

Extractos

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA CIRUGIA REVASCULARIZADORA CON INTERPOSICION DE SUSTITUTOS VASCULARES. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 2 AÑOS.— **Miriam Estévez Touzard y Eduardo Zacca Peña.** «Rev. Cubana Cir.», vol. 32, n.º 1, pág. 3-13; **enero-junio 1993.**

Con el propósito de conocer la presencia de sepsis nosocomial en la cirugía revascularizadora con interposición de sustitutos vasculares, se llevó a cabo un estudio prospectivo de 123 pacientes, en el período comprendido entre el 1.º de abril de 1988 al 1.º de abril de 1990. El seguimiento se realizó durante el postoperatorio inmediato y se consignaron datos del pre, trans y postoperatorio. Los injertos se cultivaron en medio de tioglicolato antes de su preparación y después de su implantación durante el transoperatorio. El grupo de edad más afectado fue el de 70 y más años y el sexo masculino. La prótesis de KNITTED obtuvo la mayor frecuencia de infección, mientras que el autoinjerto de safena no se infectó. La mayor proporción de sepsis, se evidenció en el sector axilofemoral y en la región inguinal. Los factores de riesgo predominantes en los pacientes con sepsis fueron la obesidad, el foco séptico previo, la diabetes y el uso de antibióticos profilácticos por más de 3 días. El *proteus* y el estafilococo coagulasa negativo fueron los gérmenes más frecuentes. Existió asociación causal entre la contaminación protésica y la aparición de sepsis nosocomial a posteriori.

CONSERVACION DE LA EXTREMIDAD: TROMBOLISOANGIOPLASTIA COMO ALTERNATIVA A LA AMPUTACION (Limb salvage: thrombolysoangioplasty as an alternative to amputation).— **Amir Motarjeme, Gregory I. Gordon y Karin Bodenhamer.** «International Angiology», vol. 12, n.º 3, pág. 281; **sept. 1993.**

Objetivo: El presente estudio retrospectivo a 5 años evalúa los resultados de la trombolisoangioplastia (TLA) como alternativa a la amputación mayor en pacientes con enfermedad vascular periférica, severa y debilitante de la extremidad inferior. Todos los pacientes incluidos en este estudio habían sido de origen orientados hacia una amputación mayor como único tratamiento de su sintomatología isquémica, tras haber sido rechazadas todas las demás opciones quirúrgicas.

Materiales y métodos: Se intentó una trombolisoangioplastia con la intención de conservar la extremidad en un total de 21 miembros correspondientes a 20 pacientes con oclusiones completas de la femoral superficial, poplítea y, por último, en al menos 2 de las 3 ramas principales por debajo de la trifurcación poplítea. La mayoría de los pacientes habían sido sometidos previamente a procedimientos de «by-pass», todos ellos con falta de curación de las úlceras isquémicas, pérdida tisular y/o persistencia del dolor.

Resultados: No se registraron fallos primarios. Diecisiete de los 21 miembros se salvaron de la ampu-

tación. Cuatro de los 21 cambiaron de un AKA a un BKA. Cinco de los 21 presentaron una reoclusión durante el primer año. Cuatro de estos cinco últimos fueron tratados con éxito vía TLA. El quinto precisó de una amputación mayor. En el análisis se demostró una tasa de permeabilidad primaria de un 63,6% ($\pm 3,72$) —12 meses y de un 45,4% ($\pm 3,78$) —15 meses. Las tasas de conservación de las extremidades eran significativamente mejores. A los 24 y 31 meses se observaron unas tasas de conservación completa de la extremidad de un 75,5% ($\pm 5,57$) y un 75,5% ($\pm 6,44$) respectivamente, mientras que las tasas de conservación parcial de la extremidad a los 24 y 40 meses fueron de un 94,7% ($\pm 3,67$) y 94,7% ($\pm 4,27$). Se registraron dos complicaciones, consistiendo ambas en hemorragias retroperitoneales. Ambos pacientes se recuperaron sin secuelas.

En conclusión, a pesar de que la terapia TLA tiene algunos inconvenientes, también ofrece una efectiva alternativa a la amputación en pacientes con isquemia crítica de las extremidades inferiores. La tasa de resultados positivos de un 85% conseguidos con este tratamiento, la conservación de la extremidad a largo plazo tan prometedora, la baja tasa morbilidad/mortalidad en comparación con la amputación y las ventajas prácticas y teóricas de conservar la extremidad deberían ser tenidas en cuenta para considerar la TLA como una alternativa viable a la amputación. Por otra parte, si bien no recomendamos la TLA como al-

ternativa efectiva a una reconstrucción vascular en pacientes cualificados, nuestros éxitos en pacientes con extremidades inferiores aparentemente muy comprometidas alcanza la posibilidad de superar los resultados conseguidos en extremidades menos comprometidas.

TECNICAS ENDOVASCULARES EN EL TRATAMIENTO DE LAS OCLUSIONES AORTICAS (Endovascular techniques for abdominal aortic occlusions).— **Edward B. Diethrich.** «International Angiology», vol. 12, nº 3, pág. 270; sept. 1993.

La aplicación de las técnicas de cirugía endovascular está ampliándose a nuevos territorios anatómicos, así como a un mayor tipo de patologías vasculares. La combinación de la trombolisis con el instrumental intraluminal ha representado un papel fundamental en la selección del tratamiento del proceso oclusivo a nivel de la aorta abdominal, zona en la cual la opción intraluminal puede reducir la necesidad de una cirugía abdominal.

Un grupo de siete pacientes con oclusión completa de la aorta abdominal fueron tratados mediante la infusión de altas dosis de uroquinasa durante el período de las 24-48 horas previas a la dilatación por balón y el implante de un «stent» de Palmaz para posibles anomalías en los gradientes de presión, placas residuales, recurrencias o disección.

La terapia lítica consiguió un aclaramiento total del trombo en 6 pacientes y en el 7º suficiente como para facilitar un paso amplio retrógrado a través de la arteria ilíaca. Los siete pacientes habían sido sometidos a un implante de «stent» para conseguir una máxima revascularización (11 «stents» en la aorta abdominal y 10 cm las arterias ilíacas comunes). Se registraron dos casos de embolización distal postintervención, atribuibles a la trombolisis, siendo ambos resueltos de forma satisfactoria. Despues de 28 meses de seguimiento todos los pacientes permanecen asintomáticos.

La combinación de la terapia lítica con la implantación de «stents» ha ampliado la aplicación de las intervenciones endovasculares a pacientes con oclusión aórtica.

TRATAMIENTO MESOTERAPICO DEL LINFEDEMA.— **D. De Anna, P. Zamboni, V. Gasbarro, M. G. Marcellino, A. Derwish, G. Zandi, G. F. Vettorello, I. Donini y P. Carrinci.** «Rev. Panamericana de Flebología y Linfología». Año 4, nº 1, pág. 60; marzo 1994.

En los últimos 15 años el linfedema ha sido tratado de manera beneficiosa por medio de la nueva terapéutica: la Mesoterapia, codificada en 1950 por **M. Pistor**.

Este procedimiento consiste en administrar a través de la dermoepidermis diferentes drogas en múltiples inyecciones aplicadas en el centro topográfico patológico. Esta terapéutica puede ser repetidas con pequeños intervalos.

En el caso del Linfedema, la acción de la droga se basa en la activación local de células inmunitarias específicas y no específicas que liberan los detritos intersticiales del tejido subcutáneo.

La Mesoterapia actúa a tres niveles:

1. Las inyecciones dermo-epidérmicas por punturas inducen el drenaje linfático hacia afuera, produciéndose una reducción de la presión oncótica.

2. Las drogas inyectadas ayudan a las proteínas y sales minerales a volver a entrar en el colector linfático, mejorando la permeabilidad.

3. Por otra parte, la misma droga, por acción fibrinolítica hace, además, más fácil la fagocitosis de los detritos proteicos.

Desde 1978 hemos tratado 250 casos: administrando drogas a base de GAGS, benzoaminopironas, separadamente introducidas por medio de un dispositivo multiinyector (5-7-12 o 18 agujas) de aplicación semanal, repetida cada 4-6 ciclos, un máximo de 20 cc de droga por medio de 20 a 40 inyecciones, según la extensión del área cutánea a tratar. A continuación, 2 veces por día, vendaje comprensivo, húmedo y caliente; y más tarde, masaje linfático, presoterapia, compresión elástica y tratamiento médico.

Con esta terapéutica se reduce en un 50% el edema, con previsión de la fibrosis.