

# Extractos

ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL: EVOLUCION RECIENTE DE LA INDICACION QUIRURGICA (Anévrismes de l'aorte abdominale: Evolution récente de l'indication chirurgicale).— **E. Paes, J.M. Friedrich, D. Abdullah y J.F. Vollmar.** «Angéiologie», vol.42, nº 3, pág. 71; **mayo 1990.**

En el curso de los 10 a 15 años pasados el diagnóstico y tratamiento de los aneurismas han evolucionado de manera notable. El progreso del diagnóstico no invasivo ha permitido poner en evidencia sus lesiones en estado más precoz y, por tanto, ha podido mostrar una incidencia de la enfermedad muy superior a la admitida hasta entonces. Por ello, afortunadamente, los aneurismas son descubiertos en fase asintomática, lo que tiene como consecuencia que la evolución espontánea del aneurisma no operado parece más benigna que hace 20 años, en que se diagnosticaba en fases bastante avanzadas. Ello es una de las razones por las cuales la indicación operatoria del aneurisma de aorta abdominal, en especial en los sujetos ancianos, es cuestión a considerar con prudencia en razón de la importancia de las complicaciones postoperatorias.

De 1970 a 1988 se han realizado 659 resecciones aneurismáticas, de los cuales 509 asintomáticos y 150 rupturados. Por el riesgo operatorio elevado (enfermedades asociadas)

no han sido operados 71 pacientes, de los cuales 61 han sido objeto de un estudio prospectivo de una duración promedio de 38 meses, bajo control clínico y ecocardiográfico regular.

Resultados: A partir de 1970 la frecuencia de intervenciones quirúrgicas por aneurisma clínicamente mudo se ha multiplicado por 7. Los casos de ruptura dan una mortalidad del 42%. La mortalidad peroperatoria aumenta con la edad, tanto en los aneurismas simples como en los complicados. Los resultados operatorios van limitados por coronariopatías, insuficiencia cardíaca, arritmias e insuficiencias respiratorias, causa de la mayoría de las complicaciones postoperatorias no debidas a las técnicas operatorias.

Entre los 61 que sufrieron tratamiento conservador, 40 (66%) no manifestaron cambios clínicos ni ecográficos. Los 15 fallecimientos mostraron sólo 6 (9,8%) rupturas aneurismáticas.

En consecuencia, a la vista de los casos operados y los no operados, siempre seguidos cuidadosamente, se llega a las conclusiones que siguen: La mejoría de vida y de su prolongación de los casos operados comparada con la de los no operados justifica, en ausencia de enfermedades graves asociadas, la intervención electiva. En caso de aneurisma roto o en vías de ruptura la indicación operatoria siempre está indicada. No obstante, nuestro estu-

dio muestra que es posible evitar la intervención en aquellos pacientes polimórbidos o portadores de un aneurisma de dimensiones reducidas (diámetro inferior a 5 cm).

EFEECTO SINERGICO DE LA PROSTAGLANDINA E<sub>1</sub> Y EL DINITRATO DE ISOSORBIDE EN LA VASCULOPATIA PERIFERICA. **H. Sinzinger, P. Fitscha, J. O'Grady, F. Rauscha, W. Rogatti y J.R. Vane.** «Lancet», Ed. Española. vol. 17, nº 2, pág. 74; **agosto 1990.**

La Prostaciclina y la Prostaglandina E<sub>1</sub> inhiben la función plaquetar aumentando las concentraciones intracelulares de monofosfato cíclico de adenosina plaquetar, por lo que han sido utilizados para reducir la progresión y las complicaciones trombóticas de las vasculopatías periféricas. Por otra parte, el factor relajante derivado del endotelio, que ha sido identificado como el óxido nítrico, inhibe también la agregación y adherencia plaquetarias a través de la activación de la guanilatociclasa soluble, dando lugar a niveles aumentados de monofosfato cíclico de guanosina en las plaquetas. La prostaciclina y el óxido nítrico muestran una acción sinérgica inhibiendo la agregación plaquetaria **in vitro** al igual que hacen sus «análogos» estables, iloprost y nitroprusiato sódico. En nuestra experiencia he-

mos observado un sinergismo similar entre prostaglandina y óxido nítrico en la reducción de la agregación plaquetaria **in vitro**.

Para estas experiencias hemos empleado 24 pacientes voluntarios con cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica clínicamente manifestadas, de un año de evolución cuando menos, con lesión aterosclerótica activa, distribuidos en tres grupos: uno tratado con dinitrato de isosorbide, otro tratado con prostaglandina E<sub>1</sub> y otro con ambos fármacos.

**Resultados.** El dinitrato de isosorbide solo no afectó el depósito plaquetario sobre los puntos de lesión aterosclerótica activa ni influyó el tiempo de supervivencia plaquetario. Por el contrario, la prostaglandina redujo de modo significativo la relación de captación plaquetaria y prolongó la supervivencia de las plaquetas. La combinación de los fármacos indujo una reducción adicional de la relación de captación plaquetaria y una mayor significativa prolongación de la supervivencia plaquetaria.

TASAS DE MORTALIDAD TRAS LA REALIZACION DE UN ENSAYO DE PREVENCIÓN PRIMARIA MULTIFACTORIAL DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (Mortality rates after multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases).<sup>9</sup> **V. A. Naukkarinen, T. E. Stranndberg, H. T. Vanhanen, V. V. Salomaa, S. J. Sarna y T. A. Miettinen.** «Annals of Medicine» vol. 4, n.º 6, pág. 441; **diciembre 1989.**

Se estudiaron las tasas de mortalidad durante un período de tiempo de once años en pacientes varones de edades medias los cuales habían participado en un ensayo randomizado de 5 años de duración de prevención primaria multifactorial de las

enfermedades cardiovasculares durante 1974-1980.

Antes de iniciar el estudio los pacientes recibían una serie de consejos orientados a una mejoría de la salud. El ensayo mejoraba ostensiblemente el status de factores de riesgo en los pacientes pertenecientes al grupo intervenido (n= 612), pero la incidencia total de presentación de cuadros coronarios tendía a ser mayor que la correspondiente al grupo de pacientes control sin tratamiento (n= 610) y significativamente superior a la correspondiente al grupo de pacientes de bajo riesgo, no randomizados, no tratados (n= 593).

Durante los 6 años siguientes a la terminación del ensayo, se produjeron 11 fallecimientos a consecuencia de procesos patológicos cardiovasculares tanto en el grupo intervenido como en el grupo control, mientras que en el grupo de bajo riesgo, no randomizado, fueron tres las muertes producidas por dicha causa. La tasa de mortalidad de causa cardiovascular en los 11 años y su 95% de intervalos de confianza (CI) fue para el grupo intervenido de 2,45% (CI<sub>95</sub>: 1,38, 3,67) y para el grupo control randomizado de riesgo elevado de 1,97% (CI<sub>95</sub>: 1,01, 3,34). En el grupo no randomizado y de bajo riesgo la tasa de mortalidad fue de 0,51 (CI<sub>95</sub>: 0,01, 1,46). El análisis logístico múltiple de regresión mostraba en el grupo control de riesgo elevado que el sobrepeso y la hipercolesterolemia, así como el hábito tabáquico, eran los factores iniciales de riesgo asociados a la mortalidad cardiovascular correspondiente a 11 años de seguimiento.

Esta última no se consideró en su forma acumulada en ninguna de las medidas terapéuticas utilizadas durante el período preventivo. Por otra parte, a pesar del efecto nocivo de los agentes  $\beta$ -bloqueantes sobre los procesos cardíacos durante la intervención, no se asociaron a muertes de causa cardiovascular durante el

intervalo de 11 años de seguimiento. En conclusión, a pesar de la reducción neta significativa conseguida en los factores de riesgo, no pudimos demostrar efecto favorable alguno sobre la mortalidad total o cardiovascular en nuestro ensayo preventivo primario multifactorial en varones de edades medias resistentes a medidas preventivas pre-ensayo, dirigido a reducir los factores de riesgo coronario.

AGREGACIÓN DE HEMATIES EN LA DIABETES MELLITUS.— **C. Le Devehat, M. Vimeeux, G. Bondoux y T. Khodabandehlou.** «International Angiology», vol. 9, n.º 1, pág. 11; **enero-febrero 1990.**

El propósito de este trabajo es estudiar la agregación de los hematíes en los pacientes diabéticos. Se han realizado investigaciones mediante técnicas reométricas en los cuatro tipos de pacientes diabéticos (diabéticos con un buen control metabólico, diabéticos con un control metabólico deficiente, diabéticos con una angiopatía distal sin sintomatología clínica y diabéticos con angiopatía distal caracterizada por alteraciones tróficas cutáneas). Los resultados, en comparación con individuos sanos, muestran que el fenómeno reversible de agregación eritrocitaria se halla significativamente alterado en los diabéticos. Esta hiperagregabilidad adquiere mayor importancia en los diabéticos con control metabólico pobre o con una angiopatía distal con alteraciones tróficas cutáneas o sin ellas. Las alteraciones de la agregación eritrocitaria observadas en este estudio se han evaluado como resultado de los cambios en las proteínas plasmáticas y pueden confirmar el papel de las propiedades hemorreológicas en la patogénesis de la angiopatía diabética.

**Conclusiones:** La existencia de una agregación eritrocitaria anormal y de una disagregación puede dar lugar a una alteración en el tiempo de tránsito eritrocitario y a un estasis en las vénulas postcapilares; agregados difíciles de ser disociados que pueden bloquear capilares y vénulas, una disminución o incluso una desaparición de hematíes en los capilares («skimming» plasmático) un aumento de las resistencias periféricas y, finalmente, dar lugar a lesiones tisulares de tipo hipóxico.

ARCO AORTICO DERECHO CON AISLAMIENTO DE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA: Caso clínico y revisión bibliográfica.— **Patrik H. Luetmer y Gary M. Miller.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 65, n.º 3, pág. 407; **marzo 1990.**

Dentro de las anomalías del arco aórtico, el cuadro constituido por un arco aórtico derecho con aislamiento de la arteria subclavia izquierda es el menos frecuente. Se presenta

un caso clínico de una mujer de 52 años de edad en la cual se descubrió dicha anomalía a raíz de una angiografía cerebral practicada para la evaluación de un gigante aneurisma carotídeo intracavernoso sintomático. Se puede sospechar un aislamiento de la arteria subclavia izquierda ante un paciente con un arco aórtico derecho y una disminución de la presión sanguínea o del pulso a nivel de la extremidad superior izquierda. A pesar de que un aislamiento en la arteria subclavia izquierda se traduce en alteraciones hemodinámicas de robo de la subclavia, en la revisión de los 39 casos que han sido publicados sólo 5 pacientes presentaban sintomatología sugestiva de insuficiencia vertebrobasilar y otros 5 presentaban debilidad en la extremidad superior izquierda. A pesar de que en la paciente cuyo caso clínico estamos presentando no se había descrito alteraciones cardíacas congénitas, éstas se hallaban presentes en 23 de los 39 casos clínicos publicados (59%), siendo la anomalía más frecuente la Tetralogía de Fallot.

Se expone el caso y se llega a las siguientes **conclusiones:**

A pesar de que la existencia de un arco aórtico derecho con aislamiento de arteria subclavia izquierda es una rara anomalía, debe ser sospechada ante pacientes con arco aórtico derecho evidente en la radiografía torácica y con una disminución de la tensión arterial o un pulso débil y lento en la exploración física de la extremidad superior izquierda. En la angiografía da lugar a una imagen característica. El diagnóstico de esta anomalía es de suma importancia ya que puede ser motivo de una insuficiencia vertebrobasilar o de una isquemia de la extremidad superior izquierda, estando indicada una corrección quirúrgica. Por otra parte, la incidencia de anomalías cardíacas congénitas asociadas, especialmente de una Tetralogía de Fallot, es elevada, y una ausencia de diagnóstico de aislamiento de arteria subclavia izquierda puede conducir a un fallo en el intento de crear un «shunt» de Blalock-Taussing.