

# AVANCES EN MEDICINA Reseña

## sobre recientes congresos de angiología

*Dr. José Gómez-Márquez G.*

En el curso del mes de julio tuvieron lugar dos importantes Congresos de Angiología: El XI Congreso Latinoamericano en Bogotá y el VIII Internacional que se reunió en Río de Janeiro. Habiendo tenido la oportunidad de asistir a ambos, nos ha parecido interesante para nuestros lectores hacer un resumen de ellos, destacando todo aquello que resulta más interesante o novedoso.

### CIRUGÍA ARTERIAL

La resvascularización del miocardio, especialmente mediante injertos venosos aórtico-coronarios, ocupa hoy en día un primer plano. Se presentaron numerosos y muy documentados trabajos. Probablemente es una cirugía de gran porvenir; no obstante, siendo el tiempo que ha transcurrido desde el inicio de estas operaciones aún bastante corto, no es posible formarse una idea cabal de cuales serán los resultados a largo plazo.

La cirugía de los troncos supraaórticos ha avanzado considerablemente en los últimos años, tanto por medio de tromboendarterectomías como mediante el uso de injertos de Dacron. Entre otros, el Profesor Dr. De Bakey presentó su enorme experiencia al respecto. Tenemos sin embargo la impresión que se insistió más en los virtuosismos de la técnica quirúrgica, que en la evaluación sincera de los resultados de esta cirugía.

*Hipertensión renovascular.* Otro capítulo que aparece como sumamente promisorio. Sobre los resultados, se consideran los enfermos divididos en tres grupos: una tercera parte, que ven curada su hipertensión sin la administración ulterior de drogas, otro segundo grupo, igualmente fuerte, que quedan bajo control después de la operación pero con la ayuda de drogas y un último grupo que permanece invariable.

*Cirugía reconstructiva femoropoplítea.* Continúa siendo un gran problema, pudiendo decirse en general, que no está resuelto. Los resultados obtenidos en la reconstrucción arterial en los sectores aorto-ilíacos, son muy superiores a los situados, por debajo del ligamento inguinal. El porcentaje de obliteraciones después de injertos femoropoplíteos es muy considerable, a pesar de que los autores usan ya casi exclusivamente vena safena para ellos; el injerto artificial en esta región está casi abandonado. Las tromboendarterectomías femoropoplíteas tampoco son muy favorables a largo plazo y además el procedimiento resulta muy laborioso cuando se trata de segmentos largos, con los consiguientes riesgos operatorios, en pacientes por lo general en condiciones físicas mediocres y de edad avanzada. Pareciera que hoy en día, lo más importante en el tratamiento de las arteriopatías crónicas femoropoplíteas, fuera la desobstrucción de la arteria femoral profunda, arteria que como es sabido, o no se afecta o se afecta muy tardíamente de arteriosclerosis. Ella constituye por lo tanto la vía más importante para mantener una irrigación adecuada en el miembro inferior, cuando el resto del árbol arterial

está seriamente comprometido. Por lo tanto la repermeabilización del origen de la femoral profunda, en la femoral común, mediante tromboendarterectomía, con o sin parche venoso, puede ser uno de los procedimientos más razonables y relativamente sencillos, para tratar los casos avanzados de obstrucciones femoro-poplíteas.

*Técnica de Fogarty.* Las desobstrucciones arteriales usando el catéter **de Fogarty** particularmente en los casos de embolia, pero también en otros tipos de obstrucciones, gozan en estos momentos de la aprobación unánime de los angiólogos.

*Derivaciones arteriales axilo-femorales.* En aquellos pacientes con amplias obstrucciones aortoilíacas, en las cuales, debido a las malas condiciones generales del paciente, no sean aconsejables los traumáticos procedimientos de anastomosis aortofemorales, puede llegar a ser un recurso interesante, practicar la derivación desde la arteria axilar hasta la femoral. El procedimiento, por supuesto no obliga a la laparotomía, es mucho más rápido y la derivación desde la arteria axilar, mediante un túnel subcutáneo ofrece un índice de resultados satisfactorios, que merece tomarse en cuenta.

*Tratamiento de las arteriosclerosis con hiperlipidemia por medio de la ligadura de quilíferos.* Este trabajo fue presentado por el Prof. Servalle, de Francia. Pretende obtener una mejoría de la arteriosclerosis, mediante la ligadura de quilíferos, rebajando así las concentraciones de lípidos sanguíneos. El procedimiento es desde luego novedoso, pero por el momento sólo puede ser considerado como una especulación científica.

*Desobliteraciones arteriales por el procedimiento de Dotter.* Por medio de él, se pretende lograr desobliteraciones arteriales por un medio no cruento, que consiste en introducir en el interior de las arterias afectas de ateromas, cierto tipo de sondas, que por medio de dilataciones sucesivas, logran aplastar los ateromas, repermeabilizando así las arterias comprometidas. El cambio de impresiones personal que tuvimos con algunos profesores, fue muy decepcionante, cosa por otra parte presumible; en efecto, las perforaciones arteriales que se producen por este método no son infrecuentes y el porcentaje de reobliteraciones al cabo de pocos años es muy elevado.

## CIRUGÍA DEL SIMPÁTICO

Fue un tema discutido en forma exhaustiva. Podemos decir, que a pesar del progreso de la cirugía arterial reconstructiva, la cirugía del simpático, continúa siendo un arma de gran valor. Unas veces, como medida coadyuvante de la cirugía arterial directa, a la cual se aconseja acompañar más o menos en forma sistemática y otras, en los miles de casos en los que la cirugía reconstructiva no es posible. No obstante, es necesario, que para que la cirugía del simpático, no se desprestigie, se use únicamente mediante una indicación bien evaluada.

## TRATAMIENTO MEDICO.

Tiene un futuro muy halagüeño el uso de drogas enzimáticas del tipo de la estreptoquinasa. Es posible que en los próximos años podamos usar este tipo de enzimas para resolver un sinnúmero de problemas obliterantes arteriales, con mucha más efectividad que actualmente y sin estar limitados como hasta ahora por factor de tiempo de evolución y los altos costos del producto. Estas enzimas tendrán asimismo un gran valor en el tratamiento de las trombosis venosas.

Se trató ampliamente el valor de los Dextranos, siendo en general las opiniones muy favorables a su uso. Es preciso resaltar, que después de las controversias que han habido en cuanto a los beneficios de los Dextranos de alto y bajo peso molecular, resulta bastante claro que los resultados son considerablemente mayores cuando se usan los de bajo peso, o sea los de 40.000. que en nuestro medio se conoce comercialmente con el nombre de Rheomacrodex.

#### MÉTODOS DE DIAGNOSTICO EN ARTERIOPATIAS Y VENOPATIAS

Se presentaron las experiencias con un detector ultrasónico, el Doppler, que tiene aplicaciones para:

- a) Detectar el latido cardíaco fetal en la 12<sup>a</sup> semana de gestación.
- b) Para poner en evidencia el flujo venoso que indica la posición de la placenta.
- c) Para determinar el flujo en el cordón umbilical y sí latido cardíaco fetal durante el trabajo de parto.
- d) Para investigar el flujo sanguíneo en las venas.
- e) Para investigar el flujo **sanguíneo** en las arterias.

#### PATOLOGÍA VENOSA

Los autores se muestran de acuerdo en la importancia de continuar haciendo una diferenciación entre el concepto de tromboflebitis y flebotrombosis. Destacan la importancia de distinguir entre uno y otro cuadro en relación con la incidencia de las embolias pulmonares, que, como es sabido es mucho mayor en la flebotrombosis. Se resalta la posibilidad de su diferenciación por medio de la flebografía, mediante la detección del llamado trombo flotante en las flebotrombosis.

Persiste la dificultad para diagnosticar adecuadamente la embolia pulmonar. Como es sabido los estudios radiológicos y electrocardiográficos tienen un valor muy relativo. Los métodos más convincentes continúan siendo la gammagrafía y particularmente angiografía pulmonar.

En lo que se refiere al tratamiento de las trombosis venosas, aparte del ya clásico, referente al uso de los anticoagulantes y más recientemente de los dextranos de bajo peso molecular, y el futuro halagador de los fibrinolíticos, ya mencionados anteriormente, buen número de autores obtienen buenos **resultados** mediante la trombectomía, particularmente en el área ilíaca y siempre y cuando el proceso sea precoz. En caso de embolias recidivantes, la interrupción completa o incompleta de la vena cava, continúa teniendo todo su valor.

#### PATOLOGÍA LINFÁTICA

Es probablemente el campo donde se ha avanzado menos. Nos llamó la atención la conferencia del Dr. Cordeiro, del Brasil, quien expuso un nuevo procedimiento para el tratamiento de cierto tipo de linfedemas, mediante anastomosis veno-linfáticas. Conocíamos el método de anastomosis de ganglio linfático a vena, pero aquí se trata de vasos linfáticos a vena y de acuerdo con las estadísticas del autor podría abrirse un panorama bastante bueno, para la resolución de este tipo de patología, en el cual hasta ahora ha sido tan pobre la terapéutica.

Creemos que merece un lugar prominente en esta corta reseña, la magistral conferencia del Prof. Fontaine, de Estrasburgo, Francia, quien expuso su concepto filosófico de toda una vida dedicada a la investigación de los problemas vasculares, en el momento, en que ya jubilado, puede ver el panorama de una manera

bagage en su carrera en la que abundaron los éxitos y algunos fracasos. Se mostró muy por encima de las estadísticas, desgraciadamente tantas veces amañadas de los Congresos. Al referirse a los problemas arteriales, enfatizó que el angiólogo nunca podrá considerarse como un "desobliterador", pues ello lo colocaría en un plan tan mecánico como al "deshollinador", que no debemos olvidar que la enfermedad que mayormente afecta las arterias, la arteriosclerosis, es un mal sistémico y que por lo tanto la verdadera solución de estos problemas llegará el día en que sepamos más acerca de esta enfermedad y tal vez más que a curarla, lleguemos a prevenirla.

Por último, nos cabe la satisfacción de anunciar que el próximo Congreso Latinoamericano de Angiología se celebrará en Santiago de Chile y que Honduras quedó como subselección, de tal forma, que sí por alguna razón, Chile tuviera que declinar la sede, le correspondería a nuestro país organizado. Por otra parte, quedó tácitamente convenido que en todo caso, Honduras se encargará de la organización del XIII Congreso.

## Terapia de la Hemorragia Intestinal Alta y Masiva\*

*H. J. Streicher, M.D.*

Hematemesis y melena aunados a síntomas generales, son fenómenos que ciertamente asustan al paciente y que con desgraciada frecuencia obligan al médico a reconocer las limitaciones de sus posibilidades terapéuticas. En más de la mitad de los casos, la hemorragia constituye el primer síntoma de enfermedad, con lo que su origen permanece en la oscuridad. Es necesario combinar objetivamente el proceder diagnóstico, terapéutico y de su previsión. Como elemento de guía se considera la intensidad de la hemorragia; sin embargo, es difícilmente objetable y queda expuesta plenamente a la evaluación subjetiva. Sin duda la concepción de "gravedad" será muy distinta para el paciente, el médico de cabecera o en un pequeño hospital que para el cirujano de un importante servicio de cirugía, el cual tiene a su disposición un banco de sangre y un laboratorio en condiciones para operar a toda hora.

La severidad y la magnitud de la hemorragia sólo pueden inferirse por las secuelas. No tiene sentido tomar como elemento guía la disminución de la Emoglobina, del recuento eritrocitario o del hematocrito, ya que estos parámetros a menudo reaccionan con lentitud y son modificados por las transfusiones de sangre requeridas. Tampoco cabe deducir estos factores de la cantidad de sangre y líquido transfundidos. La determinación de la volemia arroja valores imprecisos, además de no conocer la volemia inicial normal. *Tampoco -es buen consejero* el índice presión sanguínea-pulso, especialmente en los sujetos jóvenes o de edad. Nosotros hemos hallado aceptable la clasificación en cuatro grados de severidad basada en la suma de síntomas (tabla 1).

Todo paciente con hemorragia digestiva alta requiere ser internado y tratado con urgencia, ya que no siempre es seguro si la hemorragia es recidivante.

\*) Traducción del artículo publicado en Dtsch. Med. Wschr., 95:40, 2035 (1970).

TABLA I

	ESTADIO I Hemorragia asintomática	ESTADIO II Hemorragia leve	ESTADIO III Hemorragia de mediana intensidad	ESTADIO IV Hemorragia grave
Estado del paciente	Subjetivamente bien, con menor rendimiento laboral	Cansancio, astenia, incapacidad de trabajar	Sensación de sed, malestar, incapaz de ponerse de pie	Idem III + taquipnea, inquietud, pérdida de conciencia.
Cuadro hemático (luego de varias horas)	En el límite inferior de lo normal	Anemia e hipoproteinemia	Anemia severa, hipoprotei- nemia, acidosis metabólica	Sin terapia el paciente muere antes de presentar cambios hemáticos
Circulación	No afectada	Intacta en condi- ciones de reposo	Taquicardia, hipotensión menor amplitud del pulso, centralización	Intensa centralización (sin pulso periférico palpable) colapso circulatorio.
Secuelas de la hemorragia no tratada	Varía en función de la causa	Regeneración de lo perdido en 3 semanas (sin hemorragia única)	Eventualmente el sujeto sobrevive, severas secuelas por hipoxia, o muerte en horas o en días.	Muerte por pérdida de sangre
Terapia	Buscar y tratar el origen de la hemorragia	Tratar anemia y eliminar la fuente de hemorragia	Restituir volemia, buscar fuente de hemorragia e intervenir.	Inmediata hemostasis qui- rúrgica, restituir volemia al mismo tiempo y normalizar el estado cardiocirculatorio.

Los pacientes en los estadios I y II requieren un exacto diagnóstico y control; los pacientes del grupo IV deben ser intervenidos de inmediato para una hemostasis quirúrgica. Es decir que el problemático es el tratamiento del grupo III. En principio el paciente debe ser sometido a un tratamiento conservador, tanto más si la fuente de la hemorragia es desconocida. Si mediante un preciso relevamiento clínico y anamnéstico, al tiempo que se controla y transfunde el paciente, se logra establecer la causa, el pronóstico del caso es más favorable que en caso de intervención sin diagnóstico.

Independientemente del estadio en que se encuentre el paciente, es necesario encarar una serie de medidas inmediatas. Sería obstinado reservarlas hasta el momento en que el curso dinámico de los hechos obligue a emplearlas. Si tal fuera la conducta, la terapia siempre iría a la zaga de las necesidades. Las medidas inmediatas a que nos referimos son las siguientes:

A.—Diagnóstico

- 1<sup>º</sup>) Determinación de grupos sanguíneos
- 2<sup>º</sup>) Hemograma
- 3<sup>º</sup>) Estado de la coagulación
- 4<sup>º</sup>) Anamnesis de la hemorragia y diagnóstico clínico.

B.—Supervisión

- 1<sup>º</sup>) Valores de presión sanguínea
- 2<sup>1º</sup>) Curva de frecuencia de pulsos
- 3<sup>º</sup>) Determinación repetida de presión venosa central (colocando un catéter central fijo)
- 4<sup>º</sup>) Determinación de la diuresis horario (colocando un catéter fijo) 5<sup>º</sup>) Observación de la conducta capilar (sudoración, temperatura, irrigación de las extremidades).

C.—Terapia

- T?) Restitución endovenosa de la volemia
- 2\*?) Sonda gástrica
- 3<sup>º</sup>) En caso de necesidad; infusiones, administración de oxígeno, transfusiones de sangre, estrofantósidos.

Lo decisivo es el tiempo ganado mediante medidas tomadas sin dilaciones. El volumen de infusión y transfusión deben mantener en pie un estado circulatorio suficiente, evitando administrar volúmenes excesivos. No se empleará como único medio infundido, aquel que tenga otros efectos farmacológicos que los específicamente circulatorios, por ejemplo, sobre el sistema de coagulación. Con la administración bucal de hemostáticos no hemos registrado éxitos definidos, tampoco parece tener un efecto hemostático seguro con la refrigeración gástrica propugnada unos años atrás; nosotros carecemos de experiencia con este método.

Sí, son útiles, en cambio, los antiácidos administrados a través de la sonda gástrica en casos de marcada hiperacidez del estómago al igual que una aspiración continua del jugo gástrico. Si con las medidas conservadoras se ha detenido la hemorragia y se ha elucidado el origen de la misma, el paciente es preparado adecuadamente para la intervención; si la causa continúa siendo oscura se buscará un diagnóstico intraoperatorio. Ni bien lo permita el estado cardiocirculatorio se efectuará un estudio radiológico del tracto digestivo. En caso de hemorragia

masiva una arteriografía selectiva del tronco celíaco podría descubrir la fuente de la hemorragia.

Las causas más frecuentes de hemorragia son: 1<sup>o</sup>) la úlcera péptica (45-50%); 2<sup>o</sup>) ulceraciones superficiales múltiples o, eventualmente, muy extensas (15-20%); 3<sup>o</sup>) várices esofágicas o fúndicas por hipertensión portal (8-13%); 4<sup>o</sup>) divertículos, hernias hiatales, gastritis hemorrágicas, tumores (especialmente tumores benignos como los neurinomas), prolapso mucoso transpilórico. Exulceratio simplex Dieulafoy, telangiectasias, síndrome de Mallory-Weiss, coagulopatías (leucosis, trombocitopenia, sobredosificación de dicumarínicos).

Cuando la fuente de la hemorragia es conocida, resulta más fácil decidirse por una intervención, incluso si la hemorragia subsiste, que cuando es de origen desconocido. Sin embargo, también aquí deberemos intervenir si la hemorragia persiste y requiere la transfusión de más de dos frascos de sangre diarios. Las oportunidades de sobrevivir se reducen con el número de transfusiones requeridas en el término de 24 horas.

En la intervención siempre se optará por la operación más pequeña, suficiente para una hemostasis, sin forzar una terapia de la enfermedad de fondo (por ejemplo: enfermedad ulcerosa, hipertensión portal). ¿Qué hacer una vez abierto el abdomen sin encontrar de inmediato la fuente de la hemorragia? Se observará el estómago, el duodeno, el mesenterio, el hígado, el bazo, tratando asimismo de formarse un criterio en cuanto a los vasos mesentéricos, el hiato esofágico así como el intestino superior. La sangre en el intestino puede hallarse hasta 40-80 cm por encima del punto de hemorragia. Si no se hallara la fuente de la hemorragia a pesar de provenir presumiblemente de! estómago, estará indicada la gastrotomía. Solo un corte longitudinal del órgano, de! tercio superior al medio, ofrece una visión panorámica suficiente, pudiendo asimismo ser extendido hacia arriba o hacia abajo. Deberá investigar la totalidad de la mucosa gástrica, desde el cardias hasta el píloro con un esofagoscopio o un rectoscopio se podrá visualizar asimismo el duodeno o el esófago. Mientras las hemorragias por úlceras superficiales o exulceraciones se reconocen con facilidad por el defecto de la mucosa, no ocurre lo mismo con la úlcera de Dieulafoy, habitualmente ubicada en el fundus, que sólo permitirá descubrir una inspección pliegue por pliegue de la mucosa. De pronto se tiene la impresión de que de la mucosa sana nace un chorro de sangre; aquí la terapia de elección será la aplicación de unos "puntos en cruz". Hasta este momento hemos tratado con éxito 9 pacientes de este tipo.

En la actualidad ya resulta insostenible la recomendación que de tanto<sup>1</sup> en tanto se propugnaba antiguamente, de efectuar una "resección gástrica inferior" en caso de hemorragia de origen desconocido.

Resulta decisivo para mejorar la tasa de éxitos en estas hemorragias digestivas altas, todavía asociadas a una importante mortalidad, la combinación de medidas diagnósticas para determinar el origen de la hemorragia con los controles necesarios para indicar la intervención en el momento apropiado. De este modo un tratamiento conservador, objetivo y crítico, y un proceder racional en la intervención, garantizan el éxito terapéutico. Sólo en el estadio IV se impone una intervención de urgencia; por lo demás tendemos a formular una indicación específica para cada caso.

*Dr. Gustavo Adolfo Zúniga h.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.— REIFERSCHIED, M; A. KANTERS: Die akute gastro-intestinale Blutung, Chirurg 40: 105, 1969.
- 2.—STREICHER, H. J.; Die solitare Exulceratio simplex als Ursache massiver Intestinalblutung. Dtsch. Med. Wschr. 91: 991, 1966.
- 3.—STREICHER, H. J.: Differentialdiagnostik und Therapie der Intestinalblutung. Münch. Med. Wschr. 109: 407, 1967.
- 4.—STREICHER, H. J.: Gundriss chirurgischer Indikationen (Sauttgart, 1969).
- 5.—WACHSMUT, W.; H. HUNER: Dtsch. Med. Wschr. 86: 560, 1960.
- 6.—WENZ, W.: De rontgendiagnostik der akuten gastro-intestinalen Blutung. Chirurg. 40: 100, 1969.
- 7.^ZUKSCHWERDT, L.; W. HAHN; J. PETERSEN: Med. Wschr. 78: 1725, 1963.