

EXTRACTOS

EL SINDROME DE SUCCION SUBCLAVIA (Le sub-clavial steal syndrome). — **J. Pietri, R. Stoppa, G. Monchaux, Cl. Duclaye, Ph. Petit y A. Remond.** «Journal des Sciences Médicales de Lille», tomo 91, n.º 4, pág. 171; 1973.

Descrito por **Contorni**, en 1960, **Reivich** le dio, en 1961, el nombre de «sub-clavian steal syndrome», constituyendo una forma particular del Síndrome de Martorell.

Se reportan siete nuevos casos, todos hombres, con estenosis del tronco braquio-cefálico en uno, obliteración de la subclavia derecha en uno y de la izquierda en dos, en otros dos estenosis de la subclavia izquierda, un aneurisma trombosado de la subclavia de este lado. En 6 de estos casos existían signos claros de insuficiencia circulatoria cerebral y en todos una diferencia tensional en los miembros superiores, y una sola vez isquemia al esfuerzo del miembro superior.

La angiografía se efectuó en el cayado aórtico, eventualmente completada por carotidografía. Además del síndrome de succión subclavia se comprobaron 4 estenosis carotídeas y una estenosis del ostium vertebral contralateral.

Fueron operados 5 enfermos, practicando en todos una desobstrucción por arteriotomía longitudinal y una simpatectomía dorsal superior.

Los resultados fueron excelentes en todos, con una sola complicación tratada con éxito (trombosis axilar).

OBSTRUCCIONES DE LA AORTA ABDOMINAL INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LAS ARTERIAS RENALES. TRATAMIENTO QUIRURGICO. — **Pedro Brunet, Pedro Beauballet, Virgilio Camacho y Orestes Torres.** «Temas de Angiología y Cirugía Vasculat», n.º 1, pág. 49; enero-abril 1974.

Las obstrucciones de la aorta abdominal, descritas por **Leriche**, tienen como tratamiento la tromboendarteriectomía o el injerto plástico. En su forma habitual de obstrucción baja de aorta o aortoiliaca no constituyen un problema quirúrgico en la actualidad. Sin embargo, la obstrucción inmediatamente por bajo de las renales tienen, además, el peligro de su ascenso y muerte por anuria, como describió primeramente **Martorell**. Nosotros tenemos 5 casos operados de esta forma alta.

Caso I: Varón de 57 años de edad. Aparte de su pronunciada isquemia de extremidades inferiores, presentaba enfisema pulmonar e isquemia coronaria (ECG). Obstrucción aortoiliaca alta inmediatamente por debajo de las renales a la aortografía translumbar. Tromboendarteriectomía de aorta, con disección hasta por encima de la mesentérica superior y las renales. Sección de la aorta 2,5 cm por debajo de las renales. Heparinización previa. Sutura continua. Se sueltan los

«clamps» de las renales. Injerto término-terminal en pantalón aorto-femoral. Anuria postoperatoria, que no responde al tratamiento. Obstrucción de la rama izquierda del injerto. Reoperado para desobstrucción de dicha rama. Fallece días después de íctero, anuria y paro cardíaco. Necropsia: isquemia renal izquierda, íntima cubriendo el ostium de la renal.

Comentario: El tiempo invertido, superior a los 30 minutos, pudo ocasionar un daño irreversible, aparte de errores técnicos en la anastomosis a nivel de las femorales.

Caso II: Varón de 47 años de edad. Isquemia acentuada de miembros inferiores. Aortografía: obstrucción aorta abdominal inmediatamente por debajo de las renales. Sin historia de hipertensión, el día anterior a la operación se comprobó 230/140 mmHg de T.A. Cuando estamos disecando la aorta, crisis hipertensiva. Incisión longitudinal de aorta y con el dedo se ordeña la aorta, dando salida poco a poco a trombos y a pequeñas hemorragias. Baja la tensión arterial. Se colocan «clamps» de Satinsky y se procede a la ejecución de un injerto aorto-femoral término-terminal en pantalón. Buena evolución. Alta días más tarde.

Comentario: La necesidad de bajar con rapidez la tensión arterial que sospechamos estaba alta por obstrucción intermitente de las renales nos llevó a una técnica imprevista, método más sencillo que el del caso anterior.

Con posterioridad hemos utilizado esta técnica algo modificada, consistente en realizar la hemostasia con la mano derecha el ayudante, hacia el lado izquierdo del paciente, permitiendo así el lavado intermitente de la aorta. Extraemos el trombo con pinza de anillo, después de pasar un anillo de tromboendarteriectomía. Se evita así tener que disecar y cerrar las renales o trabajar por encima de ellas. Actuando con cuidado no se escapa material trombótico hacia los riñones, no es necesario andar apurado ni usar manitol u otros diuréticos.

Discusión. La obstrucción alta de la aorta inmediatamente por debajo de las renales requiere algunas variantes de técnica. **Rob** utilizó al principio hipotermia, sección por debajo de las renales, colocándolo por delante de la vena renal izquierda después de colocar el «clamp» cerca de la mesentérica, hacía un lavado, mudaba el «clamp» por debajo y anastomosaba el injerto. La mortalidad era de un 43,7 %.

Chávez, en 1969, usa también el dedo para la tromboendarteriectomía. Presenta 5 pacientes sin mortalidad.

Con el procedimiento señalado hemos mejorado la técnica. En 3 pacientes más operados posteriormente el lavado no ha creado dificultad alguna.

Es muy importante un buen flujo de la femoral profunda. Uno de los casos operados hubo de ser reoperado (Caso I) y falleció. Otro más se recuperó. En ambos el motivo de la reoperación fue un bajo flujo a nivel de las femorales.

INJERTOS ARTERIALES INFECTADOS (Infected arterial grafts). — **Glyn G. Jamieson, James A. DeWeese y Charles G. Rob.** «Annals of Surgery», vol. 181, pág. 850; 1975.

Sobre un total de 664 intervenciones en las cuales se practicaron injertos

arteriales se pudieron comprobar un número de infecciones de la prótesis que alcanzaban el 2,3 %. Se pudo seguir el curso de 12 enfermos en los cuales se observó lo siguiente. Cuatro en los que no se empleó tratamiento alguno, fallecieron. Uno sufrió amputación por encima de la rodilla. En cinco fue necesario recurrir a la resección del injerto y sustituirlo por otro desde la axilar a la femoral. Otros dos fallecieron. Por último, tres siguen vivos y se hallan en buenas condiciones.

La causa de la infección fue la mayoría de las veces ocasionada por el estafilococo o bien por la escherichia coli.

Creemos que aunque un 5 % de probabilidades no es un porcentaje importante, es lo suficientemente frecuente. Se observa más a menudo en las incisiones a nivel de la ingle y cuando se efectúan estas intervenciones en casos de urgencia.

Bajo el punto de vista terapéutico, existen casos en los que utilizando medios conservadores puede combatirse la infección, pero la curación absoluta de modo seguro sólo puede obtenerse a base de la resección del injerto infectado. En estos casos, el «by-pass» axilo-femoral es un procedimiento al que puede recurrirse para suplir las prótesis infectadas.