

# ANGIOLOGIA

VOL. II

MARZO-ABRIL 1950

N.º 2

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CRISIS DE ANGOR PECTORIS GRAVES EN JÓVENES CON CARDIOPATÍA REUMÁTICA

J. CODINA-ALTÉS y F. MARTORELL

*Del Instituto Policlínico de Barcelona*

Las tentativas quirúrgicas para curar o aliviar el angor pectoris han sido numerosas, sin que hasta la fecha se haya obtenido un resultado positivo. Sin embargo, determinados casos pueden beneficiarse de un tratamiento operatorio. Entre ellos figuran los enfermos jóvenes de angor pectoris secundario a lesiones valvulares de origen reumático. Estos enfermos, sometidos a la operación de J. White (simpatectomía torácica respetando el ganglio estrellado), pueden ver desaparecer sus molestias precordiales, dormir tranquilos, mejorar la capacidad funcional de su corazón y así sobrevivir el período crítico de su insuficiencia coronaria, entre tanto progresa espontáneamente la vascularización del miocardio por el lento desarrollo de una circulación colateral suficiente. Veamos un caso demostrativo:

OBSERVACIÓN. -- Enfermo de 23 años. Profesión libre. Padres y hermanos sanos.  
*Antecedentes patológicos.* — A los 6 años amigdalectomía, por frecuentes anginas. A los 12 años reumatismo poliarticular de poca intensidad, que dos años más tarde se repitió. A los 20 años (1944) tuvo que guardar cama durante cuatro días por un ataque de reumatismo muy intenso. Se practicó una nueva amigdalectomía y se diagnosticó lesión valvular mitroaórtica. En 1945, por lo tanto un año después del ataque de reumatismo, hacen aparición pequeñas crisis de angor, repetidas cada quince días aproximadamente. En diciembre del mismo año permaneció veinte días en cama por brote endocárdico, quedando a partir de entonces crisis anginosas que se producían cada noche. En mayo de 1946 infarto pulmonar. En marzo de 1947 le fueron practicadas en otro servicio infiltraciones del ganglio estrellado izquierdo, que sólo mejoraron el dolor irradiado a los brazos de las crisis anginosas. Posteriormente se le aplicaron sesiones de onda corta con dosis iniciales muy pequeñas, presentando una crisis seria de angor. Últimamente fué sometido a la infiltración de los primeros ganglios simpáticos dorsales, apareciendo durante la misma una grave lipotimia por predominio vagal. Con estos antecedentes y después de haber pasado un mes durante el cual las crisis de angor decúbitus se produjeron casi cada noche, ingresa en la Sección de Cirugía Vascular.

*Exploración.* T. A. 160/20; 80 pulsaciones por minuto. Temperatura, 36'6.

Exploración cardíaca. Hipertrofia cardíaca muy acentuada. Estenosis e insuficiencia aórtica. Estenosis mitral.

Electrocardiograma. Frecuencia 85' P. R. = 0'18 (normal) Q. R. S. = 0'08 (normal). Onda P<sub>I</sub> y P<sub>II</sub> anchas y melladas. P<sub>III</sub> negativas. Melladuras Q. R. S. en las tres derivaciones. Segmento RS-T deprimido en D<sub>I</sub> e isoeléctrico en D<sub>II</sub> y D<sub>III</sub>. Onda T<sub>I</sub> positiva aplanada, T<sub>II</sub> y T<sub>III</sub> negativas.

El día 20-VI-47 se practica infiltración, con novocaína al 1 por 100, de los cuatro primeros ganglios simpáticos dorsales, previa atropinización. Se siguió la técnica de White. No se produjo alteración o accidente alguno. 110 pulsaciones por minuto. No Claude Bernard- Horner. Al día siguiente T. A. 165/30. Temperatura, 37'5. 110 pulsaciones. La misma noche ya no tuvo crisis y se mantuvo sin ellas durante diez días consecutivos, al cabo de los cuales reaparecieron.

El 9-VII-47 reingresa para repetir la infiltración simpática paravertebral, que se practica con los mismos resultados transitorios obtenidos en la primera. Después de diez días sin aquejar molestia alguna reaparece una crisis diaria, unas veces por la noche y otras al despertar por las mañanas, que ceden con trinitrina y papaverina. La situación empeoró en el mes de agosto en que las crisis de angor se presentaban tres y cuatro veces en una sola noche, con parestesias en ambas manos y falta de agilidad en los dedos al despertarse.

En estas circunstancias en el mes de diciembre se decidió su reingreso para ser sometido a la extirpación de la cadena simpaticotorácica con sus ganglios, y así conseguir que los efectos pasajeros alcanzados con la novocainización se hicieran permanentes. Antes de la operación se comprueban por radiografía lesiones fímicas en el vértice izquierdo.

*Operación.* — La operación se practica el 4-XII-47.

Anestesia general: Anestesiador Dr. Miquel. Operador: Dr. F. Martorell. Ayudantes: Dr. J. Valls-Serra, Dr. Oller-Crosiet y Dr. Gual.

Sympatectomía torácica izquierda por vía posterior, que comprende desde el tercer ganglio torácico hasta el estrellado, sin extirpar este último. Intensa paquipleuritis. Con la cadena simpática se extirpa un pequeño nódulo adherido a ella que histológicamente resulta ser un ganglio linfático con folículos de Koster.

*Cursa postoperatorio.* — Después de la operación desaparecen por completo las algias precordiales.

A los tres días complicación respiratoria febril, que cede fácilmente con Penicilina.

A los siete días, por la noche, sobreviene bruscamente un cuadro de insuficiencia cardíaca con edema pulmonar que cede a las pocas horas.

Salte de la Clínica a los quince días de operado.

A los dos años de la operación nos comunica que está muy bien. No ha tenido más crisis de dolor precordial. De vez en cuando tiene algún dolor en el dedo pulgar como equivalente anginoso.

## R E S U M E N

Se comunica un caso de angor pectoris grave en un joven, secundario a una enfermedad valvular reumática, tratado quirúrgicamente con buen resultado.

## S U M M A R Y

A case of surgical relief of severe angina pectoris in a young patient secondary to valvular disease of rheumatic origin is reported.

## UN CASO DE SUTURA DE HERIDA DE CORAZON

ANDRÉS DORRONSORO

*Cirujano-Director de la Clínica Quirúrgica La Inmaculada Concepción de Sevilla*

Con cierta frecuencia una pequeña herida, superficial al parecer, es la puerta de entrada a través de la cual se han producido lesiones graves en órganos profundos, aunque de momento no acusen sintomatología clínica alguna. Por tanto es de gran importancia la observación clínica cuidadosa de todo lesionado, para poder hacer un diagnóstico cierto y no dejar sin el correspondiente tratamiento lesiones graves, llevados por una falsa interpretación clínica.

En el caso que vamos a exponer, las lesiones vistas de momento eran, aparentemente, insignificantes y al parecer exentas de toda gravedad, pero un detenido estudio clínico del lesionado nos llevó a la conclusión de que aquellas heridas de aspecto inocente encerraban en su profundidad lesiones graves por la importancia vital del órgano muy probablemente afectado.

El caso es el siguiente:

Con la mayor urgencia somos llamado para ver a un lesionado, sería aproximadamente la una de la tarde, y se trataba, según nos manifestaron, de un hombre de unos sesenta años al cual un hijo suyo, enfermo mental, le había agredido con unas tijeras en su domicilio, sobre las 8 a 9 de la mañana, causándole diversas heridas punzantes en cara anterior de tórax, de pequeñísima extensión: la mayor no llegaba a un centímetro. Habían sido tratadas en primera intención con títura de yodo y cura oclusiva con gasa aséptica, no sangrando en absoluto. Pero como, a pesar del inocente aspecto de las heridas, el lesionado se va agravando a medida que pasa el tiempo, es por lo que somos requeridos en consulta por el médico de cabecera.

Al herido lo encontramos sudoroso, cianótico y con una intensa disnea; su pulso apenas es perceptible. Las pequeñas heridas inciso-punzantes en cara anterior de tórax, hasta el número de 6 ó 7, no sangran y únicamente una de ellas, la situada en quinto espacio intercostal, a unos 2 cm. del borde esternal izquierdo, pudiera ser penetrante.

Los latidos cardíacos están ahogados y por auscultación se percibe un apagamiento total de tonos que resultan casi imperceptibles. Pensamos ver por radioscopia si la sombra es o no pulsátil, pero el estado del herido, con su gran disnea, no permite

someterle a ningún traslado, pues al menor movimiento se le agudiza la disnea. La ausencia total de tonos y el aumento de matidez cardíaca unido al pulso filiforme y a la baja de presión arterial 50/30, acompañado todo ello de una gran disnea y cianosis, nos lleva a pensar en la existencia de una herida de corazón acompañada tal vez en un gran hematoma intrapericárdico que dificulta los movimientos del corazón.

Sentado este diagnóstico proponemos una urgente intervención que se lleva a la práctica a las 6 ó 7 horas de habérsele ocasionado las lesiones.

Bajo anestesia local practicamos una incisión a lo largo del quinto espacio intercostal izquierdo, ampliando la herida que existía a este nivel. Esta incisión se prolonga en gancho hacia arriba, siguiendo el borde esternal, seccionando quinto y sexto cartilago costal, ligamos mamaria interna y seguidamente colocamos un fuerte separador intercostal de Sauerbruch, que nos proporciona un amplio campo. Tenemos muy buen cuidado en estos momentos de la operación el rechazar hacia afuera la pleura izquierda para evitar su abertura accidental, que agravaría extraordinariamente el estado del herido. De esta manera logramos poner ante nuestra vista la cara anterior del pericardio, que se nos presenta de un color azulado negruzco pudiendo apreciar en su parte inferior un pequeño orificio punzante por el que asoma un coágulo de sangre. Dilatamos la pequeña herida del pericardio y súbitamente sale proyectado un gran coágulo de sangre que llenaba totalmente la cavidad pericárdica, comprimiendo el corazón, impidiéndole sus normales movimientos y que, al quedar libre de este obstáculo, empieza a latir ante nuestra vista lanzando un chorro de sangre en cada sistole por una pequeña incisión que se le aprecia en borde derecho y que debe penetrar en ventrículo derecho. Agrandando rápidamente la incisión pericárdica logramos introducir la mano izquierda y sostener con ella el corazón por su base, mientras que con la derecha intentamos dar un primer punto de sutura con seda que a la par de oclusivo nos sirva de sostén y fijación para poder dar los sucesivos puntos de sutura; tenemos la desgracia de que este primer punto, debido al estado un tanto ateromatoso de las paredes del corazón y a la menor consistencia de las del ventrículo derecho, más delgadas que las del izquierdo, se desgarran cuando el ayudante tiraba de él para facilitar la sutura definitiva, contingencia que añade un nuevo dramatismo al momento operatorio ya de por sí muy lleno de emoción. Rápidamente con la mano izquierda comprimimos la base del corazón para cortar la hemorragia, si bien esta compresión no puede durar más que unos segundos, los que aprovechamos para dar un nuevo punto de sutura que abarca más espesor de tejido cardíaco, lo que determina que quede firme y nos sirva de sostén seguro, para poder dar ya con más tranquilidad dos puntos más de sutura, con lo que queda ocluida totalmente la herida dejando de sangrar el corazón.

Seguidamente limpiamos, por aspiración, de sangre y coágulos la cavidad del pericardio, dejando un pequeño drenaje con crines de Florencia para que pueda salir al exterior los exudados que se produzcan, evitando con ello toda compresión del corazón.

Después de la intervención se le administran calmantes para contrarrestar su excitación y calmar el dolor, y al mismo tiempo se le aplica una abundante transfusión de sangre de 500 c. c. de dos donantes.

El drenaje se retira a los tres días, y sin ningún otro contratiempo damos fin a este caso en el que su tratamiento encierra un dramatismo muy superior al de ninguna otra intervención, dada la rapidez con que hay que actuar una vez que el diagnóstico se ha establecido.

Tiene también un particular interés esta historia clínica y es en lo relativo al tiempo transcurrido desde el momento de ser ocasionada la herida hasta

el de ser tratada, tiempo no menor a 6 ó 7 horas ; esto va en contradicción con una creencia bastante generalizada de que las heridas de corazón son rápidamente mortales.

#### RESUMEN

Se expone un caso de herida punzante de corazón, curado por evacuación del ematoma pericárdico y sutura de aquélla.

#### SUMMARY

A case of heart wound is reported cured by emptying the pericardiac haematoma and suturing the wound.

## ANEURISMA VENOSO

J. SALA DE PABLO

*Hospital Provincial de Soria*

El aneurisma venoso cuya historia clínica y fotografías aportamos, creemos que constituye una rareza, sobre todo por lo que a su localización respecta.

Se trata de un enfermo de 27 años que desde hacía tres, sin antecedentes previo, le apareció en cara interna de rodilla derecha un abultamiento del tamaño de

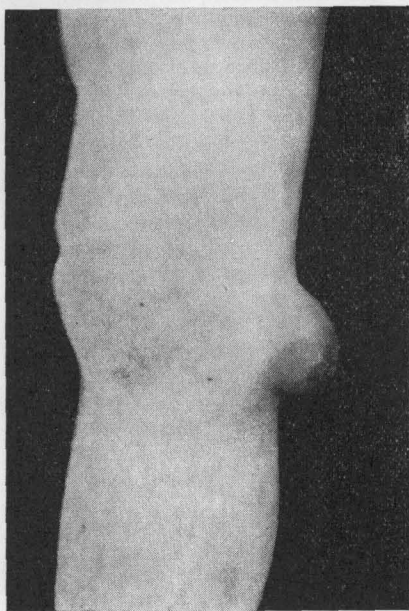


Fig. 1



Fig. 2

una avellana, de vez en cuando disminuía de tamaño, y al comprimirlo desaparecía. Hacía un mes aproximadamente que había tenido molestias en la pierna derecha y fiebre no muy elevada durante unos cinco días. A partir de este momento, el bulto

fué creciendo poco a poco hasta adquirir el tamaño que puede apreciarse en la figura 1.<sup>a</sup>, haciéndose irreductible. Su forma era ovoidea y sus ejes transversales y longitudinales median 4,6 y 6 cm. respectivamente. En su parte más prominente tenía, desde hacía unos diez días, una zona del tamaño de un círculo de 2 cm. de diámetro, de color azulado y piel adelgazada. A su polo inferior aflua una vena tortuosa. Su consistencia era semidura, homogénea, adherida a planos superficiales y profundos. Mediante punción se extrajo una pequeña cantidad de sangre de color rojo pálido muy fluida.

Esta tumoración fué extirpada. Un fácil plano de clivaje permitió una rápida enucleación, excepto en sus dos polos donde se continuaba con una vena tortuosa (figura 2).

Incandida la pieza extirpada, se halló una pequeña cavidad del tamaño de una avellana y coágulos organizados adheridos a la pared venosa.

El enfermo curó sin que hayamos vuelto a tener noticias de él, desde hace 15 años.

Se trata, pues, de una dilatación aneurismática de una vena correspondiente al sistema de la safena interna y consecutiva esta dilatación a un proceso tromboflebítico que debió ocurrir en el momento en que el enfermo atravesó el breve episodio febril y doloroso.

Con alguna frecuencia se citan dilataciones aneurismáticas de la safena interna a nivel de la región crural, las cuales pueden confundirse con una hernia crural cuando la dilatación es reductible, pero la localización a nivel de la cara interna de la rodilla creemos constituye una excepción.

#### RESUMEN

Se expone un caso raro de aneurisma venoso trombosado de la safena interna, a nivel de la rodilla, curado por extirpación.

#### SUMMARY

A rare case of thrombosed aneurysm of the saphenous vein, at the knee level, is reported. Cure was obtained by excision.

## VARICES POR FISTULA ARTERIO VENOSA CONGENITA

F. MARTORELL

*Sección Cirugía Vasculardel  
Instituto Policlínico de Barcelona*

Con el nombre de varices arteriovenosas o varices por fístula arteriovenosa congénita se describe un tipo especial de varices que se presentan en gente joven y dependen de la anastomosis entre pequeñas arterias y las venas subcutáneas. En algunos casos la presencia de pulsatilidad venosa, «thrill» y soplo



1. — Fotografía de las varices que durante muchos años vieron el aspecto de varices esenciales y que, coincidiendo con una hipertensión arterial, se volvieron pulsátiles

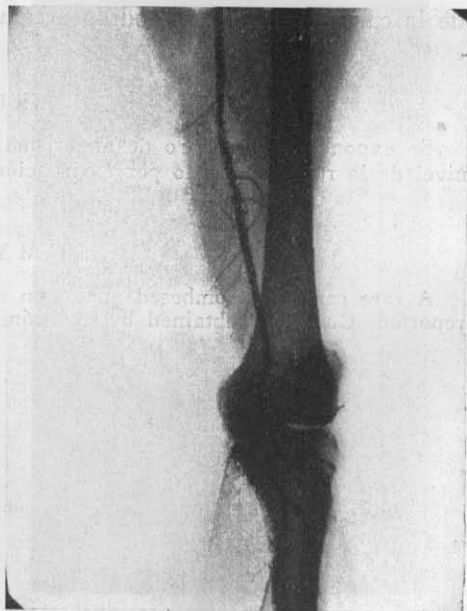


Fig. 2. — Arteriografía de la misma enferma con Thorotrast, por punción de la femoral superficial. Aunque no se visualizan las comunicaciones arteriovenosas, la substancia de contraste aparece muy tenue en las dilataciones venosas como si llegara directamente.



continuo de refuerzo sistólico permiten un diagnóstico de certeza, pero estos signos se presentan rara vez. Por regla general el diagnóstico debe establecerse basándose en la aparición precoz de las varices, en su situación irregular, en el aumento del contenido en oxígeno de la sangre y en la hipertrofia del miembro enfermo.

Hemos tenido ocasión de observar un caso que durante muchos años evolucionó como unas varices corrientes. Coincidiendo con la presentación de una hipertensión arterial, dichas varices adquirieron carácter pulsátil y en la operación, al extirpar estas venas varicosas, hubo que ligar pequeñas arterias en comunicación directa con las varices.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA.** — M. P. Cincuenta y un años, hembra (1946). Una hermana, varices.

*Historia.* — Acude a la consulta porque padece varices voluminosas en los miembros inferiores desde muy pequeña. En el lado izquierdo han crecido mucho y últimamente ha observado que se han vuelto pulsátiles. En este lado la región supramaleolar interna se ha ulcerado.

Hipertensión arterial, 18/8; arritmia y bradicardia desde hace poco tiempo.

*Exploración.* — No hay hipertrofia del miembro.

No hay nevus.

Varices voluminosas serpentinadas en la cara interna del muslo y de la pierna (fig. 1).

Ausencia de arteriectasia.

Pulsatilidad venosa, palpable y visible.

Ligero edema supramaleolar.

Aumento de temperatura local.

Aumento del índice oscilométrico proximal.

No hay «thrill».

No hay soplo.

No hay alteraciones óseas.

Oxígeno en sangre venosa, no investigado.

*Angiografía.* — Inyección de 200 c. c. de Thorotrast en la arteria femoral. Aunque no se visualizan las comunicaciones arteriovenosas, la substancia de contraste aparece en las dilataciones venosas como si llegara directamente (fig. 2).

*Operación.* — Extirpación de las varices. En el curso de la operación hay que ligar algunos pequeños vasos, cuya hemorragia es pulsátil y que desembocan en las varices extirpadas.

Este caso transcurre durante muchos años como una observación vulgar de varices esenciales. Cabe suponer que desde un principio existieron pequeñas comunicaciones arteriovenosas cuyo exiguo calibre no permitía transmitir la pulsatilidad arterial. Tratadas estas varices por cualquier procedimiento que no hubiese sido la extirpación, la recidiva hubiese sido segura al no suprimir dichas comunicaciones arteriovenosas. Es posible que la pulsatilidad adquirida últimamente por las varices dependiera del aumento de calibre de las comunicaciones arteriovenosas como consecuencia de la hipertensión arterial que en los últimos años sufría la enferma.

Quizás el número de varices por comunicación arteriovenosa congénita es

superior al que aceptamos hoy día. El pasar inadvertidas estas comunicaciones explicaría fácilmente las rápidas recidivas que se observan en algunos casos, a pesar de ser tratados correctamente por ligadura de las comunicantes insuficientes y esclerosis química de las varices excluidas por la ligadura.

#### R E S U M E N

A propósito de un caso que se comunica, el autor llama la atención hacia un grupo de pacientes portadores de fístulas arteriovenosas que se diagnostican de varices esenciales. Quizá su número sea mayor de lo que se supone, hecho que explicaría la rapidez con que recidivan algunos casos a pesar de practicarse correctamente las clásicas operaciones para las varices.

#### S U M M A R Y

The author calls attention to a group of patients having arteriovenous fistulae, but whose condition was diagnosed for essential varicose veins. Perhaps its number may be greater than it is generally believed, and this fact would account for some cases in which the condition recurred with rapidity following the classical operation for varicose veins.

## NOTAS TERAPÉUTICAS

### UN NUEVO ESCLEROSANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES

V. SALLERAS

*De la Sección de Cirugía Vascular  
del Instituto Policlínico de Barcelona*

En 1937, BIEGELSEN dió a conocer el oleato de monoetanolamina como substancia esclerosante para el tratamiento de las varices. Se trata de una substancia química, producto de síntesis y carente de compuestos nitrogenados; esta condición la hace muy manejable, ya que prácticamente nunca dará lugar a reacciones alérgicas graves, que tantas veces se han señalado después de la inyección de morruato sódico, el esclerosante que priva en la actualidad. Tanto es así que en 5166 en más de 12000 inyecciones no las ha comprobado jamás con características de gravedad; en toda la literatura no se conoce más que un caso de SHELLEY en que se provocó la muerte por reacción anafiláctica después de una inyección de esta substancia.

Hay preparados comerciales en los que la monoetanolamina se combina con ciertos ácidos grasos obtenidos del aceite de hígado de bacalao en lugar de hacerlo con el ácido oléico, dando como resultado el morruato de monoetanolamina.

Hasta hace muy poco este producto no se había difundido en España; pero recientemente ha aparecido en el mercado un preparado, «Varsyl», de la casa «Geigy», que junto a una solución acuosa al 6 por 100 de oleato de monoetanolamina contiene una substancia ligeramente anestésica (alcohol bencílico) y otra antiséptica del tipo de las sulfamidas.

Las alteraciones tisulares extravasculares que pueden provocar las inyecciones mal aplicadas, son muy débiles sobre todo si se las compara con la enérgica acción irritante intensa que tiene sobre la endovena.

Se recomienda el empleo de pequeñas dosis, máximo de 2 c. c. por cada inyección; dicha cantidad resulta suficiente para la esclerosis postoperatoria, complementaria, pero no lo es para la práctica de la esclerosis masiva operatoria, para la que debiera resultar idónea por sus condiciones de indolencia.

En vista de ello consultamos a la casa preparadora, que no llegó a aclararnos nuestras dudas respecto a la cantidad a utilizar de una sola vez, hablando de una máxima de 4 c. c. Por ello decidimos ensayarla en nuestros

enfermos y los resultados se han mostrado francamente satisfactorios, hasta tal punto que hemos abandonado todos los demás esclerosantes que hasta ahora habíamos utilizado.

La dosis máxima que hemos inyectado de una vez ha sido de 10 c. c. No hubo dolor a la inyección ni reacción general inmediata de ningún género; sin embargo, en los casos en que se han administrados dosis elevadas, los enfermos han acusado una ligera reacción febril postoperatoria que ha cedido paulatinamente; además han presentado dolor intenso a lo largo del trayecto venoso esclerosado por flebitis química que ha disminuído al compás del descenso de la temperatura. La esclerosis obtenida fué excelente y poco a poco hemos reducido la dosis que fijamos definitivamente en 4 a 6 c. c. Sólo queremos advertir que la inyección retrógada se ha hecho a partir del tercio superior de la pierna o del tercio inferior del muslo, ya que inyectando desde la ingle los efectos esclerosantes son de mucha menor intensidad.

## INFORMACION

### LA «ASOCIACIÓN DE CARDIOLOGÍA Y ANGIOLOGÍA» DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA

Siguiendo el curso de sus Sesiones Científicas, en la «Asociación de Cardiología y Angiología» de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña se han presentado últimamente las siguientes comunicaciones:

13 diciembre 1949. — *Situs inversus, tetralogía de Fallot y Síndrome de W. P. W.*, por F. DE A. ESTAPÉ. *Úlceras supramaleolares de origen arterial, no hipertensivas*, por A. RODRÍGUEZ-ARIAS, L. TRÍAS DE BES, G. ZAMORANO ESTAPÉ y F. BALLESTA BARCONS.

10 enero 1950. — *Pericarditis urémica (Estudio clínico electrocardiográfico de un caso)*, por F. DE A. ESTAPÉ, J. MIGUEL, V. BROSSA y A. ESTAPÉ. *Varicoflebitis, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar*, por L. OLLER-CROSIET.