

TROMBOARTERITIS POR MULETAS

BERNARDO MILANÉS

Jefe de Clínica

JORGE MC COOK

Adjunto

ALFREDO L. HERNÁNDEZ

Adjunto

De la Sección de Enfermedades Vasculares de la Cátedra de Patología Quirúrgica (Prof. R. Guerra Valdés), Universidad de La Habana (Cuba)

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de F. Q. H., de 53 años, mestizo, que ingresa en el Servicio de Enfermedades Vasculares de la Sala «Fortún» el día 20 de marzo de 1950, por gangrena de los cinco dedos de la mano derecha.

Cuando tenía diez años de edad, sufrió la amputación del brazo y la pierna izquierdos por un proceso infeccioso, viéndose obligado desde entonces al uso permanente de muletas.

Seis meses antes de su ingreso en nuestro servicio comienza su enfermedad por sensación de adormecimiento de la mano derecha con calambres y frialdad de la misma, así como cambios de color que variaban del pálido al rojo violáceo. Posteriormente aparecieron vesículas en el dedo pulgar que al romperse dejaban escapar un líquido claro, evolucionando finalmente a una necrosis distal. El mismo proceso se repitió en los cuatro dedos restantes.

No había nada de interés a señalar entre sus antecedentes patológicos tanto personales como familiares y sólo en sus hábitos tóxicos se constataba que era un fumador inveterado.

Al examen, los latidos arteriales axilar y humeral eran normales, el radial y cubital estaban ausentes. La oscilometría arrojaba 6 en brazo y trazas en antebrazo. La exploración vascular en el miembro inferior era completamente normal. El resto del examen negativo, y en los exámenes complementarios realizados no existían alteraciones dignas de mención excepto discreta anemia y parasitismo intestinal.

Una arteriografía realizada por punción directa de la arteria axilar demostraba una obstrucción de la arteria humeral en su porción terminal, no visualizándose la arteria cubital ni radial. La circulación del antebrazo y mano se hacía a expensas de las interóseas. La flebografía era completamente normal.

El tratamiento consistió en bloqueos novocaínicos del ganglio estelar, que se repitieron diariamente durante las dos primeras semanas y posteriormente cada cuatro días hasta un total de treinta. Priscoí cada cuatro horas (20 miligramos por vía endovenosa); antibióticos, y cura local consistente en lavados con suero fisiológico y sulfatiazol en polvo. A los cincuenta días de comenzado el tratamiento quedó establecida la línea de demarcación en la zona gangrenada, apresurando la eliminación de los tejidos necrosados con la extirpación quirúrgica de la última falange del dedo pulgar, medio e índice; en los dos restantes la eliminación fué espontánea.

Fué dado de alta completamente bien a los cuatro meses de su ingreso.

Hemos visto nuestro enfermo posteriormente en dos ocasiones, la última de ellas en mayo de 1951, encontrándose en perfecto estado.

COMENTARIOS

La rareza de esta afección se evidencia por el hecho de haber encontrado no más de nueve casos en la literatura médica revisada. Nosotros, en el Servicio de Enfermedades Vasculares Periféricas del Hospital Universitario «General Calixto García» sólo hemos podido comprobar este diagnóstico en el enfermo motivo de nuestro trabajo.

Las posibilidades de una Tromboangeítis Obliterante, Arterioesclerosis Obliterante y Síndromes de Costilla Cervical y Escaleno Anterior fueron desechados por el examen clínico, radiológico y arteriográfico.

Quedaba como único diagnóstico, sugerido además por las condiciones que concurrían en el caso, la Tromboarteritis por Muleta, pero el hecho de que en nuestro enfermo la pulsatilidad de la arteria axilar estaba presente y los pulsos cubitales y radiales abolidos, nos dejaba como única explicación el que se tratara de una trombosis distal por arterioespasmo mantenido como consecuencia de un estado irritativo de origen traumático a nivel de la arteria axilar. Este fenómeno que ha sido señalado por VALLS-SERRA como de enorme importancia en la etiopatogenia y diagnóstico diferencial de esta afección, hace variar el concepto erróneo de que la gangrena distal, en el síndrome que estudiamos, fuese debida a una trombosis en el punto de compresión, esto es, a nivel de la axilar.

Creemos también de interés señalar la posibilidad de que la afección evolucione con carácter crónico, como nuestro caso, lo que no ha sido descrito en los trabajos revisados en la literatura.

SUMARIO

Presentamos un caso de Arteritis por Muleta de evolución crónica, con trombosis distal y evolución favorable bajo tratamiento médico.

S U M M A R Y

A case of chronic Crutch arteritis, with distal thrombosis, is presented, successfully treated with medical measures.

B I B L I O G R A F I A

1. BARKER, N. W. e HINES, E. A. — *Arterial oclusión in the hand and fingers associated with repeated occupational trauma*. Proc. Staff Meet. Mayo Clinic 19-345-1944.
2. RAMOND, L. — *Gangrene of finger in patient using cruth: diagnostic and study of a case*. Presse Méd. 46-783-14-V-1938.
3. ROLLINO, A. y BINDA, B. — *Tromboarteritis por muletas. Presentación de un caso y consideraciones*. Revista «Angiología». 2-145-1950.
4. VALLS-SERRA, J. — *Arteritis por muletas. Trombosis aguda tratada por arteriectomía axilar*. Revista «Angiología». 3-59-1951.