

Extractos

ENDARTERIECTOMIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON OCLUSIÓN CAROTÍDEA CONTRALATERAL (Carotid endarterectomy in patients with contralateral carotid occlusion).— **Frederic B. Meyer, Nicolee C. Fode, W. Richard Marsh, David G. Piepgras.** «Mayo Clinic. Proc.», vol. 68, n.º 4, pág. 337; **abril 1993.**

En este estudio se valoran los resultados obtenidos tras la endarteriectomía carotídea de 357 pacientes con estenosis carotídea y oclusión carotídea contralateral. En conjunto, la morbilidad neurológica «mayor» fue de un 0,6% y la «menor» fue de un 1,1%. Se produjeron 4 muertes (1,1%), siendo sus causas las siguientes: infarto de miocardio en dos pacientes, ruptura de un aneurisma aórtico abdominal en un caso y complicaciones respiratorias en otro. Se alcanzaron excelentes resultados en un 97,2% de los pacientes. Ciento sesenta y cinco pacientes (46%) con oclusión arterial carotídea presentaron una apreciable atenuación en los hallazgos electroencefalográficos peroperatorios y una disminución del flujo sanguíneo cerebral hasta aproximadamente 10 ml/100 g de tejido cerebral por minuto, que hizo necesaria la colocación de un «shunt». Este alto porcentaje de cambios electroencefalográficos profundos y en el flujo sanguíneo durante la oclusión carotídea sugiere que la posibilidad de una circulación colateral en este grupo de pacientes es mínima. Estos resultados demuestran que la endarteriectomía carotídea puede ser rea-

lizada con bajo riesgo en pacientes con oclusión carotídea contralateral. En pacientes con estenosis carotídea asintomática y oclusión carotídea contralateral recomendamos un «test» carotídeo no invasivo. Si la progresión de la estenosis es evidente debería considerarse la posibilidad de una endarteriectomía profiláctica, ya que estos pacientes tienen un riesgo mayor de infarto cerebral que los que sólo presentan una estenosis carotídea asintomática unilateral.

EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA MEDIANTE ETHIBLOC® DE MALFORMACIONES QUÍSTICAS LINFÁTICAS CON REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA EN 70 PACIENTES (Percutaneous embolization with Ethibloc of Lymphatic cystic malformations with a review of the experience in 70 patients).— **D. Herbreteau, M. C. Riche, O. Enjolras, M. Khayata, F. Lemarchand-Venencie, M. Borsik, M. D. Brette, D. Reizine, J. J. Merland.** «International Angiology», vol. 12, n.º 1, pág. 34; **marzo 1993.**

Las malformaciones linfáticas quísticas (MLQ) son malformaciones vasculares superficiales hemodinámicamente inactivas del compartimento linfático. Proponemos un nuevo tratamiento utilizando un agente esclerosante como alternativa a la resección quirúrgica.

Durante los últimos nueve años hemos tratado setenta pacientes con MLQ. El 55% de estos pacientes eran menores de cinco años de

edad, con una preponderancia del sexo masculino. La localización más frecuente de las MLQ (80%) era la región maxilofacial. La presentación clínica de las MLQ solía ser algún tipo de alteración funcional por efecto masa; en otros casos se presentaban infecciones, hemorragias o inflamaciones. Se procedió a inyectar el agente esclerosante Ethibloc® en las MLQ bajo control fluoroscópico, produciendo de esta forma una esclerosis de las bolsas y una reducción de la masa.

Durante el seguimiento los resultados fueron buenos en el 62% de los casos, invariables en el 5% y en continua progresión en el 20%. El quince por ciento de los fallos quirúrgicos ocurrieron en formas mixtas de linfangiomas celulares y quísticos. Las complicaciones fueron menores.

La embolización percutánea es un tratamiento útil para las MLQ, presentando mínimos riesgos, ausencia de cicatrices y evitando la cirugía. Dicho tratamiento debería ser de primera elección en este tipo de lesiones.

MASAJE DEL SENO CAROTÍDEO - PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ORIGEN DESCONOCIDO (Masaż Zatok Szyjnych W Diagnostyce Omdleń o Niewyjaśnionej Etiologii).— **R. Gil y cols.** «Kardiologia Pol.», 38, 88; **1993.**

Cuarenta y cuatro pacientes (23 mujeres, 21 hombres, de edad promedio 52 años) con episodios recu-

rrentes de síncope de origen desconocido y sin patología cardíaca orgánica evidente fueron sometidos a masaje del seno carotídeo (CSM). El protocolo de exploración consistía en 5 s CSM realizado unilateralmente en posición supina en un ángulo superior a 60 grados, después de la administración de propanolol (0,1 mg/kg IV) y durante inhibición autonómica (0,02 mg/kg de atropina IV después de propanolol). Se establecía el diagnóstico de Síndrome de Hipersensibilidad del Seno carotídeo (HCSS) en casos de respuestas patológicas al CSM en posiciones supina y en ángulos superiores a 60 grados.

En 15 (34%) de los pacientes examinados se obtuvieron respuestas positivas al CSM. En 9 casos se detectó una forma cardiointroitoria del HCSS y en 6 casos se detectaron formas mixtas. Un aumento patológico del reflejo del seno carotídeo fue provocado en 8 casos mediante masaje del seno derecho, en cuatro casos del seno izquierdo y en 3 casos en ambos senos carotídeos. El máximo intervalo de asistolia eléctrica después de CSM fue de 6.300 ms, mientras que la máxima reducción de la presión sanguínea sistólica era de 70 mm Hg. La administración intravenosa de propanolol causaba una disminución de la presión sanguínea sistólica a unos 43 ± 15 mm Hg mientras que el efecto cardiointroitorio del CSM después de la administración de este fármaco se incrementaba de forma significativa en pacientes con respuesta positiva al CSM en las posiciones supinas y ángulos superiores a 60 grados. La inhibición autonómica reduce significativamente el efecto cardiointroitorio del CSM sin una influencia significativa sobre su componente vasodepresor.

HIPERTENSION PULMONAR CRÓNICA DE ORIGEN TROMBOEMBOLICO - PRESENTACION DE CASOS CLINICOS (Nadciśnienie

plucne na łle przewlekłej zatorowości do Dużych naczyń płucnych).— **J. Lewczuk** y cols. «Kardiologia Pol.», 38, 267; 1993.

En base a las experiencias de los autores con una docena de casos, se discute el cuadro clínico, el diagnóstico diferencial y el pronóstico de la hipertensión pulmonar crónica tromboembólica (CTEPH). Se examina la evolución clínica de la CTEPH de dos pacientes que cumplían con los principales criterios para la tromboembolización pulmonar y sometidos a un año de tratamiento anticoagulante. Como resultado, el paciente con una gran oclusión vascular pulmonar (arteria lobar superior izquierda) mejoraba su status clínico así como sus condiciones hemodinámicas y ecocardiográficas. En el paciente con oclusión pulmonar multivascular se observó una agravación clínica gradual así como una progresión hemodinámica ecocardiográfica de su CTEPH.

LAS ENFERMEDADES VENOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES EN LA VEJEZ.— **Humberto Orellana Ormeño.** «Revista panamericana de Flebología y Linfología», Año 3, n.º 1, pág. 42; marzo 1993.

Tras un análisis fisiopatológico de dichas enfermedades y de sus complicaciones, se llega a los siguientes comentarios y conclusiones.

El número de encuestados superan los 85 años de edad en su mayoría. La expectativa del año 2020 es que la población mundial será de 6.000 millones de habitantes, de los cuales el 15% corresponderá a la «Tercera Edad», situación que crea un problema humano para sociólogos, psicólogos, estadistas y gobernantes.

En relación a dicho fenómeno, las Enfermedades venosas también se incrementarán.

Según las estadísticas, el 35% de los gerontes padecen varices (85% mujeres).

Las consecuencias de las flebotomías de extremidades inferiores son muy importantes, tanto para el paciente como para la familia y la sociedad. De ahí la importancia, también, de tratar al anciano enfermo en «equipo multidisciplinario», colaborando unos con otros para tomar medidas profilácticas y actuar sobre los factores de riesgo. Así como en el siglo xx se logró dominar enfermedades endémicas y epidémicas, en el siglo xxi deben dominarse las afecciones cardio-vasculares, cáncer, Parkinson, Síndrome de Alzheimer, etc.

Los adelantos científicos sobre los mecanismos de defensa del organismo y los medios terapéuticos nos permiten anticipar que en el siglo xxi ocurrirá tal número de adelantos en el campo de la vejez que van más lejos de la imaginación de un geronte geriatra y un flebólogo de este siglo.

Importancia de la prevención.

La madurez, que en los últimos años de vida se suele caracterizar por los términos de involución o envejecimiento, incluye fenómenos de declinación, deterioro o pérdida de funciones. Es en esta etapa donde las pérdidas superan a las ganancias.

Esta etapa de la vida no es impedimento para realizar un tratamiento correcto de una afección venosa, ya que la falta de asistencia y dedicación médica no sólo agrava la enfermedad sino que favorece la evolución de otras enfermedades intercurrentes.

El enfermo añoso no presenta sintomatología alguna, aun siendo un verdadero portador de varices, por lo que es necesario tomar medidas preventivas a causa de que la enfermedad venosa periférica es una afección común y aumenta en frecuencia a causa del incremento del lapso vital, siendo la edad el factor de riesgo.

La profilaxis debe dirigirse principalmente contra las causas de la «Insuficiencia Venosa Periférica»: várices de la safena, venas perforantes incompetentes, tromboflebitis superficial y trombosis venosa profunda.

El paciente geriátrico obtendrá beneficios mayores cuando más precozmente se establezcan las pautas terapéuticas, que dependerán en buena medida de un diagnóstico correcto y oportuno.

La metodología de la prevención debe ser bien conocida por el médico para aplicarla y enseñarla a los pacientes y a los individuos con riesgo. Una prevención bien dirigida reduce en forma espectacular la incidencia de la temible complicación, siendo tal prevención no necesariamente costosa: Heparina a dosis profilácticas, pérdida de peso, aumento de la actividad, disminución del hábito de fumar, educación con respecto a los riesgos de una inmovilización prolongada, ejercicios y deambulación temprana, empleo de medias elásticas, fisioterapia, etc.

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 *Streptococo* 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 renal 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 au-

mento 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 posttrasplante. 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 niños para obtener los patrones de flujo a diferentes edades y con diferentes patologías.