

Extractos

AUTOTRASPLANTE RENAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION RENOVASCULAR. — Alcocer, Alberto; Bárcena, Pedro; De Avila, Rafael; Bárcena, Carlos. «Tribuna Médica», México, n.º 54, pág. 11; 8 enero 1968.

En la actualidad se obtienen buenos resultados en aproximadamente el 65 % los casos de hipertensión renovascular tratados por cirugía arterial directa. En el resto dicha terapéutica ha fracasado. Como causa importante de estos fracasos, autores españoles señalan la oclusión temporal de la arteria renal, necesaria para efectuar la reparación vascular. Para evitar estos problemas han empleado el autotrasplante renal, donde los nuevos vasos renales son los ilíacos. Considerando el procedimiento bastante razonable, lo hemos utilizado en el caso que presentamos.

Observación: Mujer de 50 años de edad, obesa y menopáusica. Hipertensa conocida desde hace 20 años. Diabetes desde hace 8 años. Ingresó el 7-VII-66. Tensión arterial 230/110 mm. Hg. Retinopatía hipertensiva grado I. Hipertrofia ventrículo izquierdo. Urografía excretora: disminución tamaño riñón derecho y su sistema calicular, ptosis del riñón izquierdo, eliminación disminuida en riñón derecho. Aortografía: estenosis yuxtaaórtica de la arteria renal derecha sin dilatación postestenótica y muy escasa circulación renal; arteria renal izquierda normal.

El 28-VII-66 autotrasplante renal extraperitoneal del lado derecho, según la técnica de Serrallach y colaboradores. Luego simpatectomía lumbar de L-2 a L-5. La interrupción del flujo renal fue de 40 minutos. Durante la intervención se produjo un importante descenso de la tensión arterial, que fue corregida.

En las 48 horas siguientes la diuresis fue de un litro por día y la tensión arterial de 140-190/70-90 mm. Hg.

Al tercer día, episodio transitorio de insuficiencia renal aguda, del que se recuperó pronto.

Al mes de la intervención, nueva aortografía: buen funcionamiento de la anastomosis arterial con excelente circulación en el riñón. Urografía: buena eliminación, crecimiento del riñón y de sus cálices y acodamiento en la porción inicial del ureter. Tensión arterial 180/90 mm. Hg.

El 20-IX-66, peso 65 kg., tensión arterial 200/100 mm. Hg. No se habían producido cambios en el fondo de ojo. Persistía en el urocultivo el colibacilo que se apreció ya en el postoperatorio. Se indicó aumentara algo la dosis de reserpina que tomaba.

Al año fue operada de una hernia umbilical que sufría desde años, comprobando de «visu» y por biopsia renal la normalidad del riñón trasplantado y de las anastomosis vasculares. No obstante, dado que existía una placa de ateroma en la bifurcación aórtica que se extendía a la iliaca común derecha, se practicó una endarteriectomía de la bifurcación. Desde entonces se observó una mejoría estable de las cifras tensionales (160-180/80-90 mm. Hg. y una mejoría subjetiva importante. La infección urinaria había desaparecido. No tomaba otra medicación que la antidiabética, atarácticos y en ocasiones diuréticos.

DISCUSION

El autotrasplante renal fue empleado con éxito por primera vez en el tratamiento de la hipertensión renovascular por Serrallach y colaboradores en 1965 en Barcelona (España). Esta técnica reúne varias ventajas:

Mediante el lavado con una solución a 4° C se produce hipotermia del órgano a la vez que se evita la aglomeración de glóbulos rojos en el árbol vascular renal. El riñón tolera así mejor la isquemia y se previenen los infartos parenquimatosos.

La intervención es extraperitoneal, con un campo operatorio amplio y menos profundo. Y si bien se realizan dos anastomosis vasculares en vez de una, las anteriores circunstancias permiten hacerlo con mayor rapidez.

En caso de trombosis arterial inmediata se aconseja la reintervención precoz. La nueva posición del riñón hace más fácil el acceso al órgano.

En nuestro caso la anastomosis venosa se efectuó en la ilíaca común en vez de la hipogástrica (la vena renal era muy corta). Por otra parte, añadimos una simpatectomía lumbar con la idea de mejorar el flujo vascular.

En nuestra enferma, el resultado después de la primera intervención no fue satisfactorio del todo. Pero al efectuar la endarteriectomía de la bifurcación aórtica (placa de ateroma que no fue visible en las aortografías pre y postoperatorias), la buena opinión sobre el método se confirmó al observar la inmediata mejoría. Las pruebas de laboratorio y el estudio histopatológico del riñón demuestran el buen funcionamiento del trasplante.

Nuestra opinión es que se trata de un método muy útil que debe ser empleado con más frecuencia ya que con él se eliminan las dificultades técnicas encontradas actualmente.

INJERTOS SINTETICOS EN «BY-PASS» EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL (*Synthetic bypass grafts in the treatment of renal artery stenosis*). — Joseph J. Kaufman, Morton H. Maxwell y Patrick J. Moloney. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 126, n.º 1, pág. 53; **enero 1968**.

Aunque los injertos sintéticos y el «by-pass» son de uso común en la actualidad, todavía no se ha establecido una valoración crítica de sus resultados a largo plazo.

Vamos a exponer nuestra experiencia clínica con el empleo de injertos sintéticos en la revascularización renal, en relación a su permeabilidad y a la función renal.

En los últimos cinco años hemos practicado este método en 17 pacientes. La mayoría de los injertos fueron de dacrón trenzado y la sutura de material sintético. La estenosis de la arteria renal estaba producida en 13 casos por displasia fibromuscular y en 4 por arteriosclerosis. En todos los pacientes se obtuvieron renogramas radioisótopos a los seis días de la operación y una urografía intravenosa al salir del hospital con objeto de determinar la función renal. Estas pruebas se repitieron en el curso de los meses. En 11 pacientes se practicaron arteriografías postoperatorias entre los 3 y 37 meses después del injerto a fin de determinar su estado. En 14 enfermos la anastomosis fue terminolateral y en 3 terminoterminal.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Fracaso en el 35 % de los casos en

el curso del primer año, de los cuales el 17 % fue inmediato. Dos tercios funcionaron bien entre 14 y 54 meses. Uno mostró progresivo estrechamiento a los 43 meses. Conseguimos curar la hipertensión en el 59 %, mejorarla en el 29 % y un resultado nulo en el 12 % de los casos.

Las causas principales del fracaso cabe atribuirles de modo primordial a la resistencia periférica renal, a la avanzada displasia de la arteria que se extendía a las ramas primarias y a fallos de técnica.

Los estudios de la función renal en los operados con éxito demostraron un aumento en los «clearances» de creatinina y de ácido paraaminohipúrico en el lado revascularizado y una discreta disminución en el lado contralateral.

Dado que la única alternativa de estos enfermos es la nefrectomía, creemos que está justificado seguir empleando los injertos aunque con toda precaución y seleccionando los enfermos con sumo cuidado. Por el momento hemos abandonado los injertos de material sintético, por sus resultados, y pensamos utilizar injertos de vena.

CONSIDERACIONES CLINICO-TERAPEUTICAS SOBRE LA ULCERA HIPERTENSIVA DE MARTORELL, CON PRESENTACION DE TRES CASOS (*Considerazioni clinico-terapeutiche sull'ulcera ipertensiva di Martorell, con presentazione di tre casi*). — M. Macioce y R. Simoni. «Cronache dell'I.D.I.», n.º 4, pág. 271; julio-agosto 1966.

Tras una serie de consideraciones históricas, etiopatogénicas, clínicas, anatomopatológicas, pronósticas y terapéuticas, los autores insisten en que todavía no existe una teoría etiopatogénica que explique la úlcera de Martorell e, incluso, se preguntan si las alteraciones de las paredes vasculares son primitivas y base de la úlcera o bien secundarias a ésta. No obstante, aceptan que no hay duda de la relación que la úlcera tiene con la hipertensión arterial.

En apoyo de este concepto presentan tres casos. En el primero, en pleno tratamiento hipotensor se produjo un colapso circulatorio dramático con gran caída de la tensión arterial. La úlcera que evolucionaba con lentitud hacia la curación lo hizo a partir de entonces con rapidez, al mantenerse las tensiones casi en los límites de la normalidad. En el segundo, que evolucionaba a satisfacción, una crisis hipertensiva empeoró de tal manera la úlcera que se perdió todo lo ganado. El subsiguiente tratamiento hipotensor intenso devolvió la normalidad y la curación de la úlcera. El tercero fue un caso típico de curación de la úlcera con tratamiento hipotensor desde el inicio y que siguió un curso satisfactorio en todo momento.

Los autores insisten en el empleo de hipotensores de diverso punto de ataque, reservando la cirugía para último extremo.

SINDROME DE SUCCION SUBCLAVIA Y ACCIDENTES DE MOTOR (*Subclavian-Steal Syndrome and motor accidents*). — Mark Mozes, Harry Bank y Bernard Wortreich. «Lancet», pág. 533; 9 septiembre 1967.

Sabemos que la inversión de la corriente sanguínea en una arteria vertebral ocasionada por la oclusión de la arteria subclavia proximal al origen de la

vertebral puede producir bajo determinadas circunstancias trastornos neurológicos. Es el conocido síndrome de succión subclavia (Subclavian-Steal Syndrome). Sus principales manifestaciones son: crisis transitorias de vértigo, visión confusa, disartria y síncope, manifestaciones que se producen cuando la corriente compensadora del cerebro es insuficiente, tanto por una excesiva demanda por el territorio de la subclavia (ejercicio del brazo correspondiente) como por una circulación colateral inadecuada. Esto tiene una relativa importancia normalmente, pero puede tenerla en grado sumo para el enfermo si ocurre mientras conduce un automóvil, aparte de su aspecto médico-legal.

Caso I: Sastre de 46 años. En enero de 1966 sufrió un accidente de carretera. Explicó lo siguiente. «Bruscamente pareció que disminuía mi visión, apareciendo manchas negras ante mí, como una cortina oscura. Fui incapaz de detenerme y choque contra alguien. A veces sufro vértigos. En ocasiones en mi trabajo también me ha parecido ver una cortina negra». Se le retiró el carnet de conductor, que poseía desde hacía siete años, hasta la resolución del «Medical Institute for Road Safety».

El examen médico demostró que sufría un síndrome de succión subclavia izquierdo. Operado de endarteriectomía de dicha arteria, quedó perfectamente. Reexaminado por el Instituto a los diez meses y hallado bien, se le devolvió el permiso de conducir a condición de acudir a revisión cada año.

Caso II: Varón de 35 años. Permiso de conducción extendido siete años antes, sin haber sufrido en este tiempo accidente alguno. En marzo de 1966, su coche se desvió con brusquedad a la izquierda del camino, contra un peatón y dio la vuelta de campana. Explicó que había sufrido un vértigo y no supo lo que estaba haciendo.

El examen médico demostró que sufría un síndrome de succión subclavia derecho. El área de la emergencia de la vertebral se halla envuelta en tejido fibroso, limitándose a la ligadura de la vertebral para evitar la inversión de la corriente por ella. No quedaron signos de pérdida de consciencia incluso después del ejercicio.

DISCUSION

El síndrome de succión subclavia probablemente es una causa poco común de síncope, pero si se produce mientras se conduce un automóvil puede ser causa de grandes consecuencias. Un 1 % de los accidentes se producen por brusca enfermedad en el volante (Herner, 1966). Lo interesante sería saber cuánto corresponde al síndrome de succión subclavia. Según Killen, 1966, el 75 % de estos enfermos presentan síntomas neurológicos, en especial tras el ejercicio con los brazos, como es el caso de conducir un automóvil. Por tal motivo, pueden plantearse problemas médico-legales.

El síndrome de succión subclavia es una de las causas de isquemia cerebral de posible tratamiento quirúrgico; su descubrimiento precoz es pues importante. Tal anomalía puede ser sospechada con una simple exploración clínica de los pulsos y de la tensión arterial en ambos miembros superiores. Es por tanto aconsejable la revisión de su posible existencia al renovar el permiso de conducción.