

# Extractos

ACTIVADOR DEL PLASMINOGENO TISULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA BLANCA (Tissue Plasminogen Activator for Treatment of Livedoid Vasculitis).— **Kenneth L. Klein y Mark R. Pitelkow.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 67, n.º 10, pág. 923; **octubre 1992.**

La atrofia blanca, una vasculopatía hialinizante, se caracteriza por la extensa formación de microtrombos y el depósito de fibrina en los vasos mesodérmicos, produciendo infartos epidérmicos, ulceraciones y formación de escaras estrelladas. En un estudio prospectivo de úlceras crónicas de pacientes con atrofia blanca, hallamos una elevada incidencia de anticuerpos anticardiolipina y lupus anticoagulantes, así como niveles elevados del inhibidor del activador del plasminógeno y niveles reducidos del activador endógeno del plasminógeno tisular (t-PA). Esta tendencia procoagulante y reductora de la fibrinólisis podría explicar la vasculopatía oclusiva observada frecuentemente en las biopsias de dichos pacientes. Basándose en estos resultados, creemos que la fibrinólisis mediante t-PA recombinante lisaría los trombos microvasculares, restauraría la circulación y promovería una correcta curación de la úlcera. En seis pacientes con úlceras crónicas no cicatrizantes causadas por vasculitis atrófica y en las cuales se había ensayado diversos tratamientos sin éxito se administró t-PA a dosis bajas (10 mgr) vía intravenosa cada

4 horas durante 14 días. Cinco de los seis pacientes presentaron una mejoría espectacular, una curación casi completa de la úlcera durante el periodo de hospitalización y una mejoría en la oxigenación tisular, determinada esta última según un incremento de la oximetría transcutánea. El único fallo del tratamiento fue debido a una retrombosis microvascular. En este caso se repitió el tratamiento asociándole tratamiento anticoagulante, con lo que las úlceras curaron. Concluimos que la administración diaria de bajas dosis de t-PA es un tratamiento seguro y efectivo para úlceras crónicas debidas a una vasculopatía oclusiva.

ACCIDENTE VASCULORENAL EN UNA SEPSIS NEONATAL. VALORACION CON ECOGRAFIA DOPPLER.— **E. Martín, J. Alvarez, I. Obando, M. Baca, A. Chileme, L. Ceres y F. Barrio.** «Revista Latinoamericana de Perinatología», vol. 11, n.º 1-2; **1991.**

La experiencia con ecografía doppler es escasa en niños, pero un campo en el que puede ser de gran utilidad es la valoración de los accidentes vasculorenales durante el periodo neonatal.

El estudio actual es un estudio practicado con Doppler Color en un recién nacido de siete días de vida, afectado por una trombosis de la arteria renal derecha (TAR) y una estenosis pieloureteral izquierda (EPI).

## Caso clínico

Varón de 7 días de vida que presentó un cuadro de hematuria macroscópica, hipertensión arterial (140/80 mmHg) y masa renal izquierda a las 24 horas de ingresar con una sepsis grave por *Estreptococo del grupo B*. Ante la sospecha diagnóstica de trombosis de la vena renal izquierda, efectuamos una ecografía que mostró un riñón derecho de 42 mm con ecogenicidad normal y un riñón izquierdo grande, de 62 mm, con escasa diferenciación córtico-medular y una ectasia piélica discreta. La ecografía doppler se practicó cuatro días después, cuando el niño se estabilizó. En la arteria renal derecha había una disminución marcada de la velocidad del flujo con un IR de 0,72. A nivel del sistema arterial izquierdo se encontró aumento de resistencias, con un IR de 0,84 en arteria renal y una pérdida de flujo diastólico en segmentarias y arcuatas. La vena renal izquierda era permeable. La gammagrafía con DMSA-Tc 99 mostró una anulación funcional del riñón derecho.

Durante el seguimiento se objetivó en sucesivos controles ecográficos una atrofia progresiva del riñón derecho y un aumento de la ectasia pielocalicial izquierda, que se correspondía con una estenosis pieloureteral en la urografía. El DTPA con furosemida mostró un acúmulo del trazador a nivel de la pelvis renal izquierda que descendía rápidamente tras la inyección del diurético, por lo que se decidió tratamiento conservador.

Concluyendo, los diagnósticos definitivos fueron trombosis de arteria re-

nal derecha y estenosis pieloureteral izquierda.

En el control efectuado al tercer mes, el niño había presentado un desarrollo estatóroponderal bueno y seguía tratamiento con captopril para la hipertensión. La ecografía doppler mostró una recuperación del flujo a nivel de arteria renal derecha, que no alcanzaba, no obstante los valores normales y que coincidía con una recuperación parcial de la función renal (RD: 20%, RI: 80%) en el renograma.

### Discusión

Ante un recién nacido séptico con un cuadro de hematuria, hipertensión y masa renal izquierda, el diagnóstico inicial de sospecha fue trombosis de vena renal izquierda; sin embargo, el diagnóstico definitivo fue el de trombosis arteria renal derecha y estenosis pieloureteral izquierda.

En lo referente al riñón derecho, es de todos conocido que la TAR entra en el diagnóstico diferencial del «riñón ecográficamente normal», siendo necesario realizar estudios isotópicos para confirmarlo. En nuestro caso fue la ecografía doppler la que nos orientó al diagnóstico al encontrar una disminución marcadísima del flujo en la arteria renal derecha, en relación al comunicado por otros autores y al que tenía en el riñón izquierdo. Si bien lo descrito en la TAR es una ausencia de flujo, en nuestro caso habían pasado 4 días desde el episodio agudo y posiblemente habría empezado la revascularización. Queremos reseñar que el IR en arteria renal derecha fue normal, por lo que este hallazgo no es sinónimo de ausencia de patología; es pues necesario medir el flujo. Como ya dijimos antes, para que el flujo sea valorable se ha de tomar un ángulo de insonación entre 0 y 30°, lo cual es difícil si no se dispone de un modelo color.

En lo referente al riñón izquierdo, presentaba un IR en arteria renal de

0,84, que si bien es alto en relación al comunicado en adultos y niños mayores, es similar al encontrado en otras series de recién nacidos. De cualquier forma, en nuestro caso había una pérdida de flujo diastólico en arterias segmentarias y arcuatas, lo que pone de manifiesto un compromiso vascular. El patrón de aumento de resistencias (disminución, ausencia o inversión del flujo durante la diástole), ha sido descrito en el rechazo del injerto, en la trombosis de vena renal, en procesos obstructivos de vías urinarias y en el S. Hemolítico-Urémico. En nuestro caso, la vena renal era permeable y lo que se objetivó fue una estenosis de la unión pieloureteral.

**Platt**, en su estudio practicado en adultos con riñones dilatados ecográficamente encontró correlación entre un IR superior a 0,7 y un test de Whitaker compatible con obstrucción. Resultados similares han sido descritos en estenosis ureterales postrasplante. Pensamos, pues, que sería interesante realizar estudios de este tipo en niños con objeto de valorar si la ecografía doppler es útil para diferenciar los riñones obstruidos de los simplemente dilatados. En nuestro caso hubo discordancia, pues mientras en el estudio con doppler se objetivó un aumento de las resistencias, en el DTPA el trazador descendió rápidamente tras la inyección del diurético.

De nuestra experiencia con doppler color en este caso podemos concluir:

- 1.— Utilidad para el diagnóstico de la TAR en el recién nacido.
- 2.— Un IR normal no excluye patología, es necesario medir flujos.
- 3.— Un patrón de aumento de resistencias puede obedecer a muchas causas, en nuestro caso fue secundario a una estenosis pieloureteral.
- 4.— Es necesario realizar estudios amplios con doppler color en ni-

ños para obtener los patrones de flujo a diferentes edades y con diferentes patologías.

**LOS ANEURISMAS SACCIFORMES DE LA ARTERIA RENAL** (Les Anévrysmes sacciformes de l'artère rénale).— **V. Puel, R. Roudaut, N. Laborde, Ph. Gosse y M. Dallochio.** «Annales de Cardiologie et d'Angéiologie», vol. 42, n.º 2, pág. 101; febrero 1993.

Con la utilización cada vez más frecuente de la arteriografía en la exploración de la hipertensión arterial y de las arteriopatías de los miembros inferiores, la presencia a menudo de aneurismas de la Arteria renal ha sido comprobada. La importancia de esta patología reside en el hecho de que la evolución natural de estos aneurismas es todavía desconocida, su relación con la hipertensión arterial discutida y el riesgo de sus complicaciones, en especial su ruptura, ha llevado a revisar su ablación quirúrgica sistémica.

La tendencia actual es la de limitar las indicaciones operatorias a ciertos casos precisos, ya que el estudio de varias series recientes han demostrado que el riesgo de ruptura de un aneurisma sacciforme de pequeño calibre es muy débil.

La etiología de este tipo de aneurismas de la arteria renal, la forma sacciforme, puede ser congénita o bien adquirida: arteriosclerosa, por displasia fibro-muscular y en mucha menor proporción inflamatoria, embólica, traumática, etc.

La ruptura se manifiesta por dolor abdominal, hematuria macroscópica junto a la erosión del sistema excretor por el propio aneurisma, la masa abdominal y el colapso. La muerte es frecuente.

La actitud pasiva frente a este tipo de aneurismas está en relación con su tamaño. Mientras no exceden de los 2 cm se puede ser conservador.

El embarazo es factor de riesgo, en especial en el último trimestre. En cuanto a su relación con la hipertensión arterial, la tendencia en estos momentos es restringir la indicación operatoria a los pacientes con un aumento de la actividad de renina en el lado del aneurisma.

La eliminación del aneurisma varía según las características, y por otras circunstancias. Se puede efectuar según dos modalidades: por laparotomía media supra y subumbilical, o bien por lumbotomía extraperitoneal, extrapleuraleal.

La mayor parte de autores están de acuerdo en limitar las indicaciones operatorias a ciertos casos precisos:

- cuando presenta signos de fisuración.
- cuando su tamaño es superior a 1,5-2 cm.
- cuando manifiesta crecimiento progresivo, por angiografía.
- en caso de pacientes con ries-

go de deterioro de la función renal grave (riñón único).

— cuando hay hipertensión arterial con aumento de la actividad de la renina plasmática del lado del aneurisma, o en caso de estenosis asociada de la arteria renal.

— en caso de mujer en edad de procrear o susceptible de estar embarazada.

Fuera de estos casos se puede permanecer sin intervenir, pero bajo vigilancia angiográfica periódica.

**ESTRATEGIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA EN EL PACIENTE POLIARTERIAL** (Stratégie diagnostique et thérapeutique chez la patient polyartériel).— **D. Thomas.** «Annales de Cardiologie et d'Angéiologie», vol. 41, n.º 10, pág. 565; **diciembre 1992.**

La asociación de lesiones coronarias y periféricas es frecuente, en es-

pecial en los candidatos a cirugía periférica. En todos los casos las lesiones coronarias dominan el diagnóstico. El riesgo tardío a mediano y largo plazo de estas asociaciones es muy superior al riesgo operatorio inmediato. Cada tipo de cirugía, periférica o coronaria, representa la ocasión de proceder a un balance arterial del otro territorio por sí mismo más que en relación al contexto quirúrgico. Ningún examen invasivo debe ser sistemático. El paso diagnóstico viene orientado por los datos clínicos y en menor grado por las exploraciones no invasivas, en las que por desgracia su carácter discriminatorio es débil dentro del cuadro del balance coronario. Las indicaciones de una revascularización plurifocal, simultánea o secuencial, por cirugía o angioplastia, son escasas. Son muy diversas y deben ser discutidas caso por caso en relación a la edad, estado general, urgencia y tipo y gravedad de las lesiones.