

## Extractos

RESECCION QUIRURGICA DE LOS TUMORES DEL CUERPO CAROTIDEO: TIEMPO DE SUPERVIVENCIA, RECIDIVAS Y METASTASIS (Surgical resection of Carotid Body Tumors: Long-Term Survival, recurrence, and metastasis).— **John D. Nora, John W. Hallett Jr., Peter C. O'Brien, James M. Naessens, Kenneth J. Cherry y Peter C. Pairolero** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 63, n.º 4, pág. 348; **abril 1988.**

Los tumores del cuerpo carotídeo son lesiones poco comunes. Los resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico no es bien conocido a causa de que la mayoría de los casos publicados es escasa en número y los pacientes con un seguimiento limitado.

Si en 1914 **Balfour y Wildner** resumían diciendo que tras la resección la recidiva era frecuente, en la actualidad, gracias a los avances quirúrgicos, la resección completa es posible y la mortalidad escasa.

En una revisión retrospectiva de 20 años de experiencia, con 59 tumores del cuerpo carotídeo en 55 pacientes, a fin de determinar los resultados a largo plazo tras la resección, las metástasis, las recidivas locales y la supervivencia, hemos comprobado que fue posible la resección completa en 52 de los 55 pacientes (95%). La mortalidad perioperatoria fue sólo del 2% (1 entre 59), sin fallecimientos en los

últimos 10 años del estudio. La supervivencia de los pacientes tras la resección del tumor carotídeo fue buena.

Sólo un paciente (2%) sufrió una metástasis a largo plazo. Tres pacientes (6%) tuvieron una recidiva tras la resección completa. Todas las recidivas tumorales sucedieron en pacientes con múltiples paragangliomas o con historia familiar de paragangliomas cervicales.

A la vista de los resultados, abogamos por una precoz terapéutica quirúrgica de todos los tumores del cuerpo carotídeo de bajo riesgo, lo que aumenta las posibilidades de curación y disminuye los riesgos de complicaciones de todo orden.

COLECCION DE LIQUIDO SEPTICO: UNA COMPLICACION PERI-PROTESICA TARDIA DE LOS INJERTOS ARTERIALES DE DACRON.— **François Bellenot, Thierry Chatenet, Bernaardette Kantelip, Philippe Tissandier, Jean-Pierre Ribal y Gérard Ganddier.** «Anales de Cirugía Vascul», vol. 2, n.º 3, pág. 220; **julio 1988.**

La colección de líquido rodeando una prótesis vascular sugiere una infección. Si se halla en la vecindad de una prótesis de PTFE es complicación conocida. En cualquier caso, pocas publicaciones han tratado del seroma aséptico que rodea los injertos de Dacron.

Dependiendo de la naturaleza de la colección, pueden ser diferenciados entre colecciones serosas o seromas y serohemáticas, que suelen ser más o menos turbias.

Este trabajo se propone revisar los actuales medios diagnósticos y las hipótesis fisiopatológicas y proponer una indicación terapéutica para las colecciones dudosas, a la vez que se hace una revisión de la literatura.

Se presentan 4 casos de seroma aséptico aparecidos de 3 a 5 años después de la colocación de una prótesis de Dacron Knitted. La colección era serohemática en 3 casos y purulenta en uno. Los cultivos repetidos no revelaron crecimiento alguno y los «tests» de laboratorio tampoco demostraron signos de infección.

Como hipótesis fisiopatológicas se han sugerido: la modificación de la permeabilidad de la pared de la prótesis, una reacción inmunoalérgica frente al injerto y hematoma crónico. Es discutible, en cambio, el papel que puedan jugar los anticoagulantes.

Como tratamiento, el aspirativo con aguja o bien el drenaje, han fracasado.

La recurrencia múltiple ha obligado al recambio de la prótesis en 3 casos.

Estas colecciones deben diferenciarse de los linfocitos postoperatorios y de los falsos aneurismas anastomóticos, hematomas e infecciones.

El tratamiento consiste en el recambio de la prótesis por otra de distinta fabricación.

#### ANATOMIA QUIRURGICA DE LA TETRALOGIA DE FALLOT.—

**Luis Muñoz Castellanos, Víctor M. Vázquez Vera, Martha Herrera y Magdalena Kuri Ni-vón.** «Archivos del Instituto de Cardiología de México», vol. 58, n.º 4, pág. 313; **julio-agosto 1988.**

Como es sabido, la Tetralogía de Fallot se define anatómicamente por la específica alteración del sector de salida del ventrículo derecho en la que la desviación anterior del septum infundibular constituye el trastorno primario del desarrollo que desencadena los elementos de la manifestación clásica.

En estos últimos años se ha prestado gran interés por precisar la anatomía quirúrgica de esta malformación. Con tal motivo, se analizaron 131 piezas anatómicas en cuanto a sus más relevantes rasgos quirúrgicos, centrándose en particular en los diferentes elementos obstructivos a la vía de salida del ventrículo derecho, en las bandas de posición supraventricular, los tipos de comunicación ventricular y su relación con el sistema de conducción e irrigación coronaria.

Se comprobó la región infundi-

bular como lugar anatómico medular de esta entidad cuyo septum desviado hacia adelante y a la izquierda originó la estenosis pulmonar y los demás elementos que forman el cuadro embriopatológico.

Los resultados aumentaron la convicción de que cada caso, además de presentar los rasgos que caracterizan esta malformación, posee particularidades que merecen ser analizadas a fin de conocerlas y tenerlas presentes; lo cual es útil no sólo al clínico para una interpretación más razonada sino también al cirujano, a quien le ofrece una visión general y específica de la anatomía quirúrgica. Su conocimiento le permite una mejor comprensión de sus particularidades, cosa que conviene tener presente en el momento de elegir el tipo de intervención quirúrgica más aconsejable.

**DISPLASIA FIBROMUSCULAR ARTERIAL (Arterial fibromuscular dysplasia).— Thomas F. Lüscher, Anthony W. Stanson, Wayne Houser, Larry H. Hollier y Sheldon G. Sheps.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 62, n.º 10, pág. 931; **octubre 1987.**

La displasia fibromuscular es una enfermedad vascular no aterosclerótica ni inflamatoria que suele

afectar principalmente a las arterias renales y carótidas internas y en menor proporción a las vertebrales, ilíacas, subclavias y viscerales.

Aunque su patogenia no está comprendida del todo, parecen jugar su papel problemas humorales, mecánicos, factores genéticos e isquemia mural.

Patológicamente se clasifica en tres tipos: intimal, medial y periarterial.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con placas ateroscleróticas en casos de hiperplasia medial o intimal, en algunos angiogramas; con vasculopatías inflamatorias, que aclara el laboratorio; con alteraciones conectivas hereditarias, enfermos con síndrome de Ehlers-Danlon, neurofibromatosis, coartación abdominal congénita, etc.

Su historia es relativamente benigna, progresando en una minoría de casos. Sus típicas manifestaciones son hipertensión renovascular, ictus, hemorragia subaracnoidea, angor abdominal y claudicación de piernas o brazos.

Puede asociarse a otras patologías, como la coartación de aorta, feocromocitomas, síndrome de Alport.

En aquellos pacientes donde se manifiestan sus síntomas la angioplastia transluminal percutánea parece el tratamiento de elección.