoperatoria, en edades comprendidas entre los 2,5 y 27 años. Tras la intervención el gradiente de presión máximo promedio disminuyó desde 39,8 mmHg a 15,8, una reducción del 61%. En todos excepto en uno la pulsatilidad arterial reapareció en los pies tras la intervención.

En vista de los resultados, los autores concluyen que la angioplastia percutánea es una razonable alternativa como tratamiento quirúrgico en casos seleccionados de coartación aórtica.

MULTIPLES TUMORES GLOMICOS (Multiple glomus tumours).— **J. C. Shotton, T. I. Davidson y G. Westbury.** «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 80, n.º 10, pág. 647; octubre 1987.

La observación en un mismo enfermo de múltiples tumores glómi-

cos es muy raro. Exponemos un caso.

Varón de 28 años, que presenta 7 manchas cianóticas localizadas en muslo derecho, codo izquierdo, hombro del mismo lado y la nalga, antebrazo derecho, eminencia tenar izquierda y bode cubital de la mano derecha. Las del muslo, antebrazo y eminencia tenar son dolorosas. Cuatro meses antes sufrió la excisión de las lesiones del antebrazo, pero recidivaron formando una escara. Cuando tenía 14 años se le resecó una lesión similar infraclavicular. No antecedentes familiares de importancia.

Clínicamente las lesiones se mostraban cianóticas, ovales, de un tamaño de 3 x 8 mm y escasamente elevadas. A la palpación eran blandas y no palidecían a la presión. Las de localización tenar, nalga y antebrazo tenían una consistencia algo blanda.

La resección de las lesiones sintomáticas demostraron las típicas características de los tumores glómicos, glomangioma.

Discusión: Sabemos que los glomus normales son unas pequeñas anastomosis arteriovenosas ricamente innervadas, situadas en su mayor parte en las extremidades y tiene relación con la termoregulación. Es aquí donde se establece el tumor glómico, en los denominados conductos de Sucquet-Hoyer.

Cuando el tumor es solitario, la mayoría de las veces se localiza subungueal y presenta sus clásicas características de color lancinante desproporcionado al tamaño del tumor, notable sensibilidad al menor contacto y aumento del dolor a la exposición al frío. Esta sintomatología lo distingue del melanoma o hemangioma subungueal. Suele observarse alrededor de los 20 años y no suele haber antecedentes familiares. Muy rara vez tiene otras localizaciones, como huesos, estómago y nariz.

Por contraste, cuando las tumoraciones son múltiples, rara vez son subungueales, no muestran predilección por lugar alguno y a menudo son asintomáticos, aparecen en edades tempranas y se han descrito rasgos familiares.

Bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial, podemos decir que presentan cierta similitud con lesiones pigmentarias cutáneas anómalas, como los nevus, melanomas malignos; y algunas veces con neurofibromas múltiples. El hemangioma cavernoso no suele ser múltiple y es asintomático en general. El dermatofibroma es una lesión benigna con fibrosis del tejido, que sólo puede confundirse con el tumor glómico si sus elementos vasculares se dilatan, aunque suelen tomar color rosado o rojo.

SAFENECTOMIA CON UNA INCISION.— **Gregorio Kaplan, Armando Schapira, Alicia Ludueña y Carlos Tenti.** «Revista Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular», vol. 17, n.º 4, pág. 161; **diciembre 1987.**

Gracias al avance de la microcirugía aplicada a la flebología operatoria hemos logrado prevenir las terribles cicatrices que a veces se producen, de tan difícil solución.

Desde hace más de siete años realizamos una cirugía más completa y estética intentando efectuar la safenectomía con una sola incisión en la región inguinal y el resto con microcirugía, siguiendo una metodología en la elección de los pacientes.

Son muy pocas las veces en que el conducto safena interno es insuficiente en toda su longitud, por lo que sólo hemos efectuado la fleboextracción en un 2%, evitando así las cicatrices en tobillo o dorso del pie. Nuestra técnica consiste en

sacar el fleboextractor por detrás del maléolo interno con incisión horizontal siguiendo las líneas de Langhans. Así se evitan los derrames «en llamarada» por debajo de la incisión; la hinchazón por probable disrupción linfática al paso de la campana del fleboextractor; y las parestesias o anestias por traumatismo del nervio safeno o sus ramúsculos paralelos.

Tras estudio semiológico, fluxométrico y flebográfico, los pacientes se dividen en dos grupos: a) cayado o conducto safeno insuficiente en toda su extensión; b) cayado insuficiente —lo más común— con insuficiencia parcial del conducto que luego sigue por algunos afluentes que terminan en el cayado o en el conducto.

De un total de 1.260 operados, sólo el 2% sufrió fleboextracción. Al resto se le efectuó sólo ligadura del cayado de la safena interna y exéresis por microcirugía de la red venosa superficial. Con ello hemos logrado a veces la extirpación total o parcial del conducto.

Técnica operatoria: 1. Incisión arciforme a 2 cm de pliegue inguinal, según **Odisio**, para rebatir la piel seccionando las fibras de Pettequin, siguiendo la vena subcutánea abdominal, que nos llevará al cayado safeno interno. Amplia disección de la vena femoral, desde la arcada hasta por debajo del ligamento de **Allan Burns**, el cual es seccionado para evitar recidivas. Según **Odisio** existe un 34,3% de afluentes que desembocan directamente en vena femoral.

2. Ligadura de afluentes para a posteriori poder ligar el cayado de la safena interna, disecando el conducto por debajo de la interanastomótica o intersafena, donde se trata de hacer la ligadura distal. Sigue la disección de las varices previamente marcadas con bisturí n.º 11 a través de incisiones de 2 mm, ha-

ciendo la venoextracción desde la parte distal a proximal para evitar la fleboextracción.

Comentario: Iniciada esta técnica en 1979, un gran número de pacientes han venido siendo controlados. Sólo tuvimos que reintervenir a dos, que tras la primera ope-

ración tuvieron un embarazo. Al otro grupo se efectuó fleboextracción, con una sola recidiva.

Conclusiones: Con esta técnica evitamos: a) cicatriz distal en tobillo, por fleboextracción; b) edemas por disrupción linfática por el fleboextractor; c) parestesias y/o

anestesia por lesión nerviosa; d) derrames infracicatrizales.

Se excluyeron de la serie pacientes con úlceras o hipodermatitis severas. En algunos casos se dejó la safena útil para un posible «bypass» arterial o venoso.