

Extractos

LASER ANGIOPLASTIA PERCUTANEA DE LA ARTERIA CAROTIDA (Percutaneous Laser angioplasty of the Carotid artery).— **J. Lammer, P. W. Ascher y D. S. J. Choy.** «What is New in Angiology? 14.º Congreso de la Unión Internacional de Angiología, 1986.

Investigaciones experimentales han demostrado que placas arteriosclerosas pueden ser eliminadas por medio de la irradiación Láser. Para comprobar la fiabilidad de ello lo hemos efectuado en 7 cadáveres y 2 pacientes con introducción de un catéter Láser percutáneamente bajo control fluoroscópico. Se empleó un Argon Láser (Cooper 770) para la irradiación, dirigido por fluoroscopia biplana hacia las placas de la pared de las carótidas común e interna, perfundiendo durante la irradiación 50 ml de solución salina/minuto. Asimismo, las carótidas común, interna y externa se las ocluyó, a la vez que el sector aislado era drenado por succión para prevenir la posibilidad remota de una embolización distal. Una endarteriectomía se practicó tras Láser-angiografía en 3 pacientes. Los efectos del Láser fueron documentados por angiografía y valorados por examen microscópico.

Discusión: Estos primeros estudios han demostrado la posibilidad de la Láser-ablación de estenosis carotídeas por un sistema de catéteres introducidos percutáneamente a distancia. Sólo se produjo una perforación durante un caso de placas ulceradas, por lo que conside-

ramos que no está indicado en tales casos. No obstante, de momento hay que mejorar el sistema previamente a introducirlo en la clínica.

COARTACION AORTICA EN EL LACTANTE MENOR.— **H. Santamaría Díaz, J. Larrea Anadrade, M. Gómez Gómez, X. Maulen Radovan, C. Alva, X. Palacios.** «Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social», vol. 24, n.º 5/6, pág. 343; **sept./dic. 1986.**

Se considera a la Coartación aórtica entre la quinta y la séptica causa de cardiopatía congénita, presente en el 7,5% de los menores de un año con malformaciones cardíacas y en 13 a 17% de los recién nacidos que fallecen por cardiopatía congénita.

La Coartación de aorta, entre otras divisiones, se ha dividido en tipo adulto y tipo infantil. La de tipo adulto es localizada y está después del conducto arterioso, mientras que el tipo infantil se asocia a hipoplasia del cayado aórtico o a estrechez a nivel del istmo aórtico; el conducto se encuentra antes del estrechamiento y hay una alta incidencia de malformaciones cardíacas asociadas.

Se revisaron los casos de I-1980 a 31-VIII-84: historia clínica, exploración física, expediente radiológico, registros ECG y los hallazgos de ecocardiografía y cateterismos, anomalías asociadas y criterios seguidos para operar y resultados.

Tuvimos 130 pacientes con el

diagnóstico de Coartación de aorta, de ellos 40 (30%) en menores de un año, 22 del sexo masculino y 18 del femenino, con insuficiencia cardíaca en 31 casos.

La presentación clínica de estos 40 casos fue con insuficiencia cardíaca en el 80%, soplo holosistólico en el 85% y pulsos distales disminuidos en el 75%: Hubo disnea, cianosis y diaforosis en más de la mitad de los casos; infección respiratoria en un 40%; y la tercera parte con hipertensión arterial y desnutrición.

La radiografía de tórax mostró cardiomegalia global en todos los casos, con flujo pulmonar aumentado en el 75%. El ECG dio datos de aumento del ventrículo derecho en el 92% y de ventrículo izquierdo en el 42%. La coartación fue yuxtaductal en 30 y preductal en 10. Se asoció a persistencia del conducto arterioso en 15, a comunicación interventricular en 10, a válvula aórtica bicúspide en 4, a comunicación intraventricular en 3 y a otras cardiopatías en 5. Sólo en 3 casos no hubo malformación asociada.

En el 57% de los menores de seis meses fue necesario operar, con un 41% de mortalidad. De los 10 supervivientes de este grupo, 3 mostraron coartación residual, siendo necesario operar de nuevo en dos de ellos.

Insistimos en las particularidades del Síndrome de Coartación de Aorta en el lactante menor y en la necesidad de un diagnóstico precoz para un tratamiento quirúrgico temprano.