

# Extractos

RAPIDA Y PROGRESIVA INSUFICIENCIA AORTICA Y ARTERIOCORONARIOPATIA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE TAKAYASU (Rapidly progressive aortic incompetence and coronary artery disease in a patient with Takayasu Disease).— **K. Wong, G. E. Venn, M. J. Hershman y R. N. Sapsford.** «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 82, núm. 10, pág. 625; **octubre 1989.**

Se presenta el caso de un paciente con insuficiencia aórtica y arteriopatía coronaria en Enfermedad de Takayasu. Aunque la etiología era de una arteritis, se recomendó una temprana cirugía dada la rapidez del desarrollo de los síntomas.

**Caso.** Mujer de 33 años. Como antecedentes, pérdida de peso, piroxia, cefaleas y fotofobia. Una biopsia temporal fue normal. Mejoró con esteroides. Un año después, disnea de esfuerzo, dolor torácico y palpitaciones, que la obligan a ingresar.

A la exploración, signos de insuficiencia aórtica, no detectada hasta entonces. V.S.G. y Proteín-C-Reactiva aceleradas. Resto análisis normal. Aortograma torácico: dilatación de la aorta descendente con regurgitación en el ventrículo izquierdo y marcada estrechez ostial de la coronaria derecha, aunque distalmente normal.

Tiempo después, hipertensión, con difundidos soplos y desigual presión sanguínea en miembros su-

periores. Una angiografía visceral puso de manifiesto una Enfermedad de Takayasu.

Con rapidez fue empeorando, a pesar de los tratamientos, observándose una acelerada progresión de su valvulopatía, motivo por el cual se la sometió en el curso de un año a intervención quirúrgica. En ella se apreció una notable estenosis aórtica. Se sustituyó la válvula con una prótesis Starr-Edwards 10, junto a un «by-pass» coronario. Buen curso postoperatorio. Hemodinámicamente bien tres meses después.

A resaltar la rapidez de desarrollo de la sintomatología, cuando la Enfermedad de Takayasu lo hace en general con lentitud. La insuficiencia aórtica terminó por afectar las coronarias. Muy pocos Takayasus con insuficiencia aórtica han sufrido sustitución valvular aórtica, pero debe considerarse una opción en casos progresivos.

ALTERACIONES HEMODINAMICAS EN PACIENTES HEMIPLEJICOS COMO CAUSA DE EDEMA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES (Hemodynamic alterations in hemiplegic patients as a cause of edema in lower extremities).— **Obuaki Takeyasu, Toshihide Sakai, So Yabuki, Kiyoshi Machii.** «International Angiology», vol. 8, núm. 1, pág. 16; **enero-marzo 1989.**

El propósito del estudio es investigar la relación entre los cambios

hemodinámicos y la producción de edema en la pierna hemipléjica. Se emprendió para comparar la hemodinámica entre la pierna afectada edematosa y la no afectada y no edematosa en el paciente hemipléjico, usando pletismografía de anillo de mercurio y fotopleletismografía. Los exámenes se llevaron a cabo en 20 pacientes con hemiplejía.

Se comprobó que el flujo sanguíneo arterial, el volumen venoso de retorno y el flujo sanguíneo tisular estaban aumentados y el lecho vascular congestionado de forma significativa en el lado hemipléjico. Y se confirmó mediante fotopleletismografía que ninguno de los dos pacientes presentaba enfermedad arterial obliterante.

A la vista de los resultados se sugiere que la producción del edema es debida a la dilatación de los vasos capilares y a la congestión de la extremidad inferior.

FACTORES DE RIESGO EN PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL.— **J. I. López Gastón, J. Martín, C. Gonzalo, J. L. Arribas, I. Pérez, M. Gracia Naya, A. Oliveros.** «Revista Española de Neurología», vol. 4, núm. 8, pág. 550; **septiembre 1989.**

La patología vascular cerebral constituye uno de los mayores problemas sanitarios de los países desarrollados. La inexistencia de un tratamiento eficaz para el ictus establecido ha puesto de manifiesto la importancia de la corrección de

los factores de riesgo para disminuir la incidencia de los accidentes cerebrovasculares. Si bien la hipertensión arterial y las alteraciones cardíacas son consideradas los factores de riesgo más importantes en la patología vascular cerebral, la incidencia de otros factores varía ampliamente según las series y su papel en esta patología no está aclarado de modo definitivo.

Se revisa de modo retrospectivo una serie de 232 pacientes ingresados por accidente vascular cerebral agudo durante el primer semestre de 1986. Se distribuyeron en seis grupos nosológicos: Infartos carotídeos, infartos vértebro-basilares, accidentes isquémicos transitorios, déficits neurológicos isquémicos reversibles, embolias cardiogénicas y hemorragias. Se analizaron: antecedentes de hipertensión arterial, hipertensión arterial en el momento del ingreso, hipertensión en el sentido estricto o «establecida» e hipertensión arterial «reactiva» al accidente vascular cerebral. Se efectúa un estudio estadístico comparando diversos parámetros con un grupo control de 31 pacientes sin patología vascular cerebral. En el momento del ingreso en el hospital se objetivó una elevación de las cifras de tensión arterial estadísticamente muy significativa en los infartos carotídeos, in-

fartos vértebro-basilares y hemorragias, no hallando diferencias con el grupo control en los accidentes isquémicos transitorios y en los déficits neurológicos isquémicos reversibles. No obstante, la incidencia de casos con hipertensión arterial establecida fue también estadísticamente significativa en estos últimos grupos. Las embolias no se asociaron a hipertensión arterial. La cardiopatía tuvo una influencia notable. Otros factores analizados, como el colesterol, diabetes, A. úrico, hematocrito y plaquetas no se diferenciaron del grupo control.

LA ULCERA AORTICA PENETRANTE: MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS, DIAGNOSTICO Y MANEJO (The Penetrating Aortic Ulcer: Pathologic Manifestations, Diagnosis and Management).— **J. P. Cooke, F. J. Kazmier, T. A. Orszulak.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 63, n.º 7, pág. 718; julio 1988.

La aparición repentina de dolor severo en pecho o espalda en una persona anciana e hipertensa sugeriría una incipiente catástrofe vascular. Además, la enfermedad miocárdica, las disecciones aórticas o los aneurismas aórticos en expansión, pueden manifestarse de la misma forma, y un tercer tipo

de enfermedad aórtica, la úlcera aórtica penetrante, puede producir síntomas similares.

El término «úlcera aórtica penetrante», se refiere a la ulceración de una placa ateromatosa que se extiende en profundidad a través de la íntima, dentro de la media aórtica. Puede precipitar una disección intramedial (usualmente localizada), a irrumpir en la adventicia formando un pseudoaneurisma.

El paciente típico de úlcera aórtica penetrante es anciano y presenta hipertensión, aterosclerosis, dolor en pecho o espalda; no presenta, en cambio, déficit de pulso, stroke, insuficiencia aórtica o compromiso de algún vaso visceral. La disección de aorta clásica o el aneurisma aórtico torácico sintomático se encuentran entre los posibles diagnósticos diferenciales.

La aortografía demuestra la presencia de una úlcera aórtica similar en apariencia a las úlceras gástricas que se ven en examen con bario; además, puede estar presente un hematoma aórtico intramural.

La experiencia de los autores en úlceras aórticas penetrantes en pacientes sintomáticos indica que la terapia conservadora lleva a la recurrencia de los síntomas y a la necesidad de una intervención quirúrgica. Se presenta un caso que ilustra la característica más sobresalientes de esta entidad clínica.