

Extractos

PATOGENESIS HEMODINAMICA DE LOS SINDROMES OSTEOVASCULARES EN LAS MALFORMACIONES VASCULARES CONGENITAS. (Haemodynamic pathogenesis of Vascular-bone syndromes in Congenital Vascular defects). — **Stefan Belov.** «International Angiology», vol. 9 n.º 3, pág. 155; **Julio-septiembre 1990.**

El objetivo del presente trabajo fue el estudio de los cambios hemodinámicos implicados en la patogenia de los Síndromes Osteovasculares Congénitos. Se estudiaron en 209 pacientes afectados de síndromes angioosteohipertróficos y angioosteohipotróficos las piezas anatomopatológicas de las malformaciones vasculares, los cambios hemodinámicos, el metabolismo tisular y las alteraciones presentes en el hueso tubular.

Discusión y conclusiones: Durante mucho tiempo se ha discutido la posible explicación hemodinámica implicada en la génesis del Síndrome angioosteohipertrófico. Los datos obtenidos a partir de pacientes con este síndrome congénito muestran que la circulación parasitaria, resultante de las comunicaciones arteriovenosas hemodinámicamente activas, es la causa de la osteohipertrfia. Los cambios hemodinámicos locales (incremento local compensatorio de la presión sanguínea alrededor del cartílago epifisario) y la hipoxia tisular de las zonas específicas de crecimiento óseo, debida a un «shunt» circulatorio, condu-

cen finalmente a una alteración en el metabolismo de las células mesenquimatosas y dan lugar a una proliferación patológica mesenquimal. Las alteraciones de las células óseas son particularmente importantes en el proceso. Se ha demostrado bioquímicamente que existe una conexión enzimática permanente entre la actividad específica de los osteoblastos en relación a la calcificación y su actividad respiratoria. Por tanto, la reducción de la respiración de los osteoblastos da lugar a una acumulación del éster fosfórico y acelera la mineralización ósea. A esto se le suma un aumento en la precipitación del fosfato cálcico producido por la venostasis, la cual se halla siempre que existe un «shunt» arteriovenoso activo.

Resulta obvio que las alteraciones hemodinámicas producidas por la circulación parasitaria y la hipoxia osteoblástica de las zonas de crecimiento óseo se incluyen como eslabones en la cadena patogenética del proceso patológico y condicionan la hiperostosis hipóxica del síndrome hipertrófico.

Las investigaciones en pacientes con osteoangiohipertofia muestran que la génesis de dicho síndrome puede ser determinada hemodinámica o mecánicamente.

El establecimiento de las alteraciones hemodinámicas implicadas en la patogenia de los Síndromes osteovasculares de las malformaciones vasculares congénitas es muy importante para determinar los principios de su tratamiento quirúrgico. Dicho

conocimiento ofrece la posibilidad de elegir tácticas y técnicas quirúrgicas correctas en estas patologías vasculares severas, las cuales en muchas ocasiones pueden dar lugar a una disfunción o incluso una insuficiencia cardiovascular.

TRATAMIENTO COMBINADO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES CONGENITAS (The combined treatment of congenital vascular defects). — **J.C. Kromhout, C. vd. Horst, F. Peeters y M. Gerhard.** «International Angiology», vol. 9, n.º 3, pág. 203; **julio-septiembre 1990.**

Se evaluaron 81 pacientes con malformaciones vasculares de las extremidades. En 32 pacientes las anomalías se localizaban en las extremidades superiores y en 49 en las extremidades inferiores. Se tabularon los signos, síntomas, modalidades terapéuticas y resultados a largo plazo. A nivel de la extremidad superior el dolor era el síntoma más frecuente. Se distinguieron tres tipos de malformaciones: puramente venosas, con microshunts y malformaciones con macroshunts. El tratamiento del primer grupo consistió en la excisión de varices y nevus superficiales; en el segundo grupo el tratamiento de elección fue un tratamiento combinado de escisión y embolización; y en el último grupo la embolización selectiva sin resección fue el tratamiento más utilizado. El tratamiento obtenía mejores resultados en aque-

llos casos en los que la malformación consistía en macrofístulas en la región del hombro o bien se trataba de una pequeña lesión localizada y excindible. Los signos y síntomas principales de las malformaciones de la extremidad inferior eran el crecimiento de la extremidad y la presencia de un nevus vascular. Se distinguieron cuatro grupos de malformaciones vasculares: las cavernosas (venosas), las cavernosas (venosas) con microshunts, las arteriovenosas con macrofístulas y, por último, el grupo puramente venoso (truncular), el cual no había sido observado en las malformaciones de la extremidad superior estudiadas por nosotros. El tratamiento conservador de las malformaciones puramente venosas prevenía la progresión de la lesión, el tratamiento combinado conseguía buenos resultados en aquellos pacientes con malformaciones arteriovenosas en la pelvis o alrededor de la rodilla, o en pacientes con una lesión pequeña y excindible. **En conclusión:** las malformaciones puramente venosas pueden ser tratadas con éxito con métodos conservadores; las malformaciones arterio-

venosas con macroshunts en pelvis y región del hombro deberían ser embolizadas; y las lesiones circunscritas, excindidas con o sin embolización, dependiendo del carácter de la lesión.

IMPORTANCIA DE LA VENA GASTROCNEMIA (The importance of the gastrocnemius vein. — **John T. Hobbs.** «Flebología», Año I, n.º 1, pág. 6; **mayo 1990.**

Es evidente que existe un tanto por ciento de recidivas tras la ligadura de la safena externa en la región poplítea a causa de las frecuentes variantes anatómicas de su desembocadura. Por cuya razón en cirugía de dicha safena es preciso la práctica de una flebografía intraoperatoria.

Por otra parte hay otras venas, poco atendidas, que desembocan en el hueco poplíteo: una vena superior de la pantorrilla que aboca por separado en la V. poplítea, en la safena externa o en la V. gemelar; venas gemelares que desembocan por separado a nivel de la unión safenopoplítea o algo más abajo.

La vena del gemelo interno está a menudo dilatada y es insuficiente y a veces desemboca en la safena externa. Dicha vena puede ser insuficiente aún en ausencia de varices de la pantorrilla. Caso de observar signos clínicos que orienten en este sentido, hay que proceder a más investigaciones.

El simple Doppler no da indicaciones morfológicas. El Duplex-Scanning y el Doppler-Color permiten, en cambio, revelar el lugar del reflujo en la poplítea, safena externa o gemelares. Un estudio reciente (96 piernas) ha mostrado la insuficiencia de las V. gemelares en el 27%.

Respecto al tratamiento quedan, aún, ciertas dudas y contradicciones. Hay casos en los que, por otra parte, la sintomatología de insuficiencia venosa persiste incluso después de la ligadura de las comunicantes y tras la safenectomía de la externa. La solución está en la ligadura proximal de las V. gemelares, prestando atención a la arteria y nervio adyacentes. La desaparición de los síntomas, ocurre más o menos pronto, en relación a la circulación colateral.