

# *Extractos de Revistas*

*Progresos de la Angioplastia salvadora de los miembros! en la enfermedad arterioesclerótica oclusiva* (Progress of Limb Salvage Angioplasty in Arterioesclerotic Occlusive Disease". Trippel O. H. Bergan, J. J. Laufman, H.) *Surgical Clinics of North America*, Vol. 43, N° 1. Pag. 295. Febrero 1963.

Los avances recientes en cirugía arterial!, permiten la salvación de un número mayor de extremidades inferiores, que antes hubieran requerido la amputación.

Se seleccionan los pacientes entre aquellos que tienen una insuficiencia circulatoria tan avanzada que la amputación se considera inminente. El criterio para esta selección es: a) Ulcera isquémica o progresiva; b) Dolor de reposo severo; c) Gangrena de los dedos o parte del pie; d) Alteraciones pregangrenosas en las extremidades.

## *Respuesta a la simpaticectomía*

Creemos que la simpaticectomía lumbar debe efectuarse como una operación preliminar o concomitante en la mayoría de los pacientes que van a ser sometidos a reconstrucción arterial o como una operación definitiva cuando la operación reconstructiva es imposible. Nuestra opinión es que la simpaticectomía lumbar aumenta y prolonga los resultados beneficiosos de la cirugía arterial reconstructiva directa.

## *Arteriografía*

No creemos que sea necesario que la cirugía reconstructiva del sistema femoropoplíteo deba ir forzosamente precedida de un estudio angiográfico que demuestre la permeabilidad del segmento poplíteo distal con irrigación adecuada de sus ramas. No exigimos para la reconstrucción arterial esta situación. En realidad algunos de nuestros casos más favorables han ocurrido en pacientes que mostraban poca o ninguna visualización de la arteria poplíteo o sus ramas en el estudio preoperatorio.

## *"Bypass"*

Los "Bypass", aorto-ilíacos tienen resultados favorables durante muchos años en la mayoría de los casos. En cambio, los "bypass" femoropoplíteos son notorios por su alto índice de oclusiones entre seis meses y tres años después de su inserción. El injerto tipo "bypass" más deseable es el que proviene de la vena safena interna, especialmente en el sistema femoropoplíteo.

	Casos	Más de 5 años	Porcentaje de más de 5 años
1er. Grupo .....	11	11	100
2º Grupo .....	11	8	72.7

De los **14 casos** precoces de carcinoma gástrico, que fueron operado?, el diagnóstico de carcinoma se hizo en 13 casos en el preoperatorio. Únicamente en un caso se había efectuado el diagnóstico de "pólipo gástrico". La seguridad diagnóstica clínica antes de la operación fue por lo tanto de **92.9%**.

Deseamos informar sobre n resultado de Va llamada prueba de la "**Malignolipina** sanguina". Este **procedimiento** diagnóstico fue comunicado por primera vez por Kosaki, en el Japón. Este autor es de la opinión que la Malignolipina es desde el punto de vista químico un **fosfolipido**, **No existe** aún unidad de criterio sobre la calidad de esta substancia, ni sobre su importancia ni exactitud diagnóstica. Es asunto que aún continúa discutiéndose en el seno de *los* congresos japoneses.

Según **nuestras observaciones** clínicas el examen fue positivo en el 99.11 Sí- de 113 casos ele carcinoma **gástrico** comprobado histológicamente. En esta serie el examen únicamente fue **negativo en** un caso de carcinoma de la mucosa gástrica. El índice de positividad en la serie de control fue algo **elevada: 16.6%-**

#### Seguridad diagnóstica de la *prueba de la Malignolipina en la sangre*

(Kobayashi).

	Casos	Positivos	Negativos
Carcinoma gástrico .....	113	<b>99.1%</b>	0.9%
Otros (úlceras gástricas y duodenales. Gastritis crónica. <b>Pólipo</b> gástrico. Estómagos sanos. Embarazos. Diversas enfermedades.....	271	16.5%	83.4%

Es digno de mencionarse que el resultado **del** examen se hizo **negativo después** de la resección del carcinoma gástrico. Se puede afirmar que cuando el examen de la Malignolipina resulta negativo, se puede descartar el carcinoma con una seguridad bastante grande, Pero cuando el paciente tiene un trastorno hepático o renal, la prueba resulta con frecuencia positiva.

Otro punto interesante sobre el que deseamos hacer énfasis es cómo debe hacerse para llevar a cabo la remoción de las metástasis linfáticas- en el carcinoma gástrico incipiente.

La frecuencia de las metástasis linfáticas se incrementa cuando las células cancerosas alcanzan la submucosa, mientras que estas metástasis no han podido ser comprobadas en nuestros casos cuando el carcinoma está aún limitado a 'a mucosa. Según nuestros estudios podemos decir que **en** los casos en que la infiltración carcinomatosa alcanza la submucosa. las metástasis carcinomatosas están limitadas especialmente a los ganglios perigástricos Estas metástasis ganglionares pueden ser removidas fácilmente aún por aquellos cirujanos que no poseen una gran experiencia. Esta es la razón por la cual en los casos de carcinoma de la mucosa se pueden obtener con frecuencia curaciones permanentes.— *Dr. J. Gómez-Márquez G.*

### *Endarterectomía*

Tiene ahora una aplicación mucho más amplia especialmente en el tratamiento de procesos oclusivos amplios de las extremidades inferiores. En estas circunstancias se emplea generalmente la llamada en darte recto mi a "**semi-cerrada**", entendiéndose por ello la remoción de un **segmento** relativamente amplio de íntima aterosclerótica usando un extractor de asa y arteriotomías múltiples. Comparada con la inserción de un injerto tipo "bypass", la endarterectomía es un procedimiento que requiere más pericia quirúrgica, más experiencia y paciencia. La endarterectomía puede reabrir los orígenes ocluidos de ciertas colaterales (lo cual el "bypass" no lo hace), pero puede asimismo cerrar colaterales que estaban aún permeables.

Es conveniente hacer énfasis en ciertas maniobras técnicas que pueden redundar en un éxito mayor de la endarterectomía: 1. Cierre primario de la arteriotomía sobre una sonda intraluminal que sirve de sostén. 2. Cierre de una arteriotomía terminal con un injerto que sirve de puente entre la parte de la arteria que ha sido intimectizada y la que no lo ha sido. 3. Inserción de injertos elípticos de dacron, teflon o vena autógena con el objeto de cerrar los sitios de las arteriotomías cuando ellos afectan vasos menores que la arteria ilíaca.

### *Mejoría de la circulación femoral profunda*

La arteria femoral profunda tiende a permanecer permeable incluso en presencia de una enfermedad oclusiva severa, que afecte prácticamente los demás vasos mayores del miembro inferior. La endarterectomía del orificio de la arteria femoral profunda, con frecuencia estrechada, pero casi nunca ocluido puede en muchos casos ser todo lo que se necesita para revascularizar un miembro **isquémico**.

### *Resultados*

En el tratamiento de un total de 51 miembros en 47 pacientes, obtuvimos 51% de miembros salvados; un 43% de fracasos y un 6% de mortalidad con este tipo de cirugía. Nuestras series más recientes revelan una mejoría ligera de estos resultados, es decir, un 61% de miembros **salvados** y un 4% de mortalidad en el curso de los últimos dos años y medio.—Dr. J. Gómez-Márquez G.

*Diagnóstico temprano y terapia del carcinoma gástrico* (Frühdiagnose und Therapie des Magenkrebses) Tomoda, M. y Ikejiri, T. Der Chirurg. N° 11, Pág. 495. Noviembre 1962.

El concepto de "caso precoz" en el carcinoma gástrico, no parece estar aún precisado. En los casos muy tempranos de carcinoma gástrico, que sólo pueden ser comprobados por medio de investigaciones anatomopatológicas y de laboratorio, el diagnóstico clínico es particularmente difícil. La cantidad de estos casos precoces que llegan al cirujano es asimismo muy escasa. Por ello se puede afirmar que el concepto de precocidad en el carcinoma gástrico desde el punto de vista clínico, debe aclararse aún más.

Clasificamos el carcinoma **gástrico** precoz en la siguiente forma:

Infiltración de la serosa: inexistente.

1er. Grupo: Infiltración de sólo la mucosa o submucosa, sin metástasis ganglionares.

2do Grupo: Infiltración de la capa muscular sin infiltración en la serosa. Sin metástasis ganglionares.

3er. Grupo: Infiltración de sólo la mucosa o la submucosa. Por el contrario, metástasis ganglionares en un área circunscrita.

*Inguina hernioraphies in Infants.* DeBoer, A. Surgical Clinics of North America 43: 147. 53.

El autor ratifica el concepto de que toda hernia inguinal en los niños debe ser reparada en cuanto el diagnóstico se verifique. Posponer la reparación de una hernia inguinal en el niño es una invitación a complicaciones que pueden evitarse. El Doctor DeBoer hace referencias al diagnóstico de las hernias, en las cuales, la palpación del grosor del cordón espermático es muy importante, ya que la introducción del dedo en el anillo inguinal produce dolor, hace que el niño llore, obteniéndose por consiguiente poca o ninguna información. En la revisión que hace, se nota que la incarceration se produce con mucho más frecuencia en los niños menores de 6 meses; en tal virtud, entre más pronto se repare una hernia menos serán los casos de incarceration. Hace referencia a los porcentajes de hernias que se presentan en el lado opuesto, porcentaje que varía, según los autores, entre el 3 y el 24%.

La técnica quirúrgica se reduce exclusivamente a la ligadura alta del saco heniario, ya que el paso del canal inguinal es generalmente normal. Se revisan en el artículo más de 2.000 hernias tratadas con la simple ligadura del saco, encontrándose solamente una recurrencia de 0,33%. Todas ellas ocurrieron durante el año de la operación.

*Dr. Virgilio Banegas M.*

---

*Investigación experimental de las estrecheces biliares secundarias.* The American Journal of Surgery. Goswita, St. — Mac Pherson, C. R., 105:25. 1963.

Consideran los autores que una de las más difíciles operaciones que un cirujano confronta es la reparación de las estrecheces biliares, las que tienen éxito en un 70% ; el restante 30% tiene que someterse a otros métodos quirúrgicos. A menos que se prevengan definitivamente las estrecheces de los conductos extrahepáticos, los pacientes tendrán que seguir sufriendo de Ictericia, escalofríos, fiebre, dolor abdominal, cirrosis, hemorragia, etc., etc.

Mucho se ha escrito sobre el tópico y los autores verificaron un trabajo experimental para determinar las causas determinantes de las estrecheces biliares secundarias. El trabajo se verificó en perros y se evaluaron tres causas: a) Infección en las suturas con cicatriz hipertrófica consecutiva; h) Desvascularización de los conductos biliares con fibrosis secundaria; c) Tensión de la línea de sutura. Las estrecheces fueron provocadas por las causas anteriores en 31 perros, a los cuales se les hizo cultivos de bilis, biopsia hepática y determinación de la fosfatasa alcalina, siendo controlados en el lapso de 4 a 8 meses.

Los resultados más **evidentes** fueron la ausencia de estrecheces secundarias en aquellos perros que recibieron antibióticos en dosis altas en el pre y postoperatorio. De los 31 perros, 20 vivieron de 4 a 8 meses; en 13 de ellos se encontró que la desvascularización de los conductos y la tensión en la línea de sutura provocaron estrecheces secundarias.

Como aplicación práctica se concluye que toda reparación de una estrechez primaria de los conductos biliares extrahepáticos, los pacientes deben ser cubiertos en el pre y postoperatorio con antibióticos, que no se desvascularicen los conductos y que la línea de sutura no esté tensa.

*Dr. Virgilio Banegas M.*

*Experiencias con hipotermia gástrica en hemorragia gastrointestinal masiva.* Dres. Richman. A. y Anthony, D. The American Journal of **Digestive** Diseases, Vol. 8, N° 2, p. 113. **1963.**

En este trabajo, los autores publican sus primeras experiencias con el nuevo método para detener las hemorragias del tracto digestivo superior utilizando hipotermia gástrica. El aparato es una unidad refrigeradora provisto de una bomba que hace circular una solución a 4° C, temperatura que puede ser controlada por un mecanismo dentro de la máquina. Sedantes, transfusión de sangre y reemplazo de líquidos y electrolitos deben utilizarse simultáneamente con la hipotermia. Los pacientes tratados y reportados en el trabajo son 3 con cirrosis hepática y várices esofágicas, uno con hemofilia y hemorragia consecutiva a la ingestión de un irritante químico, dos con carcinoma gástrico, uno con úlcera gastroyeyunal después de gastroenterostomía por cáncer de páncreas, uno con hemorragia postoperatoria en un icterico por coledocolitiasis y uno con úlcera duodenal por terapia esteroidea. En 3 de estos pacientes, el procedimiento no fue efectivo.

Los autores están de acuerdo con el Dr. Wangestein, de la Universidad de Minnessotta, iniciador del método, en los siguientes hechos que explicarían el hecho: 1) Inhibición de la fase **gástrica**, de la **digestión** en animales y de la secreción gástrica en un 75%, en el hombre; 2) Disminución del flujo sanguíneo gástrico en perros con hipotermia gástrica, a un 66.2% de flujo normal; 3) marcada **reducción** de la motilidad del estómago y del **intestino** delgado; 4) Retardo del vaciamiento gástrico; 5) Bloqueo de la producción de pepsinógeno por las células principales.

Dr. Jorge Haddad

*Manifestaciones digestivas de las enfermedades del colágeno.* Patterson, J. F. y Wierzbinsky, S. The Medical Clinics of North America, Vol. 46, N° 5, p. 1387. 1962.

Los autores se refieren al grupo de enfermedades llamadas "colagenosis", como entidades caracterizadas por un proceso inflamatorio, fibrosante o degenerativo que compromete a múltiples órganos y causa una gran variedad de síndromes clínicos; el grupo incluye la dermatomiositis; esclerodermia, lupus eritematoso sistémico, periarteritis nodosa y vasculitis "alérgica". Y enfatizan las manifestaciones gastrointestinales cuyo conocimiento puede, en muchos casos, dar con el diagnóstico.

La dermatomiositis produce comúnmente disfagia, en un 50% de los casos; úlcera gástrica se ve muy raramente, pero se han discutido algunos casos, que incluso llegaron a la perforación. La esclerodermia puede comprometer a todo el tubo gastrointestinal, pero lo más común es la disfagia y un cuadro radiológico esofágico muy característico; los síntomas digestivos pueden ser el único síntoma de la enfermedad, la disfagia es producida por la falta de peristalsis y de elasticidad de las paredes esofágicas. El lupus eritematoso, la periarteritis nodosa y la vasculitis "alérgica" producen desórdenes en todo el sistema digestivo por inflamación vascular, trombosis e infartos tisulares, hemorragias gastrointestinales, perforaciones y mal funcionamiento hepático.

Dr. Jorge Haddad.

"*El aspecto de la Parótida, 1962*". Boswell. R. E. Dayton, Ohio. Archives of Otolaryngology. Vol. 75:498-501, junio 1962,

Los tumores de la parótida ofrecen problemas peculiares. Sus localizaciones se presentan en tal forma que sólo con una meticulosa disección guiada por el conocimiento de una anatomía detallada, se puede **lograr** una completa **extirpación tumoral**, sin lesionar al nervio facial. La clasificación histológica todavía no es adecuada y la biopsia ayuda muy poco para guiar el procedimiento **quirúrgico**. **Se requieren** grandes exposiciones de la glándula para determinar la extensión del neoplasma, y para decidir la amplitud de la **cirugía** que se necesita. Debe reserarse un margen de tejidos sano para evitar la fácil recidiva, de este tipo de neoplasmas. Puntos anatómicos de referencia son útiles para la rápida identificación y exposición protectora del nervio facial, Una campaña de educación aún se necesita: Educar al paciente para que acuda al cirujano oportunamente; y educar al cirujano en los detalles anatómicos del área quirúrgica, para que la extirpación exitosa de los tumores parotídeos no se inhiba por el temor de lesionar al nervio facial.

*Dr. Enrique Aguilar Paz*

---

"*Audioanalgesia, un nuevo problema para los otólogos*". H, Davis, A. Glorig. Archives of Otolaryngology. Vol. 77:432-436. Abril 1963.

Audioanalgesia se refiere al uso del sonido para aliviar el dolor. Este método ha sido usado especialmente en Odontología y en menor escala en Obstetricia, pero posteriormente podrá tener un uso más generalizado. El otólogo debe explicar a los Dentistas y demás profesionales que lo usan los peligros del *trauma acústico* por exposición al ruido intenso y particularmente- la importancia de la duración de la exposición y los periodos de descanso. Un riesgo notable de la Audioanalgesia es su aplicación a pacientes que han sido sometidos a **Cirugía** del Estribo, los cuales están privados de la acción protectora normal del Músculo Estapedial. Esos pacientes nunca deben ser sometidos a ese procedimiento. Tampoco deberá ser usado en pacientes que presentan historia de episodios de Vértigo o **Acúfenos**, con o disminución de la agudeza auditiva.

*Dr. Enrique Aguijar Paz*