

## Extractos

**ANEURISMAS VENOSOS.** Contribución a comprender una patología menos rara de lo que se cree (Venous aneurysms. A contribution to the understanding of a pathology less rare than it is believed to be).— **G. M. Marongiu, P. P. Bacci, G. Noya, G. Chironi, M. L. Cossu y G. Dettori.** «International Angiology», vol. 7, nº 2, pág. 172; **abril-junio 1988.**

Establecer la frecuencia de los aneurismas venosos congénitos está dificultado por carecer de signos clínicos. A menudo se diagnostican por flebologías obtenidas por otras razones. No obstante, parecen ser bastante raros. Según el VIII Congreso Mundial de la Unión Internacional de Flebología su localización se establece de la manera que sigue: 28,7% en extremidades inferiores, 28% en el cuello, 13% en el tórax, 7,9% en abdomen y 4,2% en las extremidades superiores.

Bajo el punto de vista macroscópico estos aneurismas pueden presentar forma sacciforme, diverticular o en huso, de variable diámetro. En general presentan una sola dilatación de distinto grado de delgadez parietal. La cavidad aneurismática está ocupada con frecuencia por material trombótico.

Bajo el punto de vista histológico no se observa nada de específico que les pueda caracterizar.

Esta benigna formación suele dar una sintomatología subjetiva, aunque a veces es capaz de oca-

sionar embolismo pulmonar. Sus manifestaciones dependen de su tamaño, localización y complicaciones (hematuria, disnea, ictericia, etc.).

Su diagnóstico es fácil en los casos superficiales, necesitando la flebografía en los casos profundos.

La cirugía sólo está indicada en los casos en que presentan un tamaño notable, en especial cuando demuestran una tendencia a aumentarlo. En ocasiones también está indicada por motivos estéticos y/o psicológicas razones. Por lo común basta la resección del aneurisma con anastomosis cabo a cabo si es posible de los muñones residuales, en especial en determinados casos, incluso empleando implantes.

Hemos tenido ocasión de observar 10 casos en 9 enfermos, entre enero de 1982 y enero de 1987, de preferencia en el sexo femenino.

Después de nuestra experiencia y de la literatura recogida cabe llegar a las conclusiones que siguen: Los aneurismas venosos son una entidad real; son menos raros que lo que suponíamos; muchos son ocasionados por la suma de cambios congénitos y trastornos hemodinámicos adquiridos; la radiología y el examen clínico no siempre pueden darnos una definida distinción entre un aneurisma venoso y una dilatación ampular varicosa, sólo la intervención quirúrgica y el examen histológico pueden aclarar el diagnóstico; por último, los aneurismas venosos son por lo común benignos y a menudo asintomáticos, pero a veces son capaces de ocasionar complicaciones graves como embolismo pulmonar.

**MICROCIRUGIA DEL LINFEDEMA DEL MIEMBRO SUPERIOR** (Microchirurgie du lymphoedème du membre supérieur).— **Corradino Campisi.** «Angéiologie», tomo 41, nº 1, pág. 5; **enero-febrero 1989.**

Si bien la localización del linfedema en uno o en los dos miembros superiores constituye una rara eventualidad, sin duda menos frecuente que en los miembros inferiores, los problemas ligados al diagnóstico diferencial y a la elección del tratamiento físico o quirúrgico más apropiado no son menos importantes.

La aplicación de la microcirugía ha ofrecido nuevas posibilidades terapéuticas no sólo bajo el aspecto anatomofuncional sino incluso estéticas. Naturalmente, la microcirugía no es aplicable a los casos de aplasia congénita y linfonodal a veces familiar (enfermedad de Nonne-Milroy). En nuestros casos hemos aplicado el tratamiento de microcirugía sobre el lado predominante, dejando las otras zonas para el tratamiento conservador.

Presentamos nuestra experiencia de 15 años sobre el linfedema del miembro superior en el niño, precisando las técnicas y resulta-

dos, y lo mismo en el linfedema del adulto, así como el proceso diagnóstico. En cuanto al linfedema en Geriatría se resume en la práctica al linfedema postmastectomía.

En los casos de los **niños** el diagnóstico ha sido casi en exclusiva por linfografía isotópica, dejando otros métodos ya que no podemos confirmar su valor todavía.

Muchos casos son intervenidos tras un largo período de tratamiento conservador: linfodrenaje manual, presoterapia, etc. Los métodos microquirúrgicos empleados con mayor frecuencia son:

— Anastomosis ganglio-venosa según **Olszewski**, modificado por **L. Clodius** (anastomosis ganglio-cápsula-vena) a fin de evitar el riesgo de trombosis en el curso de la anastomosis.

— Técnica personal de anastomosis linfático-cápsula-vena.

— Anastomosis linfático-vena térmico-lateral con aguja canalizada según **Degni** o bien según **O'Brien y Krylov** térmico-terminal.

Las linfografías isotópicas de

control han demostrado en todos los casos una respuesta positiva, con una aceleración del tránsito del isótopo y aumento del «clearance» linfático del isótopo.

En el **adulto** el 90% corresponde a linfedemas postmastectomía. Prácticamente se sigue la misma conducta que en los casos infantiles, con un protocolo semejante al utilizado para el miembro inferior, pero con una mayor atención a la circulación arterial y venosa.

La técnica utilizada en la mayoría de casos ha sido la anastomosis linfático-vena térmico lateral con aguja canalizada de Degni. Los mejores resultados se obtienen en aquellos casos en los que el inicio de la enfermedad es reciente.

En los casos de linfedema en **Geriatría** todos correspondían a mujeres mayores de 70 años postmastectomizadas. La intervención se ha llevado a efecto tras una intensa preparación con tratamiento físico, consiguiendo resultados menos satisfactorios que en los otros casos, pero también mejorías, mejorías que se mantuvieron con in-

tento tratamiento físico y medios elásticos.

En cuanto a la **prevención del linfedema postmastectomía** la linfografía isotópica es muy útil para su estudio. La prevención puede efectuarse durante la mastectomía ejecutando en zona axilar microanastomosis linfático-linfáticas térmico-terminales, seguido tras la operación de terapéutica física. Recientemente hemos propuesto la aplicación del Láser CO<sub>2</sub> para reducir al máximo el traumatismo quirúrgico de la mastectomía y evitar así la linforragia en zona axilar. Creemos que es en esta dirección donde hay que profundizar la preventión.

En conclusión: La microcirugía es procedimiento que no hay que olvidar en el tratamiento del linfedema del miembro superior, ayudada del tratamiento conservador como complemento.

Los autores exponen su experiencia con el número de casos en las diferentes circunstancias y los procedimientos empleados dentro de la microcirugía linfática.