

LOS BLOQUEOS ANESTÉSICOS DEL NEUROVEGETATIVO EN LAS EMBOLIAS ARTERIALES DEL MIEMBRO SUPERIOR

ALFONSO R. ALBANESE y JUAN CARLOS GUZZETTI

Clínica Albanese, Buenos Aires (Argentina)

La participación del sistema neurovegetativo en la determinación de los trastornos circulatorios de la embolia arterial fué señalada por LERICHE, quien, con sus colaboradores HEITZ y POLICARD, demuestra clínica y experimentalmente el angiospasmus reflejo desencadenado por el trauma interno. El émbolo, detenido en una de las bifurcaciones arteriales de la periferia, se traduce clínicamente por síntomas característicos: localización precisa, dolor lancinante, palidez y enfriamiento de la extremidad; el pulso no se palpa desde ese lugar a la periferia; hay además alteraciones motrices y sensitivas. Al efecto distensivo o traumático sobre la pared arterial, se suma la excitación de las terminaciones sensitivas subendoteliales y en particular de la túnica adventicia, responsables del reflejo angiospástico que involucra a todos los vasos de la misma latitud, es decir, responden a las leyes de metamería a que obedecen los reflejos cerebrospinales, llevando a la isquemia del miembro, pues actúa simultáneamente sobre la arteria y los vasos colaterales no ocluidos. Con frase gráfica LERICHE decía: «La arteria embolizada ya no es una arteria, sino un nervio centrípeto en condiciones anormales».

La embolectomía no fué una solución integral. Los resultados positivos sólo pueden esperarse si el cirujano tiene a su disposición un equipo adecuado, si ha sido consultado antes de que sea demasiado tarde y si se ha reconocido inmediatamente el grave estado del enfermo. De ahí que LERICHE, para mejorar sus resultados, indicó la operación simpática adicional, que más tarde, con FONTAINE y ALBERT, recomiendan sustituir por el bloqueo anestésico. Posteriormente ALBERT aboga por el bloqueo con medida sistemática previa a cualquier intervención sobre los vasos sanguíneos. LERICHE y FONTAINE, CARCASSONÉ y HAIMOVICI, citan resultados positivos por este método. GAGE y OCHSNER intentan tratar la embolia exclusivamente por el bloqueo con

excelentes resultados. LORD, últimamente, no aconseja operar las embolias del miembro superior y sí hacer tratamiento conservador. Con esta terapéutica hemos logrado resultados sorprendentes a tal punto que hacemos nuestras las palabras de ALLEN y MAC LEAN : «Que pueden lograrse tan buenos resultados con los métodos conservadores, que la embolectomía cada vez es menos necesaria».

Nuestra experiencia abarca catorce casos, el primero en 1942, de embolia de la arteria humeral, todos tratados con bloqueos anestésicos del ganglio estrellado y torácicos superiores, por vía ánterolateral, según técnica propuesta por uno de nosotros.

En seis de ellos, se inicia el tratamiento antes de las 10 horas, en los otros, de 12 a 18 horas; el número de bloqueos osciló entre 3 y 25 como máximo. De la lectura de las historias clínicas de los tratados con esta terapéutica, da la impresión de que, en ellos, el síndrome evoluciona con fenomenología clínica objetivamente más corta y apagada y subjetivamente menos penosa que en los que curaron con el tratamiento quirúrgico o el médico exclusivo.

Las modificaciones que sobre la circulación del segmento braquial logra el bloqueo anestésico se exteriorizan fundamentalmente por la elevación de la temperatura, por el cambio de color cutáneo y por el aumento de la onda sanguínea, signos que tienen correspondencia en la mejoría de los fenómenos subjetivos de dolor y de fatiga muscular.

Relataremos «in extenso» la historia de la primer paciente tratada, haciendo hincapié en los demás en los hechos más salientes evitando repeticiones dada la gran similitud clínica.

Observación núm. 1. — M. L. 55 años. Diagnóstico : Insuficiencia ventricular izquierda. Asma cardíaca. Hipertensión arterial.

Hace 6 años amputada a nivel del tercio inferior del muslo del miembro inferior izquierdo, por gangrena extensiva en pie y pierna.

El 8 de agosto de 1942 dolor súbito, lancinante en su antebrazo derecho, que se irradia a codo y a los dedos de la mano, gran excitación y sensación de tener la mano muerta.

Esta, está fría, blanca, después se pone cianótica, no se palpan latidos arteriales, hipostesia y paresia manifiesta. Índice oscilómetro de 0.

La medicación antiespasmódica instituida no produce mejoría alguna.

La vemos a las 6 horas de iniciado el cuadro. Se le practica bloqueo anestésico del ganglio estrellado y 2.º y 3.º torácico. El dolor cede inmediatamente, a la media hora cambia la coloración, ya no presenta aquel veteado y está algo más caliente al tacto. A los 2 días reapareció el pulso, es dada de alta al 4.º día; a la semana, volvieron gradualmente a la normalidad las reacciones sensitivas y motrices, considerándosela clínicamente curada. Tres bloqueos en total.

Observación núm. 2. — J. J., 50 años. Enfermedad mitral. Julio de 1943. Embolia arteria humeral izquierda; la vemos a las 12 horas. Diez bloqueos en total. Alta a los 13 días, curada.

- Observación núm. 3.* — A. R., 45 años. Octubre de 1943. Estenosis mitral. Embolia arteria humeral derecha. La vemos a las 8 horas. Dieciocho bloqueos en total. A los 15 días, alta, curado.
- Observación núm. 4.* — J. P., 48 años. Enero 1944. Enfermedad mitral. Embolia arteria humeral derecha. La vemos a las 15 horas. Veinte bloqueos en total. A los 18 días, alta, curada.
- Observación núm. 5.* — M. T., 42 años. Febrero 1944. Estenosis mitral. Embolia arteria humeral izquierda. La vemos a las 16 horas. Diecisiete bloqueos en total. A los 14 días, alta, curada.
- Observación núm. 6.* — J. D., 50 años. Marzo 1944. Estenosis mitral. Embolia de la arteria humeral derecha. La vemos a las 5 horas. Veinte bloqueos en total. A los 15 días, alta, curada.
- Observación núm. 7.* — M. T., 38 años. Junio 1947. Enfermedad mitral. Embolia de la arteria humeral izquierda. Es vista a las 17 horas. Catorce bloqueos en total. A los 22 días, alta, curada.
- Observación núm. 8.* — A. C., 53 años. Junio de 1948. Estenosis mitral. Embolia de la arteria humeral izquierda. La vemos a las 7 horas. Diez bloqueos en total. A los 8 días, alta, curada.
- Observación núm. 9.* — P. F., 51 años. Agosto 1950. Enfermedad mitral. Embolia de la arteria humeral izquierda. La vemos a las 13 horas. Veinticuatro bloqueos en total. A los 15 días, alta, curada.
- Observación núm. 10.* — M. C., 63 años. Octubre 1950. Estenosis mitral. Embolia de la arteria humeral derecha. La vemos a las 9 horas. Veinte bloqueos en total. A los 17 días, alta, curada.
- Observación núm. 11.* — F. P., 57 años. Noviembre de 1951. Estenosis mitral. Embolia de la arteria humeral derecha. La vemos a las 7 horas. Veinticinco bloqueos en total. A los 21 días, alta, curada.
- Observación núm. 12.* — M. V., 46 años. Enero de 1952. Enfermedad mitral. Embolia de la arteria humeral derecha. La vemos a las 18 horas. Veintidós bloqueos en total. A los 17 días, alta, curada.
- Observación núm. 13.* — M. E. 38 años. Enfermedad mitral. Embolia de la humeral izquierda. La vemos a las 8 horas. Trece bloqueos en total. A los 7 días, alta, curada.
- Observación núm. 14.* — A. B., 40 años. Estenosis mitral. Embolia de la arteria humeral derecha. La vemos a las 15 horas. Diecisiete bloqueos en total. A los 20 días, alta, curada.

CONCLUSIONES

Hemos tratado con bloqueos anestésicos del ganglio estrellado y torácicos superiores 14 enfermos, con embolias de la arteria humeral derecha 8 casos

y de la arteria humeral izquierda 6 casos. Llegados a la consulta entre las 3 y 18 horas de iniciado el cuadro agudo, se les practicaron series de 3 a 25 bloqueos. En todos los casos el dolor cedió rápidamente, y gradualmente en horas o días la coloración de la piel, temperatura periférica, pulso, sensibilidad y la motricidad, es decir, con «*restitutio ad integrum*», siendo dados de alta, curados, entre los 4 y 22 días de iniciado el tratamiento.

Los satisfactorios resultados obtenidos, la sencillez técnica y el material clínico acumulado, nos inducen a presentar el juicio crítico que nos merece tal proceder terapéutico como un recurso aconsejable y de inestimable valor en el tratamiento de las embolias del miembro torácico, superior sin lugar a dudas a los métodos cruentos, embolectomía y arteriectomía, que sólo consiguen el 60 y 70 por ciento de éxitos, respectivamente.

S U M M A R Y

Fourteen patients with brachial artery embolism have been studied. Of these, eight of right humeral artery and six of left humeral artery. Stellate ganglion block was employed as a treatment. In all cases, adequate circulation of the extremities was reestablished with restoration of pulses. These satisfactory results obtained in all cases of brachial artery embolism are superior to all those treated by embolectomy, which were succesful only in sixty or seventy per cent of the cases. Therefore we are induced to advise stellate ganglion block as the best treatment of brachial artery embolism.