

Extractos

LIGADURA TRANSCUTÁNEA AMBULATORIA DE VARICES GIGANTES.— **Félix Francisco Pace, Pedro López Sansón y Pablo Magaldi.** «Revista Panamericana de Flebología y Linfología», Año I, núm. 2, página 36; agosto 1991.

Actualmente existe dificultad para la realización de los tratamientos convencionales a un importante número de pacientes de alto riesgo (con enfermedades asociadas tales como cardiopatías, nefropatías, diabetes, arterioesclerosis o alergia) y, en general gerontes, portadores de trayectos varicosos gigantes o flebodisplasias; hacia ellos está orientada esta nueva alternativa terapéutica.

La Ligadura Transcutánea Ambulatoria es un aporte original que produce una verdadera esclerosis quirúrgica con buenos resultados estéticos y funcionales.

Se trata de una técnica sencilla que no requiere más elementos que los imprescindibles en cualquier cirugía menor, permitiéndole al paciente reintegrarse inmediatamente a sus tareas habituales.

Material y Métodos: Fueron atendidos, ambulatoriamente, 128 pacientes portadores de varices gigantes, sin distinción de sexo ni edad, aunque en su mayoría eran gerontes con importantes contraindicaciones para la realización de los tratamientos habituales; cirugía o escleroterapia.

El diagnóstico se efectuó a través de un exhaustivo examen clínico, incluyendo inspección, palpación, y pruebas funcionales flebológicas.

Como métodos complementarios de diagnóstico se utilizaron la fluxometría ultrasónica, la ecotomografía y la flebografía.

Los pacientes presentaban importantes trayectos varicosos, muy dilatados y tortuosos y/o grandes golfos venosos dependientes, en su mayor parte, de insuficiencia de perforantes de caras anterior o interna de miembros inferiores (perforante de Hunter, patelares, supratelares, y/o flebodisplasias, etc.).

La realización de esta técnica exige según nuestro criterio, como condición indispensable, la existencia de un trofismo normal de los tegumentos de la zona a tratar.

Para la evaluación de los resultados fueron utilizados los mismos métodos que para el diagnóstico.

Se considera resultado óptimo la desaparición inmediata del trayecto varicoso, la ausencia de flujo en la fluxometría ultrasónica, la imagen de oclusión en la ecotomografía y, flebográficamente la no progresión de la sustancia de contraste en la vena tratada.

Dada la sencillez de la técnica, son pocos los elementos necesarios para su realización, material de sutura no reabsorbible con aguja curva, de 25 a 30 mm, de diámetro, de sección triangular, número 3-0, 5-0, porta agujas y lápiz dermatográfico.

Técnica: 1. Marcación correcta de los trayectos varicosos con el paciente de pie.

2. Paciente en decúbito dorsal sobre la camilla.

3. Antisepsia amplia de la zona a

tratar, preferentemente con iodopovidona.

4. Colocación de campos estériles.

5. Infiltración con anestésicos locales, si es necesario y si no tiene contraindicaciones, cuando en una sesión se desea tratar varios paquetes varicosos.

6. Realización de la Ligadura Transcutánea; la maniobra debe efectuarse cuidadosamente, respetando el radio de curvatura de la aguja, para evitar la rotura y/o deformación de la misma y el riesgo de perder el fragmento en el tejido celular subcutáneo.

Cuando se trata de perforantes insuficientes se efectúa un punto de sutura transcutáneo en diagonal al eje del vaso afectado, abrazando la perforante y el trayecto varicoso adyacente; en caso de tratarse de un gran golfo se efectúan ambas Ligaduras Transcutáneas perpendiculares a la superficie cutánea.

CUÁNDO HAY QUE OPERAR UNA ESTENOSIS CAROTÍDEA? (Quand faut-il opérer une sténose carotidienne?).— **Jean Natali.** «Angéiologie», Año 43, n.º 2, pág. 39; junio-julio 1991.

Se describe la historia natural de las estenosis carotídeas según las estadísticas más recientes, distinguiendo las que entrañan accidentes isquémicos transitorios de las que siguen asintomáticas. La historia natural puede modificarse por el trata-

miento médico, como se ha comprobado con la Aspirina y la Ticlopidina que han logrado muy buenos resultados. Un análisis crítico para el tratamiento quirúrgico permite ver que existe un alto riesgo en pacientes con una estenosis por encima del 70%, en particular cuando tienen antecedentes de isquemia transitoria. Si la isquemia se halla por debajo del 70% y no existen placas ulceradas, es posible obtener un beneficio con el tratamiento médico, controlado cada seis meses por Eco-Doppler. Por el contrario, las estenosis superiores al 70% muestran un riesgo elevado de oclusión y de accidentes cerebrovasculares.

En consecuencia, en estos últimos casos debe contemplarse el tratamiento quirúrgico. El objetivo real de la cirugía carotídea, no hay que olvidarlo, es la prevención de los accidentes cerebrovasculares y no la muerte del paciente, que puede sobrevenir por otras causas, en particular una coronariopatía, a la que deben dedicarse otras medidas preventivas.

QUEDA LUGAR PARA LA CIRUGIA VASCULAR EN LAS ARTERIOPATIAS DE ORIGEN ATEROMATOSO DE LOS MIEMBROS INFERIORES EN 1990? (Reste-t-il une place pour la chirurgie vasculaire dans les artériopathies d'origine athéromateuse des membres inférieurs en 1990?— J. O. Baste y D. Midy. «Angéiologie». Año 43, n.º 2, pág. 49; junio-julio 1991.

La pregunta formulada en el título, voluntariamente provocativa para un cirujano vascular, justifica una profunda reflexión sobre el lugar respectivo de la angioplastia y de la cirugía vascular clásica en el tratamiento de las arteriopatías de los miembros inferiores, ello en razón del desarrollo explosivo de la angioplastia.

Caben varias explicaciones a esto:

la calidad de los resultados inmediatos en lugares y lesiones privilegiadas, la rapidez de la técnica, una seguridad aparente, son razones esenciales, pero no deben olvidarse otros factores desconocidos, la presentación mediatizada de estas técnicas, la posibilidad de actuación de médicos sin formación quirúrgica, el coste limitado en el aspecto económico, al menos a primera vista.

Las consecuencias de este desarrollo explosivo de la angioplastia se traducen en un análisis vertical de las posibilidades terapéuticas, considerando la cirugía vascular como la suplencia de los fracasos o de la insuficiencia de la angioplastia y por la falta o ignorancia de resultados comparativos de ambos métodos ante una situación clínica determinada. Por otra parte, el entusiasmo despertado por las angioplastias, tanto por procedimientos mecánicos como por láser, es tal que sólo los resultados inmediatos son tenidos en cuenta, amputando la reflexión terapéutica.

Hay que fundarse en la relación beneficio/riesgo y por tanto sobre un análisis de los resultados tanto inmediatos como a largo plazo, de las diferentes posibilidades terapéuticas entre las que la angioplastia es sólo un aspecto, así como la morbilidad y mortalidad de los distintos procedimientos.

Así, todo paciente en el que el riesgo operatorio, sea cual sea su origen, es a priori mejorable, cabe considerarlo como candidato potencial a la angioplastia.

Las lesiones estenosantes limitadas aórticas, ilíacas comunes o externas, las lesiones estenosantes u obstructivas de la arteria femoral superficial de longitud inferior a 5 cm pueden beneficiarse de una eventual balón angioplastia.

A la inversa, las isquemias críticas son tributarias de primera intención de la cirugía.

En la claudicación intermitente, cuando el tratamiento médico se

muestra insuficiente, la cirugía estará indicada de primera intención en las lesiones suprainguinales extensas sea cual fuere su naturaleza.

En las isquemias críticas de riesgo operatorio especial, las angioplastias pueden aplicarse, tanto en cuanto a modalidad como a localización, pudiendo recurrir a la cirugía en caso de fracaso técnico.

TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA DE LOS BRAZOS Y PIERNAS.— N. B. Piller, R. G. Morgan y J. R. Casley-Smith. «Revista Panamericana de Flebología y Linfología», Año I, n.º 3, pág. 17; noviembre 1991.

Los edemas con alto contenido proteico son muy comunes. Se ha estimado que todos los años un tercio de la población necesita atención médica debido a las condiciones que se asocian con este edema. Uno de los más serios es el Linfedema: 140 millones de casos similares en el mundo. Los métodos físicos pueden ser un alivio inmediato, pero sólo efectuados por técnicos experimentados; por otra parte, a veces la cirugía obtiene excelentes resultados; y las benzopironas son muy interesantes como tratamiento del linfedema por su baja toxicidad y su uso oral. Una de las constantes destacables de algunas benzopironas es la reducción de todas las formas de edema con alto contenido proteico, incluidos el linfedema agudo y el crónico.

En resumen: Se realizó un estudio doble ciego cruzado con 26 pacientes seleccionados al azar, 26 con linfedema del brazo post-mastectomía y 14 con linfedema de la pierna. Durante 6 meses, los pacientes tomaron O-(B-hidroxietyl)-rutósidos, en dosis diarias de 3 g o placebo; al finalizar invirtieron el tratamiento. Mensualmente se realizaban las siguientes mediciones: volumen, circunferencias, tonometría y temperatura de la

piel. La droga activa redujo el volumen de los miembros de los miembros ($p < 0,05$ a $0,01$) y sus circunferencias ($p < 0,05$ a $0,001$). La droga aumentó la blandura de los miembros, como quedó demostrado a través de los incrementos en los valores de medición de la tonometría ($p < 0,01$ a $0,001$). La temperatura elevada de la piel disminuyó ($p < 0,05$ a $0,01$). Los pacientes reportaron una mayor facilidad para la realización de movimientos, una mayor amplitud de los mismos; una disminución de sus contracturas dolorosas, de la pesadez y de la tensión ($p < 0,05$ a $0,01$) y una mayor movilidad de sus miembros ($p < 0,0001$). Gran parte de ellos (70%), prefirió la droga activa ($p < 0,0001$). En el 97% de aquellos tratados con la droga activa, se informó de una mejoría de su estado general, en comparación con el 4% de los tratados con placebo ($p < 0,0001$).

LAS TÉCNICAS ENDOLUMINALES PERCUTANÉAS DE TRATAMIENTO DE LA ARTERIOPATÍA DE LOS MIEMBROS INFERIORES (Les techniques endoluminales percutanées de traitement de l'artériopathie des membres inférieurs).— **M. Henry, C. Amicabille y R. Beron.** «Angéiologie», Tomo 43, n.º 1, pág. 11; **abril-mayo 1991.**

El tratamiento de las arteriopatías periféricas se halla en pleno trastorno debido al empleo de múltiples procedimientos de tratamiento endoluminal. Todas estas técnicas lejos de oponerse a la cirugía con frecuencia son un complemento indispensable de ella. Tras estos años de experiencia han llegado a tener una aceptación considerable, permitiendo tratar lesiones severas cada vez más complejas y distales gracias a la notable mejoría del material utilizado. Es evidente que todavía es pronto para res-

ponder con exactitud de los resultados de todos estos procedimientos, siendo necesario intentar determinar las indicaciones respectivas en función de las diferentes lesiones a tratar y de su localización.

Ciertas indicaciones son simples (estenosis cortas), otras menos simples (lesiones extensas calcificadas, lesiones a nivel de bifurcaciones, trombosis más o menos extensas).

Cabe utilizar distintos procedimientos. La balonangioplastia parece la técnica de elección y la más empleada. Los procedimientos de recanalización (Láser, Catéter de Kensey) son útiles cuando los procedimientos mecánicos fracasan. Las técnicas de segmentación (ateroma de Simpson, por ejemplo) o sobre todo de abrasión pulverización (rotablator) ven ampliar sus indicaciones. Las endoprótesis parecen disminuir la tasa de complicaciones precoces y las reestenosis. Será necesario buscar las indicaciones respectivas de cada procedimiento, ayudados no sólo por la angiografía sino también por los ultrasonidos y la angioscopia.

En la actualidad, según nuestra experiencia, podemos sentar ciertos elementos:

La balonangioplastia queda como el método de elección en la mayoría de los casos, ya en solitario ya en colaboración de otras técnicas. Sus complicaciones, trombosis precoces, delaminaciones, quedan claramente limitadas por la colocación de endoprótesis.

Las técnicas de recanalización quedan limitadas por la longitud de la oclusión y la presencia de calcificaciones. El Láser de Holmium promete, pero el Láser Saphir Nd Yag nos ha dado hasta el momento excelentes resultados.

Los aterotomos no han resuelto el problema de las reestenosis.

El Rotablator tiene indicaciones de elección: lesiones extensas, calcificadas de las arterias distales.

LA FLEBECTASIA GENUINA DIFUSA DEL MIEMBRO SUPERIOR.— **H. D. Vogt, E. Altmann-Canestri y C. Sánchez.** «Revista Panamericana de Flebología y Linfología», Año I, n.º 3, pág. 35; **noviembre 1991.**

No se trata de varices esenciales sino de una displasia venosa de tipo embrionario que puede verse al nacer, o bien hacerse más evidente en la primera infancia o en la pubertad. Algunas comprometen el futuro de la paciente durante el embarazo. Es evidente que la patología subsiste pero la hipertensión venosa puede en algunos de los casos aumentar el volumen del miembro por compromiso hemodinámico, sobre todo durante la gestación.

No toma nunca troncos venosos importantes (subclavia-humeral-radial o cubital) sino afluentes de éstos o golfos venosos o racimos alveolares de capilares venosos.

El sistema arterial no está comprometido y en nuestra estadística no pudimos localizar ningún shunt arteriovenoso.

El tratamiento es quirúrgico, se realiza primero ligando y extirpando aquellas dilataciones groseras hasta donde la prudencia y la estética lo aconseja.

Apremiados por algunas varicorragias o aumento de la turgencia de estos ramilletes racimosos durante el embarazo, nos decidimos a esclerosarlos.

Como hemos reunido una apreciable cantidad que no figuran en la literatura internacional, mas que casos aislados, decidimos presentar nuestra casuística de 23 casos.

Todas las pacientes pertenecen al sexo femenino.

Las edades oscilaron entre 11 a 47 años. La mayoría refirieron haberlos visto mucho antes y en algunos casos ya fueron operados parcialmente unos años antes.

Las pacientes no presentaban va-

rices, venectasias, flebeectasias ni perforantes incompetentes en los miembros inferiores. Tampoco varices vulvares ni hemorroides.

Tratamiento: En la mayoría de los casos se hizo una arteriografía a la altura de la vena subclavia y una venografía a partir de la dilatación venosa ampollosa en la mano.

Se incide en forma longitudinal respecto al eje del miembro a operar.

Se intervinieron con anestesia local 11 casos, y 8 con anestesia general.

Se extirparon las venectasias ampollas o grandes dilataciones venosas hasta donde la prudencia lo aconsejó.

Estas flebeectasias tienen a nivel de la epidermis y dermis formas de racimos semejantes a alvéolos bronquiales que no son posibles de extraer quirúrgicamente sin dañar al mismo tiempo la piel.

Por ello en un segundo tiempo se esclerosaron con Aethoxysklerol al 1% y 2%. Con este método mixto de tratamiento hemos conseguido un resultado altamente satisfactorio, aunque con el tiempo recidivan, sobre todo a la altura de los pulpejos de los dedos.

Llama la atención la relación que esta anomalía tiene con los ciclos menstruales y con el embarazo.

En efecto, las molestias empeoran, al final del ciclo, aliviándose al finalizar la menstruación, comprobándose a su vez una menor turgencia de

la presión de las dilataciones periféricas.

Durante el embarazo comienza a ser preocupante a partir del cuarto mes de la gestación y puede llegar a ser intolerable al sexto mes.

En dos casos hubo una intensa varicorragia que se trató con inyección de esclerosante y posterior administración de heparina a bajas dosis como profilaxis.

Conclusiones: 1) Se trata de pacientes con angiodisplasias genuinas unilaterales del miembro superior.

2) Todas pertenecen al sexo femenino y en la menarca, en irregularidades menstruales o durante el embarazo, se hicieron evidentes y sintomáticas; en cuanto a la aparición de dolor, turgencia, monstruosidad, y en seis casos varicorragias, dos de ellos fueron de suma gravedad.

3) Las arteriografías y venografías mostraron que no pertenecen a los Síndromes de Parkes-Weber, Paget o Schrotter o al tipo de Angioma de Ranke.

4) La venografía como la cirugía mostraron zonas venosas dilatadas, cavernosas, y zonas de racimos alveolares en directa adherencia con la dermis, algunas veces se observaron flebolitos.

5) Se extrajeron entre un treinta a cincuenta por ciento de flebeectasias con cirugía, completándose con escleroterapia.

6) Por su tendencia a la recidiva es

necesario realizar dos o tres sesiones de escleroterapia por año.

7) Se vuelven asintomáticos y disminuyen en cantidad con la menopausia.

8) Durante el embarazo es evidente que juegan un rol preponderante las gonadotrofinas, los estrógenos y la progesterona, así como las hormonas placentarias, independientemente del tamaño del útero.

9) Estudios realizados en ratas grávidas demuestran que, además de estas hormonas, hay un considerable aumento del calcio iónico; se comprobó también un aumento sugestivo de lizoencimas en el endotelio de las venas.

10) El microscopio electrónico muestra que en la media e íntima de la muscular de la vena hay un aumento de vacuolas catadoras de calcio iónico.

Se trataría de receptores que se encontrarían en la substancia intercelular (tejido conectivo) que alteraría en forma reversible la osmolaridad de la misma: actuaría en el endotelio y músculo liso, formando grandes vacuolas, produciendo aumento de mitocondrias y miocitos con concentraciones elevadas de B-N acetilglucosaminidasa y B glucuronidasa responsables directos de la varicosis y de las varices.