

ARTERITIS POR MULETAS. TROMBOSIS AGUDA TRATADA POR ARTERIECTOMIA AXILAR

J. VALLS-SERRA

*Del Departamento de Angiología de la Clínica Médica
Universitaria (Prof. Pedro Pons), Barcelona*

Si repasamos las causas más frecuentes de trombosis arterial aguda en la extremidad superior encontramos por orden de frecuencia las siguientes etiologías: tromboangéctis, arteriosclerosis, costilla cervical y síndrome del escaleno, poliglobulia, infecciones, traumatismos, etc. Esta última causa, o sea la traumática, sugiere la idea de una contusión intensa que lesionando la pared arterial provoque la trombosis inmediata en la zona afectada por el traumatismo. En realidad esta causa es bastante rara en la práctica civil, especialmente en la extremidad superior. Es mucho más frecuente la trombosis originada por pequeños traumatismos repetidos, como el que origina el apoyo de la muleta, que es el caso que nos ocupa, y como se produce también en la costilla cervical o el síndrome del escaleno, donde la compresión repetida corre a cargo de la costilla anormal o el escaleno anterior hipertrofiado en contacto continuo con la arteria a nivel del desfiladero costo-escalénico.

El traumatismo repetido, aunque poco intenso, empieza por producir una periarteritis que poco a poco va extendiéndose en profundidad hasta llegar a interesar todas las capas arteriales. Se comprende que para llegar al estadio final de la trombosis, siendo el traumatismo relativamente pequeño, es necesario que pase mucho tiempo y por esto una de las causas más frecuentes de la arteritis por muletas es la parálisis infantil, que, dejando inmovilizado un miembro inferior, obliga al uso de dicho aparato ortopédico para toda la vida. Es posible que si los vasos conservasen el tono y la elasticidad de pared de la infancia o juventud, no se llegase nunca a producir la trombosis, pero como que al traumatismo constante se asocia la degeneración normal de los tejidos por la edad, es precisamente al llegar a la edad madura cuando aparecerán los trastornos de esta arteritis que se ha ido fraguando lentamente y que puede terminar en la trombosis del vaso traumatizado.

La sintomatología de la arteritis por muletas es variable, y los cuadros clínicos más frecuentes a que da lugar son: el síndrome de Raynaud unilateral, por irritación del simpático de la adventicia, y la trombosis arterial axilar, por lesión endotelial consecutiva a la arteritis crónica traumática.

Así, pues, ante una trombosis axilar aguda arterial en un sujeto que usa muletas, debemos pensar inmediatamente en que se deba al trauma repetido del aparato. Hasta aquí todo es comprensible y lógico, pero cuando la trombosis arterial no debuta en la zona comprimida por la muleta sino que empieza en las arterias distales es más difícil aceptar esta causa etiológica y puede pensarse en la tromboangieítis, arteriosclerosis o incluso en una causa general como la poliglobulia, antes que aceptar que esta trombosis a distancia sea debida a la arteritis axilar. Únicamente después de eliminar todas las causas posibles de trombosis arterial en la extremidad superior podemos llegar, por exclusión, al diagnóstico de arteritis por muletas complicada de trombosis arterial. Esto es lo que sucedió en el caso que vamos a describir a continuación:

Enfermo J. V., de 51 años de edad, de profesión escribiente, sin antecedentes familiares de importancia, muy fumador.

Cuando tenía un año de edad sufrió una poliomielitis grave con parálisis completa de la extremidad inferior derecha y lesiones poco acusadas en la pierna izquierda. Quedó con la pierna derecha más corta, atrófica, y con anquilosis de la rodilla en flexión. La pierna izquierda se recuperó completamente, por lo que pudo andar apoyándose en este miembro sano, pero viéndose obligado a usar desde la infancia la muleta aplicada a la axila derecha.

En los antecedentes patológicos destaca un proceso ulceroso gástrico, curado, y unas mialgias reumáticas, hace 7 años, que fueron tratadas con salicilato endovenoso, una de cuyas inyecciones, administrada precisamente en el brazo derecho, le produjo pérdida de conocimiento e intensa reacción general sin más consecuencias.

La historia actual data del pasado invierno en que empezó a notar, a nivel de la parte distal de los dedos 4.º y 5.º de la mano derecha, crisis de Raynaud con palidez, cianosis y rubor.

Hace dos meses nota dolor en la palma de la mano derecha, especialmente en la región tenar, con intermitencias, de aparición completamente irregular, persistiendo una vez establecido con intensidad variable por espacio de unas horas. En ocasiones se acompaña de calor y en otras de frialdad.

Hace un mes, sometido a reconocimiento médico, se le aprecia un cordón duro a nivel del canal radial que había pasado inadvertido por el enfermo.

En este estado viene a consultarnos, comprobando que la arteria radial no pulsa y está convertida en un cordón duro, rodadero bajo el dedo y desplazable. Los demás pulsos periféricos están presentes, tal como muestra la figura 1 A.

Proponemos practicar una arteriografía para visualizar la extensión del proceso y el estado de la circulación colateral, ya que las molestias que aqueja son difíciles de explicar por la simple trombosis de la arteria radial.

Ingresa en el Hospital, pero no lo hace inmediatamente, y al explorarlo de nuevo nos encontramos con gran sorpresa que la arteriografía, que queríamos realizar inyectando percutáneamente la arteria humeral a nivel del codo, es ya imposible porque

la trombosis alcanza la arteria humeral hasta casi la axila, con la ficha vascular que muestra la figura 1 B.

Presenta la particularidad de apreciarse un claro edema a nivel de la trombosis, en los dos tercios inferiores del brazo, que nos hace pensar en una posible participación venosa. Tiene palidez, frialdad y claudicación de la mano y antebrazo con

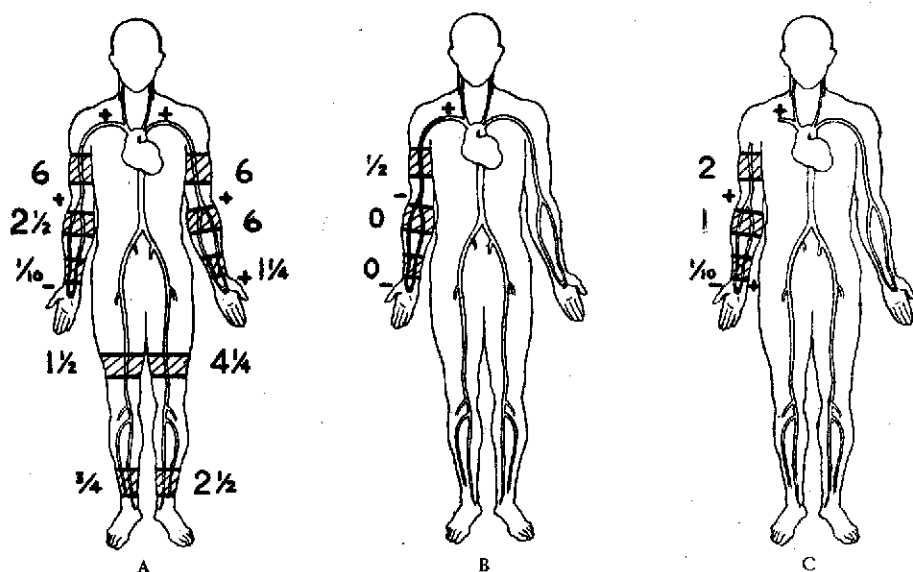


Fig. 1. — Ficha vascular del enfermo:

- A). Cuando lo vimos por primera vez.
- B). Antes de la arteriectomía axilar.
- C). Cuatro meses después de la operación.

dolor pretrófico que amenaza una posible necrosis. Fórmula hemática normal. Ausencia de síntomas de arteriosclerosis. Electrocardiograma normal. Fondo del ojo normal.

Ante el edema con enrojecimiento localizado en brazo, pensamos por un momento en la posibilidad de una tromboflebitis que hubiese ocasionado arteriospasmó, pero la pulsatilidad perfecta de la arteria por encima de la trombosis nos hace desechar esta suposición.

Pensamos también en la posibilidad de una trombosis de origen tromboangéptico, pero la ausencia de alteraciones del índice oscilométrico y síntomas clínicos en extremidades inferiores nos hace ponerlo en duda.

Nos quedaba el hecho de haber usado muletas durante toda su vida con compresión sobre la axila del brazo afecto.

Mientras completábamos la exploración, la trombosis iba progresando lentamente y se acentuaba el riesgo de necrosis, por lo que sin esperar más realizamos de urgencia la arteriectomía axilar derecha bajo anestesia local, seccionando la arteria en el límite superior de la trombosis y quedando un muñón superior perfectamente pulsátil.

Revisamos el estado de la vena axilar comprobando su perfecta permeabilidad.

Entregamos el segmento de arteria extirpada al laboratorio y nos remiten el siguiente dictamen (Dr. CISCAR):

Capa muscular algo hipertrofiada. Íntima discretamente fibrosada. La adventicia presenta algunos infiltrados leucocitarios y hemorrágicos. Se aprecia un pequeño vaso arterial con trombosis antigua y en completa organización fibrosa. La luz de la arteria

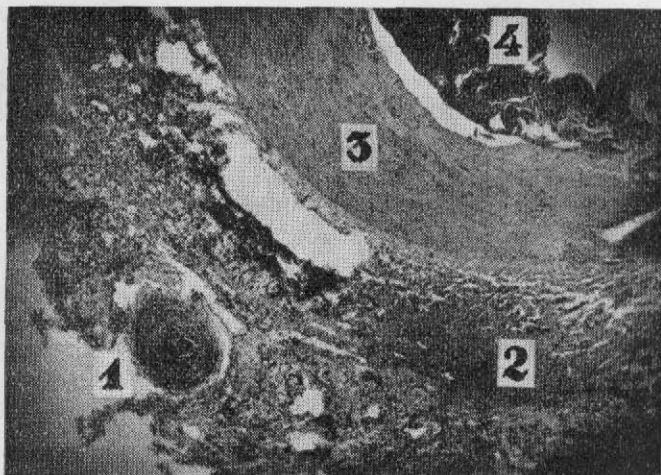


Fig. 2 — Microfotografía de la arteria axilar resecada en la cual se aprecia un vaso adventicial con obliteración antigua, aparte de la trombosis reciente del tronco principal. 1. Vaso adventicial; 2. Adventicia engrosada; 3. Muscular; 4. Trombo reciente.

axilar es de tamaño normal, estando ocupada por un trombo reciente que inicia su organización (fig. 2).

El enfermo se recupera rápidamente desarrollando una magnífica circulación colateral y desapareciendo el peligro de necrosis. Paulatinamente reaparece el índice oscilométrico en brazo e incluso llega a oscilar ligeramente el antebrazo, pudiéndose palpar perfectamente la pulsación de unos vasos anómalos de circulación complementaria a nivel del codo. A veces se percibe el pulso cubital aunque con dificultad (fig. 1 C).

Visto posteriormente hemos comprobado la desaparición de todas las molestias, excepto una ligera claudicación al trabajar con el brazo en alto y alguna que otra parestesia residual en la mano.

Hemos practicado también la biopsia de la arteria radial primitivamente obliterada y se ha podido rechazar el diagnóstico de tromboangiítis, encontrándose sólo una muy discreta arteriosclerosis (Dr. ROCA DE VIÑALS).

COMENTARIO

Siendo distal en un principio el comienzo de la trombosis, nos costó aceptar su causa verdadera; pero rechazadas por la exploración y biopsias practi-

casas, así como por los análisis de laboratorio y exploración general, las demás posibles causas de trombosis arterial, llegamos a la conclusión de que se trataba de una trombosis arterial aguda originada por el uso de muletas.

Destacan como hechos importantes:

- 1.º El haber empezado la trombosis por las arterias más distales.
- 2.º La presencia de edema y enrojecimiento del brazo a nivel de la trombosis humeral.
- 3.º Comprobación de un vaso con obliteración antigua, en la adventicia de la arteria axilar.
- 4.º Poder rechazar el diagnóstico de tromboangeítis por biopsia radial.
- 5.º Recuperación del pulso y oscilometría en toda la extremidad a pesar de la resección de la arteria axilar.

RESUMEN

Se comunica un caso de arteritis por muletas que origina trombosis arterial de comienzo periférico y progresión ascendente, resuelto por arteriectomía axilar con reaparición del pulso y oscilometría en todo el miembro.

SUMMARY

A case of distal onset of arterial thrombosis due to Crutch arteritis is presented successfully treated by axillary arteriectomy with pulse and oscillometry reappearance through all the extremity.