

Extractos

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA Y EMBARAZO. A PROPOSITO DE UN CASO (Malaltia tromboembolica i embaràs. A propòsit d'un cas).— **J. Montaner Picart, L. Valdés y J. L. Bóveda.** «Annals de Medicina», vol. 79, n.º 4, pág. 68; **abril 1993.**

La Enfermedad Tromboembólica presenta una incidencia en la población general del 0,3%, variando en las embarazadas entre un 0,2 y un 0,7%, por factores propios del embarazo.

Caso clínico

Mujer de 27 años, gestante de 34 semanas. Antecedentes de TBC en rodilla izquierda y apendicectomía más peritonitis a los 12 años. Una semana antes de su ingreso es intervenida de oclusión intestinal por bridas, con inmediato edema postoperatorio de extremidad inferior izquierda. A las 72 horas, disnea con dolor torácico. Heparina cálcica por sospecha de embolismo pulmonar. Por la persistencia del cuadro clínico, gammagrafía pulmonar que es de bajo riesgo de embolia pulmonar y gasometría normal. Se pasa a heparina sódica i.v. y a los 5 días de la anticoagulación hemorragia digestiva alta con hematocrito de 19%. Ingreso en UVI, con reposición volémica y reversión de la anticoagulación.

Ante el edema muy doloroso del muslo y E.I. izquierda, extendido a vulva, nalgas y fosa lumbar hasta la zona costal del mismo lado, que

orientan a una Trombosis venosa profunda, se practica Eco-Doppler y flebocavagrafía que demuestra trombosis ilio-femoral izquierda y vena cava infrarenal sin ocupación. Se practica gammagrafía pulmonar ventilación perfusión, que es de escasa probabilidad de TEP, habiendo desaparecido la imagen sugestiva de la primera exploración. Ante la imposibilidad de un tratamiento de la enfermedad pulmonar, se valora la madurez fetal y se practica ECO fetal, que demuestra gran desplazamiento izquierdo del feto, decidiendo finalizar el embarazo por cesárea, sin complicaciones.

A los cuatro días el edema ha desaparecido por completo, sin objetivarse signos de hemorragia ni de Síndrome postflebítico. El estudio de la coagulación no evidenció déficit de Proteína C, S ni de antitrombina III.

Discusión

Nos interesa aquí remarcar la falsa manifestación de Trombosis venosa y de Embolia pulmonar que, en algunos casos, se pueden manifestar durante la gestación, como en este caso, y revisar los diferentes factores que determinan un estado de precoagulación: lesión endotelial, estasis, como consecuencia de la compresión del feto sobre el territorio vascular izquierdo de modo fundamental, el estado de trombofilia por el aumento de factores de coagulación, fibrinógeno, alteraciones plaquetarias y disminución de la fibrinólisis; y a la vez, la conducta

diagnóstica y las diferentes exploraciones complementarias que se pueden efectuar sin riesgo para confirmar la existencia o no de la patología, así como la utilización de medidas profilácticas y terapéuticas apropiadas en las gestantes.

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA INNOMINADA POSTTRAUMATISMO TORACICO AGUDO (Pseudoaneurisme de l'artèria innominada post-traumatisme toràcic agut).— **V. Sorribes, B. de José Santamaría, E. Laguna, T. Vilella y V. Moral.** «Annals de Medicina», Vol. 79, n.º 4, pág. 65; **abril 1993.**

Las lesiones de la Arteria Innominada secundarias a traumatismos torácicos agudos son raras: 21 casos publicados.

Caso clínico

Varón de 25 años. Drogas por vía parenteral. Tras accidente de tránsito, presenta traumatismo torácico cerrado, con ausencia de fracturas costales y hemoneumotórax izquierdo. Los R.X. de tórax demuestran ensanchamiento mediastínico. Durante las primeras horas se muestra consciente, orientado y hemodinámicamente estable, pero a las 8 horas presenta deterioro hemodinámico y respiratorio con parada cardíaca que se remontó. El TAC tóraco-posterior demuestra estructuras vasculares mediastínicas permeables, aumento de la densidad en el mediastino su-

perior y deformación de la luz traqueal. Se comprueba compresión extrínseca del tramo inferior de la tráquea. TAC torácico de control: dilatación del origen del tronco común braquio-cefálico, compatible con pseudoaneurisma postraumático. A la operación se comprueba Aneurisma de la Arteria Innominate y se produce parada cardíaca por hernia del VI a través del pericardio, lo que se soluciona por sutura. Curso postoperatorio, normal. Alta a los 10 días.

Discusión

Tras traumatismos torácicos agudos, la Arteria Innominate es la segunda localización de los vasos mediastínicos de calibre. El mecanismo más frecuente es la desaceleración. Hay que destacar que la clínica a su ingreso puede estar ausente y que la radiografía de tórax evidencie ensanchamiento mediastínico en el 93% de los casos. A su vez, que el riesgo de disrupción de la A. Innominate no es mayor en pacientes con fracturas de I y II costillas respecto a los que no las presentan.

Conclusión

El inmediato y preciso diagnóstico junto a una intervención urgente son básicos para el pronóstico de estos enfermos.

ULCERAS VENOSAS EN VARONES CON ANORMALIDAD DE CROMOSOMAS SEXUALES (Venous ulceration in males with sex chromosome abnormalities).— **S. R. Baker, A. D. R. Northeast, A. C. Berry y K. G. Buruand.** «Journ. Royal Society of Medicine», Vol. 86, n.º 1, pág. 24; **enero 1993.**

Introducción

La no rara frecuencia de úlceras en extremidades inferiores observadas en varones con anomalía de

cromosomas sexuales sugiere la existencia de una asociación entre estas dos condiciones, particularmente en pacientes con el Síndrome de Klinefelter. En un grupo de 61 varones adultos con el Síndrome de Klinefelter, **Campbell** y cols. encontraron ocho (13%) casos de úlceras hipostáticas, comparado con la frecuencia del 0,14% de úlceras en extremidades inferiores (EEII), en varones escoceses de 25 años o más. Se han publicado aproximadamente 55 casos de úlceras en EEII en pacientes con Síndrome de Klinefelter, incluyendo aquellos que son variantes del Síndrome (con polisomía en los cromosomas sexuales).

Forsman ha sugerido que los cromosomas Y adicionales pueden también predisponer a úlceras crónicas en EEII, y describió a cuatro pacientes con 47, XYY y ulceración activa o antigua (incluyendo un mosaico 46, XY/47, XYY). Después de este informe sólo ha sido descrito otro paciente con 47, XYY y úlceras venosas. Dos pacientes con «úlceras varicosas» en un primer informe de **Court Brown** probablemente presentaban un mosaico cromosómico (46, XY/47, XYY). Aquí describimos tres pacientes adicionales con 47, XYY quienes tuvieron úlceras venosas, y apoyamos la sugerencia de una asociación entre estas dos condiciones.

Pacientes y Métodos

Entre 1984 y 1990, aproximadamente 800 varones fueron atendidos en el «Venous Ulcer Clinic» del Hospital St. Thomas. Durante este tiempo la estimación del cariotipo del leucocito no se realizó de forma rutinaria sino únicamente en varones altos, obesos o hipogonádicos en los que se sospechaba pudieran presentar anomalías cromosómicas.

Se hizo un intento para asignar una etiología a toda úlcera. Se consideró que existía enfermedad venosa cuando los cambios posttrombóticos

aparecían en la flebografía ascendente, o el tiempo medio de relleno de la unidad del volumen (tv 1/2) era menor de 10 segundos en la volumetría del pie. La proteína C, la proteína S; la antitrombina III y el inhibidor del «pathway» extrínseco plasmático (EPI) fueron determinados en estos pacientes con anomalías en los cromosomas, excluyendo posibles causas de trombosis venosa. **Doppler tobillo:** El índice de presión braquial fue medido para detectar enfermedades arteriales y se consideró anormal si era menor de 0,9. También se llevaron a cabo las pruebas de serología reumatoide, factor antinuclear y glucemia, para destacar posibles causas de tipo reumatoide, vasculítico o diabético.

Resultados

Seis pacientes atendidos en el Venous Ulcer Clinic presentaban fenotipo masculino y anomalías de cromosomas sexuales; dos tenían el Síndrome de Klinefelter (47, XXY) y cuatro tenían 47, XYY. La volumetría en el pie era anormal en todos los pacientes. No se detectó enfermedad arterial. Las determinaciones de proteína C, proteína S, y antitrombina III y el «test» de Rose Waaler estaban comprendidas dentro de un rango normal; la determinación del factor antinuclear fue negativa en cinco pacientes sometidos a estas pruebas. Un caso falleció por causas no relacionadas con sus úlceras; antes de que se hicieran estas pruebas.

Discusión

Campbell et al. informaron que los pacientes con Klinefelter tienen más probabilidad de sufrir una úlcera en sus piernas que otros varones adultos.

Estos pacientes suelen ser altos y obesos, con poco pelo en la cara, vello púbico y pene normales, testículos pequeños y ginecomastia. La inteligencia está reducida entre 10

y 20 puntos, y en una pequeña proporción son retardados mentales. Una azoospermia y un incremento en la excreción urinaria de gonadotropinas son hallazgos universales. Es beneficioso diagnosticar el Síndrome de Klinefelter para poder anticiparse de esta forma a las complicaciones ya conocidas de cáncer de mama, prolapso en la válvula mitral y diabetes, que pueden presentarse posteriormente y porque puede ser necesaria la asistencia médica por problemas de infertilidad.

La presentación 47 XYY, por primera vez en 1961, tiene una incidencia de 1,5 por 1.000 en los nacimientos varones, pero podría estar poco diagnosticada. Los individuos afectados suelen ser altos, algunos de forma espectacular. El coeficiente de inteligencia está ligeramente reducido y tienen tendencia a una mala integración social, aunque estudios prospectivos de comportamiento muestran diferencias pequeñas respecto a los controles. El desarrollo gonadal y el tamaño de los testículos son habitualmente normales, aunque algunos tienen testículos pequeños y una fertilidad reducida.

Todos los pacientes descritos en este informe presentaban enfermedad venosa. Tres de ellos presentaban anomalías en la flebografía y en otro se realizó una trombectomía. En uno de los pacientes existía una Diabetes Mellitus como otro factor contribuyente a la aparición de las ulceraciones. No está claro por qué pacientes con anomalías cromosómicas presentan una predisposición a la trombosis. No encontramos evidencia alguna de una condición pretrombótica en los cuatro pacientes con trombosis venosa previa. La obesidad está asociada con la ulceración venosa y es una característica del Síndrome de Klinefelter, aunque sólo estuvo presente en dos de nuestros pacientes. Resultaría comprensible especular acerca de la implicación de factores hormonales en

la aparición de esta patología, ya que existen niveles anormales de gonadotropinas en pacientes con Síndrome de Klinefelter. De todos modos, la hipótesis hormonal no explicaría las úlceras venosas en varones 47,XYY.

Es posible que exista una mayor prevalencia de ulceración venosa en varones con anomalías en los cromosomas sexuales, incluyendo 47,XYY, ya que hemos encontrado una alta frecuencia de estas anomalías en esta pequeña muestra.

La presencia de úlceras en extremidades en varones altos, especialmente en aprogénicos y relativamente jóvenes podría hacer sospechar la posibilidad de una anomalía de los cromosomas sexuales.

¿SE DETERIORA LA FUNCIÓN VENOSA DE LOS PACIENTES EN ESPERA DE CIRUGIA DE LAS VARICES? (Does venous function deteriorate in patients waiting for varicose vein surgery?).— S. Sarin, D. A. Shields, J. Farrah, J. H. Scurr y P. D. Coleridge-Smith. «Journ. Royal Society of Medicine», vol. 86, n.º 1, pág. 21; enero 1993.

Se estuvo estudiando el posible deterioro de la función venosa en un grupo de 36 pacientes en espera de 20 meses para ser intervenidos de varices. El análisis de la función venosa se obtuvo a través de la exploración clínica, el Duplex-Color y la pletismografía (rellenado un 95%). Encontramos un deterioro significativo en este grupo de pacientes, con cuatro miembros no afectados de inicio que desarrollaron reflujo en el Duplex scanning, tres de los cuales presentaron varices clínicamente evidentes (a los cuatro se les ofreció ser intervenidos); de los 56 miembros inicialmente afectados, aparecieron luego diez nuevas fuentes de reflujo (18%), requiriendo alterar la

técnica quirúrgica planeada inicialmente. Ningún paciente desarrolló una insuficiencia venosa profunda o ulceración mientras estaba en lista de espera, aunque hubo un nuevo caso de lipodermatosclerosis. No obstante, en los que la intervención se emprendió después de la primera evaluación, potencialmente 14 pacientes (25%) hubiesen requerido una nueva intervención, aunque aceptar esto como justificación al tiempo de espera no tiene en cuenta el sufrimiento del paciente ni la calidad de vida mientras esperaba la intervención.

CONCLUSIONES SOBRE CIRUGIA DE LAS CAROTIDAS (Conclusion sur la chirurgie des carotides).— J. Natali. «Angéiologie», n.º 174; mayo 1993.

Los notables estudios E.C.S.T. y N.A.S.C.E.T., colaboración entre cirujanos vasculares y neurólogos, han llevado a un entendimiento entre sí, tras algunos conflictos, sobre las bases científicas de la endarteriectomía carotídea en pacientes que responden a los siguientes criterios:

— A.I.T. o constituido no invalidante de menos de seis meses;

— presentando una estenosis del origen de la A.C.I. homolateral superior al 70%, de origen ateromatoso sin lesión intracraneal severa, con una esperanza de vida que permita considerar razonablemente este tratamiento (superior a 5 años en los estudios ECST y NASCET).

Hay que añadir la elección de un equipo quirúrgico que permita esperar que el riesgo operatorio no sobrepase el observado en el ECST o en el NASCET, es decir <3,7%.

Por otra parte, que el coste de esta cirugía si no se emplea material complicado ni cuidados de reanimación prolongados sea modesto en relación a otras intervenciones de A.V.C. importantes.

Esto aparte, se impone además un tratamiento médico de base ya que estos pacientes son siempre susceptibles de sufrir un accidente en otros territorios arteriales, en particular coronarios.

El futuro nos dirá si este beneficio puede extrapolarse a pacientes con una estenosis sintomática moderada (entre 30 y 60%) o una estenosis asintomática. En el primer caso no es cierto, en el segundo es muchísimo más probable.

LA ANGIOPLASTIA ENDOLUMINAL PERCUTANEA POR SONDABALON EN LAS ARTERIOPATIAS PERIFERICAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES (L'Angioplastie endoluminale percutanée par sonde à ballonnet dans les artériopathies périphériques des membres inférieurs).— **J. Benchetrit, H. Hazan y J. Simony.** «Angéiologie», tomo 45, n.º 2, pág. A-35; mayo 1993.

La primera angioplastia endoluminal percutánea que utilizó un sistema de catéter coaxial data de 1964, pero fue a partir de la introducción de un catéter con balón, en 1973, por **Porstman**, y sobre todo la puesta a punto por **Gruntzig** en 1976 de los catéteres con balón a doble luz que el método conoció su progreso.

El término de Angioplastia cubre a la vez la recanalización de una arteria ocluida y la dilatación de una estenosis vascular. El objetivo es el de repermeabilizar y ampliar de modo duradero un sector arterial estrechado, proporcionándole un buen calibre capaz de obtener un flujo satisfactorio.

Tras analizar la fisiopatología de las

angioplastias endoluminales percutáneas, el catéter de dilatación, las técnicas de dilatación (antes, durante, terapéuticas coadyuvantes en la angioplastia) las complicaciones, indicaciones y resultados, etc. se llega a las siguientes conclusiones:

Dentro de la gama actual de técnicas endoluminales percutáneas de tratamiento de las arteriopatías de los miembros inferiores, la dilatación por sonda-balón es la de elección y la más utilizada. Ha adquirido su notable lugar dentro de la cirugía, a la que no se opone sino que se complementan a menudo. Las indicaciones se han ampliado y los resultados, en ciertos tipos de lesiones, son comparables a los de la cirugía con las ventajas propias de esta técnica. Las complicaciones son limitadas, siendo con frecuencia posible tratarlas en el curso del procedimiento gracias a otras técnicas percutáneas (colocación de endoprótesis, fibrinólisis, tromboaspiración).

La ecografía endovascular y la endoscopia, de práctica no corriente, pueden llegar a ser una aportación terapéutica fuera de las lesiones arteriales.

ANGIOSCOPIA Y ANGIOPLASTIA PERCUTANEAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTERIOPATIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES (Angioscopie et angioplastie percutanée dans le traitement des artériopathies des membres inférieurs).— **J. C. Baudrillard, H. Foucart, C. H. Defache, J. M. Lerais y J. P. Cecile.** «Angéiologie», tomo 45, n.º 2, pág. A-27; mayo 1993.

La Angioscopia, practicada por primera vez por **Rhea y Walker** en

1913 en un perro, adquirió gran interés a partir de la miniaturización de los fibroscopios. En Francia **Cecile** y cols. utilizan la angioscopia percutánea, a partir de 1987, en el curso de las angioplastias arteriales periféricas, igual que **Marco** y cols. en las coronarias.

El objetivo de este trabajo ha sido el apreciar el aporte de la angioscopia ligada a la angioplastia en el tratamiento de las arteriopatías ocluyentes de los miembros inferiores.

El material estuvo constituido por tres grupos de instrumentos: El sistema de irrigación, la endoscopia y el registro por vídeo.

Tras el estudio efectuado podemos decir que desde 1987 hemos asociado sistemáticamente una angioscopia a nuestras angioplastias de las arterias periféricas. En una serie de 251 angioplastias, efectuadas en 191 pacientes, la angioscopia se ha mostrado más sensible y más específica que la arteriografía en el diagnóstico etiológico de las estenosis y/o de las oclusiones arteriales. Las constataciones angioscópicas han modificado el desarrollo de la angioplastia en el 29% de los casos. La angioplastia por sonda-balón fue el más utilizado (230 casos); fue precedida de una tromboaspiración en 10 casos y de una dotterización en 4 casos. La colaboración de la angioscopia ha permitido realizar delicadas maniobras (monitorización de la angioplastia en 4 casos, orientación de la guía en la luz en 14, colocación de endoprótesis en 9 casos, biopsia arterial en 5 casos y reducción del ateroma en 8). Ha permitido precisar la naturaleza de la lesión y en especial elegir el tratamiento específico minimizando el riesgo de emigración embólica.