

## EXTRACTOS

**CIRUGIA VASCULAR EN LA IMPOTENCIA POR FALTA DE ERECCION (Gefäßchirurgie erektiler impotenz).** — Vaclav Michal, Rudolf Kramar, Jan Pospíchal y Libor Hejhal. «Sexualmedizin», vol. 5, pág. 15; 1976.

**Leriche** describió por primera vez en 1923 la impotencia por falta de erección en la trombosis de la bifurcación aórtica.

Los autores han tratado obliteraciones y estenosis del sector aortoiliaco en 74 pacientes por debajo de los 55 años, de los cuales 53 (72 %) tenían trastornos de erección. La angiografía demostró en 46 de estos últimos (87 %) obliteraciones o estenosis de la arteria iliaca interna.

Para corregir la impotencia se practicaron las siguientes intervenciones:

### **Endarteriectomía**

Se practicó endarteriectomía de la arteria hipogástrica o de sus ramas en 26 pacientes y en 19 la intervención fue bilateral. En 8 casos se asoció un «by-pass» a la endarteriectomía.

Sólo fracasaron tres intervenciones. En los demás se obtuvo una franca mejoría de su función sexual, con erecciones normales y por lo menos un coito semanal.

En un caso la impotencia era el único síntoma del enfermo y correspondía a la obliteración de ambas ilíacas internas en su porción inicial, sin que presentara claudicación intermitente en sus extremidades inferiores.

### **«By-pass» fémoro-pudendo**

Algunas obliteraciones de la arteria iliaca interna o de la arteria pudenda interna no pueden ser tratadas por endarteriectomía. En un enfermo de 33 años, con fractura traumática de isquion y pubis y ruptura de vejiga, con hemorragia en el espacio de Retzius, el cirujano de urgencia se vio obligado a ligar ambas hipogástricas dejándolo impotente.

Los autores intervinieron el caso a los dos años, practicando un «by-pass» venoso en el lado derecho desde la femoral común a la arteria pudenda interna, que fue movilizada hacia la fosa isquiorectal a través de una incisión perineal. La anastomosis se realizó bajo microscopio.

Después de la intervención el enfermo pudo reanudar una vida sexual normal, cuando había estado impotente durante dos años.

### **Anastomosis arterial directa a los cuerpos cavernosos**

En la íntima de las arterias del pene y de sus ramas existen unos cojinetes

de **Ebner** que regulan la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos. Durante la erección se relajan las fibras musculares lisas de estos cojinetes ensanchándose la luz del vaso.

Con la edad estos cojinetes pierden elasticidad y se fibrosan impidiendo el paso del suficiente volumen de sangre a los cuerpos cavernosos con lo que se retrasa la erección completa. Este proceso de fibrosis aumenta rápidamente con el cuadrado de la edad.

Los autores han intentado corregir este defecto efectuando anastomosis arteriales directas al cuerpo cavernoso.

Se moviliza la arteria epigástrica mediante una incisión pararectal preperitoneal y se anastomosa la arteria directamente a los cuerpos cavernosos, con sutura término-lateral bajo microscopio.

Se han practicado 8 anastomosis directas. Dos se han obliterado, permaneciendo seis permeables. Todas los permeables han normalizado sus funciones sexuales menos uno.

El de más edad (63 años) tuvo erecciones matutinas desde los primeros días de la intervención y en el primer coito a los 14 días de operado presentó un priapismo intenso por el que tuvo que ser intervenido a las 48 horas. Se practicó una intervención complementaria anastomosando la safena interna a los cuerpos cavernosos. Desapareció el priapismo inmediatamente y la angiografía practicada a las dos semanas demostró un buen relleno de las arterias aferentes, los cuerpos cavernosos y la anastomosis venosa. La compresión de esta última producía una semierección.

### Resumen

Generalmente los trastornos de erección pasados los 40 años se atribuyen a déficit hormonal.

Los autores demuestran que la mayoría se deben a obliteraciones o estenosis vasculares del territorio de la hipogástrica o también a la pérdida de la elasticidad de los cojinetes de **Ebner**; y por los resultados obtenidos en las intervenciones practicadas se demuestra que muchos de estos pacientes pueden ser tratados actualmente con éxito mediante cirugía vascular.

**TROMBOSIS VENOSAS DE LAS EXTREMIDADES TRATADAS EN EL DEPARTAMENTO UNIVERSITARIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DEL DOCTOR M. STOJANOVIC, ZAGREB, DURANTE EL PERIODO 1945-1947 (Tromboze vena ekstremiteta bolesnika Klinike Zaunutarnje Bolesti Klinicke bolnice. «Dr. M. Stojanovic» u Zagreb, u Razdoblju od 1945 do 1947 god). — N. Milic, M. Majsec, M. Koprčina, S. Handl y B. Raic. Anali Klinicke bolnice «Dr. M. Stojanovic», vol. 15, núms. 3/4, pág. 297; 1976.**

Se presenta un total de 824 enfermos con distintos tipos de trombosis venosa de las extremidades entre 65.103 hospitalizados durante el período de 1945 a 1974, lo cual representa un 1,27 %. De ellos, 666 (80,8 %) fueron tratados por trombosis profunda, 74 (9 %) por trombosis superficial, 75 (9,1 %) por

varicoflebitis y 9 (1,1 %) por tromboflebitis migratoria. El 38,1 % eran varones y el 61,9 % restante mujeres; oscilando sus edades entre los 30 y 70 años. El 29 % eran obreros manuales.

No se observaron diferencias respecto a su presentación en relación con los meses del año. Se observaron varices en 153, el 18,5 % de todos los pacientes con trombosis. De ellos 75 presentaban varicoflebitis. Existían otros procesos que pudieron considerarse como factores etiológicos en la génesis de la trombosis: cardiopatías (4,5 %), diabetes (4,2 %), procesos inflamatorios (3,3 %), arteriosclerosis (1,7 %), tumores malignos (1,6 %), embarazo (1,7 %) y en menor proporción la anemia, obesidad, enfermedad de Buerger, micosis, etc.

La embolia pulmonar, la complicación más grave de la trombosis venosa, fue diagnosticada clínicamente en el 14,6 % de los casos (0,18 % en los hospitalizados). El 32,5 % correspondían a varones (12,4 % de todos los enfermos con trombosis) y el 67,5 % a mujeres (15,8 % de todas las enfermas con trombosis). En conjunto, el 4,7 % varones y el 9,8 % mujeres. El embolismo aumentaba a partir de los 40 años de edad. La proporción era menor en los trabajadores manuales (15:85 %, respectivamente) que en otras ocupaciones. El embolismo se produjo en las trombosis superficiales en el 5,8 %. En la tromboflebitis migratoria alcanzó el 4,2 %.

De los 120 casos en que se apreció embolia pulmonar falleció el 60,8 %. El diagnóstico clínico de embolia se hizo en el 6,8 %, postmortem en el 40,2 % y clínico y autopsico en el 53 %.

El total de autopsias por embolismo pulmonar en pacientes con trombosis venosa de las extremidades junto a los que sufrieron embolismo pulmonar en enfermos de otros procesos, predominantemente insuficiencia cardíaca congestiva, suma 547 casos, o sea el 16,6 % del total de autopsias, el 11,1 % de todos los fallecidos y el 0,80 % de los 63.016 enfermos hospitalizados.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS SINOVITIS DEL ANTEBRAZO. HEMANGIOMAS VENOSOS Y SUS TROMBOSIS (Un diagnostic différentiel des synovites de l'avant-bras. Les hémangiomes veineux et leurs thromboses). — Y. Chauat, C. Ginet, B. Faures, Kujas, S. Rascovski, B. Kanovitch y C. Frioux. «Revue de Rhumatisme», año 43, n.º 4, pág. 310; abril 1976.**

El diagnóstico etiológico de las sinovitis del antebrazo es a menudo difícil, más aún si el aspecto clínico viene realizado por una afección diferente por completo.

Con motivo de la observación de un caso en el que después de un traumatismo en el antebrazo se produjo una sinovitis inflamatoria de los flexores con un balance biológico normal y en el que, con una ausencia de anomalías venosas superficiales, se comprobó por flebografía la presencia de unos hemangiomas venosos profundos trombosados, trombosis secundaria al traumatismo en hemangiomas antiguos clínicamente mudos, creemos importante recordar la clasificación de las angiodisplasias venosas congénitas y su relación con las afecciones osteoarticulares.

**Clasificación de las angiodisplasias congénitas.** Estas angiodisplasias pueden interesar tanto las arterias como las venas o los linfáticos.

Según **Malan**, las displasias venosas pueden comprender: dilataciones venosas no tumorales, Flebectasias regionales o difusas a veces con hipoplasia de una red venosa; anomalías venosas localizadas tumorales benignas, Flebangiomas o Hemangiomas venosos, como nuestro caso, a veces profundos, otras superficiales; y anomalías venosas difusas tumorales benignas profundas o superficiales, o bien asociadas, dando lugar a la Flebangiomatosis. Las tres formas pueden estar asociadas o aisladas entre sí, y asociadas a una angiomatosis arterial o linfática.

Las afecciones osteoarticulares secundarias a estas malformaciones son conocidas, habiendo sido objeto de recientes trabajos por **Malan, Martorell y Servelle**:

a) Síndrome de **Klippel-Trénaunay**, en el que se asocian varices, angiomas o nevus y alargamiento anormal del esqueleto del miembro hipertrofiado.

b) Síndrome de **Parkes-Weber**, con igual cuadro clínico pero las malformaciones no son sólo venosas sino arteriovenosas por comunicación entre ambos sistemas por fistula arteriovenosas.

c) Síndrome de **Maffuci, Kast, Ollier**, en el que se asocian una displasia osteocartilaginosa a una hemangiomatosis.

d) Hemangiomatosis braquial osteolítica de **Martorell**, con destrucción ósea y angiolitos.

Estas malformaciones se traducen ya por engrosamiento óseo ya por osteólisis, dominando lo primero en las de predominio venoso y lo segundo en las de predominio arterial.

Nuestra observación se acerca más a la angiomatosis del tipo **Klippel-Trénaunay**, siendo lo particular su localización en el miembro superior, la latencia total de los hemangiomas antes del traumatismo y la ausencia de angiomas planos o nevus superficiales.

El diagnóstico diferencial en estos casos ya había sido tratado por **Mondor y Huet**, inspirado por **Lecène**.

Deseamos haber llamado la atención sobre ello con este trabajo, invitando a explorar bien a los enfermos con tumefacciones localizadas posiblemente sinoviales cuyos caracteres parecen atípicos.

#### **A PROPOSITO DE UNA NUEVA TECNICA PARA LA LINFOGRAFIA DE LOS MIEMBROS INFERIORES (A propos d'une nouvelle technique pour la lymphographie des membres inférieurs). — M. S. De Barros Marques. «Angéiologie», año 28, n.º 2, pág. 109; marzo-abril 1976.**

Vamos a presentar una técnica sencilla de linfografía, que lejos de ser considerada como ideal presenta, no obstante, las ventajas de efectuar en una sola sesión la linfografía del sistema superficial y del profundo, así como por la misma técnica la exploración del sistema venoso, reduciendo de tal manera el sufrimiento del enfermo afectado ya por el traumatismo psicológico del edema de

sus piernas. El futuro confirmará, quizá, la bondad de la técnica que pasamos a describir.

**Técnica:** Anestesia previa del lugar de inyección del colorante (Patent blue violet). Inmediata inyección de 1 ml. cerca del borde interno del calcáneo. Se retira la aguja hasta el tejido celular subcutáneo, completando la primera parte de la exploración (linfocromía) con la inyección de 1 ml. a este nivel, por los linfáticos superficiales. De tal forma obtenemos la linfocromía de los colectores superficiales y profundos con sólo una inyección de contraste.

Inmediatamente exponemos los vasos linfáticos que corresponden al grupo safeno interno, por medio de una incisión retromaleolar interna (según **Romero Marques**). Las imágenes son distintas a las que se consiguen por la inyección en el dorso del pie. Luego se aíslan los linfáticos profundos. Con esta vía se puede practicar tanto la linfo como la flebografía. Una vez incanulados o cateterizados ambos sistemas, superficial y profundo, se inyecta el profundo y luego el superficial, con lo cual ambos sistemas pueden apreciarse simultáneamente.

Hemos estudiado ya 8 casos con tal técnica, con las ventajas citadas al inicio del trabajo.

**VENTIUN AÑOS DE EXPERIENCIA SOBRE ANEURISMAS AORTICOS ABDOMINALES RUPTURADOS (Twenty-one years' experience with ruptured abdominal aortic aneurysms).** — R. DiGiovanni, G. Nicholas, G. Volpetti y H. Berkowitz. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 141, n.º 6, pág. 859; diciembre 1975.

Aunque la resección de los aneurismas abdominales aórticos se ha convertido en los últimos años en una operación relativamente segura, el problema correspondiente al tratamiento de estas lesiones cuando se han perforado es importante todavía. Nuestra experiencia comprende desde 1953 a 1974. Hay que añadir 24 enfermos que fallecieron en el hospital sin ser operados en los que el aneurisma se había perforado. La mortalidad de las intervenciones por aneurisma es, en la actualidad, muy diferente a la que se produce en los casos intervenidos de urgencia. Los procesos asociados tienen evidente influencia sobre la mortalidad de estos pacientes.

El número de operados es de 107, de ellos 94 hombres y 13 mujeres comprendidos entre los 40 y 90 años de edad. Ninguno fue asintomático. La mayoría (80) tuvieron dolor abdominal, con molestias agudas más de seis horas antes de su ingreso (83); y 42 de ellos conocían la existencia del aneurisma antes de su perforación, al menos un mes antes. En la mayoría se hizo el diagnóstico previo a la operación.

En casi todos se halló un hematoma retroperitoneal; en 32 sangre libre en la cavidad peritoneal; 3 se perforaron en el intestino y 2 en la cava. En 14 el aneurisma se hallaba extendido por encima de las renales y en 93 por debajo. El calibre, en los 47 en que se midió, fue menor de 7 cm. de diámetro en cinco y mayor en los demás. En 6 existían otros aneurismas.

Fallecieron 73 operados, de ellos 29 en la operación. De 27 enfermos llegados a la sala de operaciones en pésimo estado, fallecieron 19. Un total de 35 llegaron

en intensa hipotensión y, a pesar de compensarla, fallecieron 23.

Incluso en los que pudimos efectuar la hemostasia y colocar un injerto, fallecieron 35 por «shock» hemorrágico rebelde. En 19 se observó insuficiencia cardíaca por arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva o infarto de miocardio postoperatorios.

En 11 la muerte se produjo por insuficiencia respiratoria, dos de ellos por embolia pulmonar; 28 tuvieron complicaciones pulmonares, de los cuales 10 necesitaron traqueotomía.

En el curso postoperatorio, 28 sufrieron insuficiencia renal, de los cuales 15 fallecieron, incluidos 5 de los 8 sometidos a hemodiálisis. En 10 observamos una hemorragia gastrointestinal postoperatoria, falleciendo 7 de ellos.

Fueron reoperados inmediatamente 18 pacientes, sobreviviendo 13. Por embolia o trombosis 8 perdieron el pulso distal, procediendo en 7 a la embolectomía. Uno sufrió una amputación y otros 3 fallecieron en el postoperatorio. En 3 se produjo la trombosis del injerto, efectuándose una trombectomía inmediata en 2; falleciendo uno de ellos. El otro falleció, a su vez, tras la sustitución total del injerto.

**Resultados en no operados:** Hubo 24 enfermos que con una ruptura de aneurisma abdominal no fueron operados. Sólo 5 ingresaron en servicios quirúrgicos: 3 en urología, uno en cirugía plástica (sufrió una neoplasia de labio y se descubrió en la exploración general) y otro en cirugía general con el diagnóstico de apendicitis aguda, sin que se reseca por sobrepasar las renales.

Los 19 no operados restantes ingresaron en servicios médicos, con signos y síntomas variadísimos (hematuria, dolor dorso, tumor retroperitoneal y leucemia, hipertensión), falleciendo bruscamente en tanto se valoraban sus condiciones. Otros dos fueron admitidos a causa de infecciones (osteomielitis, pancreatitis con salmonelosis). Fallecieron también bruscamente. Una enferma ingresó por trastornos psicosomáticos y tras catorce horas de estancia en el hospital desarrolló una tumoración abdominal tubular y falleció.

La mayoría ingresaron entre 1950 y 1960, en grave estado y considerados como de gran riesgo quirúrgico. En su mayor número no fueron diagnosticados, incluso una vez producida la ruptura. En el resto se retrasó la resección mientras se valoraban otros problemas.

**Discusión.** A pesar de conocer un enfermo que sobrevivió dos años tras la ruptura de una aneurisma aórtico abdominal sin corrección alguna, la única esperanza de supervivencia es la resección quirúrgica de la lesión. Los 24 enfermos no operados fallecieron en pocos días, lo que en algunos quizá no hubiera ocurrido de haberse operado, en especial antes de su ruptura.

En los últimos años la mortalidad operatoria en estos casos ha disminuido. En nuestro hospital, en los últimos nueve años sólo ha alcanzado el 40 % (antes de este estudio era 86 %).

Al parecer existe relación entre el tiempo de clampaje y mortalidad. La mejoría técnica en este sentido ofrece un mejor futuro.

Cuando ingresa un enfermo con un aneurisma aórtico roto lo primero es insertable un catéter y compensar la pérdida de sangre, en tanto se efectúan otros estudios y se prepara en quirófano. A su vez se hace una breve historia

clínica y somera exploración. Hay que evitar colocar una sonda gástrica o un catéter de Foley a fin de que el enfermo no haga esfuerzos que provoquen una exsanguinación; de igual modo no debemos aumentar la presión por encima de los 80 mmHg. ya que favorece la hemorragia. El electrocardiograma puede posponerse. No hay tiempo para un estudio radiológico, en general.

Llevado a la sala de operaciones, hay que evitar todos los esfuerzos. Cuando la anestesia, se produce con frecuencia una hipotensión y colapso, en especial en pacientes a tensión. No debe empezarse nunca hasta que el equipo de operadores esté preparado. Si se produce el colapso, hay que abrir el abdomen de inmediato y controlar la aorta.

Es muy útil el uso del balón intraaórtico en el control de la aorta e ilíacas, ya que permite la colocación de los «clamps» bajo visión directa y en terreno seco. Controlada la aorta, se reseca el aneurisma y se sustituye por el injerto de manera habitual.

No hay que precipitarse en la colocación de los «clamps», ya que hacerlo en terreno enmascarado por el hematoma puede producir desgarros en venas de calibre.

Nos ha sorprendido el número de aneurismas que se dice envolvían las arterias renales y por ello no se operaron. Creemos que se trata de un error, ya que muchos no fueron autopsiados y algunos que lo fueron demostraron que no estaban afectados aunque clínicamente lo parecía. Nosotros, en nuestros casos, no hemos visto aquella proporción.

También hemos quedado impresionados por el número de enfermos no operados que fallecieron bruscamente mientras se intentaba establecer el diagnóstico. Es posible que ello fuera debido a no saber que se trataba de tal lesión y se creyera que era una oclusión coronaria.

El postoperatorio se halla sujeto a posible continuación de la hemorragia, insuficiencia renal, problemas cardíacos, complicaciones pulmonares y más tarde a hemorragias gastrointestinales. No es raro que una de ellas lleve a otra complicación e incluso a la muerte. Son pacientes de alto riesgo quirúrgico y postoperatorio. Fallecieron durante la operación 23 enfermos y otros 53 lo hicieron en el postoperatorio. Sólo sobrevivieron 34. Ello nos parece una innecesaria pérdida de vidas, ya que en los últimos ocho años hemos intervenido 250 pacientes de resección de aneurismas abdominales con sólo 2 muertes. Esto nos lleva a aconsejar la precoz resección de estos aneurismas a fin de eliminar la alta mortalidad cuando se rupturan.