

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS EMBOLIAS DE LA BIFURCACIÓN AÓRTICA

F. MARTORELL

De la Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico, Barcelona

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la obliteración aguda de la bifurcación aórtica se basa en la existencia de los siguientes signos:

1.^o Aparición brusca en los dos miembros inferiores de dolor, impotencia funcional, o ambas cosas a la vez. Inmediatamente o al poco rato se presenta palidez o cianosis de los dos pies y anestesia más o menos extensa.

2.^o La exploración muestra ausencia de latido arterial en femorales, poplíteas, pedias y tibiales posteriores.

3.^o Las oscilaciones están abolidas en toda la extensión de los miembros inferiores.

Este cuadro clínico es común a todas las obliteraciones agudas de la bifurcación aórtica, cualquiera que sea su naturaleza. Estas obliteraciones pueden ser producidas por una embolia, por una trombosis o por un aneurisma disecante.

La obliteración embólica se caracteriza por la coexistencia con el anterior cuadro clínico de una enfermedad embolígena, en la inmensa mayoría de los casos una cardiopatía, y, de entre éstas, la estenosis mitral con fibrilación auricular, la endocarditis o el infarto de miocardio. Ante un cuadro de obliteración aguda de la bifurcación aórtica en un enfermo que ha sufrido embolias anteriores o que sin haberlas padecido se comprueba una cardiopatía embolígena, el diagnóstico de embolia de la bifurcación aórtica puede establecerse casi con toda seguridad. Es más frecuente en las mujeres.

En algunos casos una embolia arterial detenida a nivel de la bifurcación de la ilíaca primitiva puede originar un cuadro clínico semejante. La obliteración mecánica de ésta existe sólo en un lado, pero el síndrome isquémico está presente en las dos piernas. En estos casos hay un arteriospasmo reflejo en la ilíaca del lado opuesto, que es causa de la bilateralidad de los síntomas clínicos. Puede sospecharse esta localización del émbolo si los síntomas de un lado mejoran rápidamente y se recupera la pulsatilidad en la femoral

EMBOLIAS DE LA BIFURCACIÓN AÓRTICA

de forma espontánea o por la acción de una terapéutica espasmolítica, quedando permanentemente sin pulso el miembro del lado opuesto.

La obliteración trombótica aguda se caracteriza por el cuadro clínico siguiente :

1.^º Aparición brusca de intenso dolor en la pelvis o en los miembros inferiores seguidos de frialdad, palidez e impotencia funcional.

2.^º Ausencia de latido arterial en las femorales, poplíticas, pedias y tibiales posteriores.

3.^º Ausencia de oscilaciones en toda la extensión de los miembros inferiores.

4.^º Ausencia de enfermedad embolígena.

5.^º Signos propios de la arteriosclerosis (historia previa de claudicación intermitente, dilatación aórtica, hipertensión, etc.).

6.^º Finalmente, debe tenerse en cuenta que, hasta la fecha, todos los casos de obliteración trombótica de la bifurcación aórtica pertenecen al sexo masculino.

La obliteración aortoilíaca por aneurisma disecante se caracteriza por el cuadro clínico siguiente :

1.^º Aparición brusca en uno o en los dos miembros inferiores de signos isquémicos (dolor, frialdad, palidez o cianosis, etc.), o de parálisis por necrosis isquémica medular.

2.^º Estos signos en los miembros van precedidos o seguidos de intensas algias en el tórax o en el abdomen.

3.^º El curso es rápido, el enfermo se colapsa y en la mayoría de los casos muere en horas o en muy pocos días.

4.^º No existe enfermedad embolígena.

5.^º Con frecuencia existen antecedentes familiares o personales de enfermedad hipertensiva.

6.^º Mucha mayor frecuencia en el sexo masculino.

TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico de embolia de la bifurcación aórtica debe procederse rápidamente a la embolectomía. No hacerlo representa condenar a muerte al enfermo. Incluso los que no fallecen durante los primeros días los hacen después de semanas de sufrir un grave estado toxioinfeccioso por la infección de sus escaras. Veamos un caso demostrativo que me fué remitido al mes y medio del episodio embólico.

Observación n.º 1. — El 2 de diciembre de 1939, ingresó de urgencia en nuestro Servicio una enferma de sesenta y un años, cardíaca mitral, que hace dos años hizo una embolia cerebral, de la que quedó hemipléjica del lado izquierdo, y hace mes y medio tuvo intenso dolor en las dos piernas de aparición brusca, las cuales quedaron blancas, frías e insensibles. Poco a poco aparecieron manchas cianóticas y después

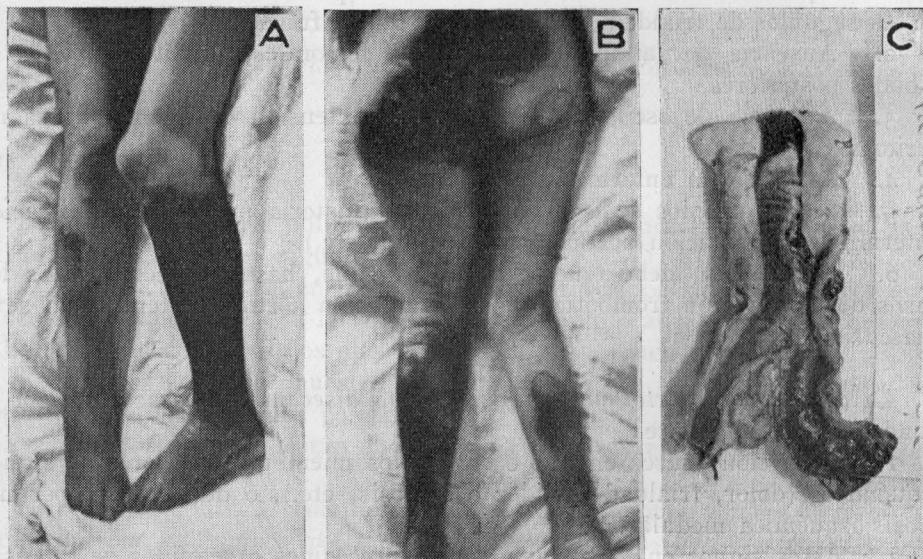


Fig. 1. — Embolia de la bifurcación aórtica a los 45 días de producirse, tratada médicaamente en otro Servicio. A. Gangrena bilateral de los miembros inferiores. B. Colocada la enferma en decúbito prono se aprecian extensas placas de gangrena en los puntos de apoyo. C. Pieza de autopsia, el émbolo y la trombosis ocultan el final de la aorta y las dos ilíacas primordiales.

placas de gangrena isquémica, que ascendieron rápidamente, con mayor intensidad en el lado hemipléjico. Últimamente ha aparecido una gran escara, que comprende la región sacra y glútea. La enferma está muy intoxicada, taquiarritmica, con temperatura de 38,5°.

La exploración clínica muestra :

1.º Extensas placas de gangrena en las dos piernas, en la región sacra y en la glútea (fig. 1).

2.º Ausencia de latido arterial en femorales, poplíticas, pedias y tibiales posteriores.

3.º Ausencia de oscilaciones en toda la extensión de los miembros inferiores.

4.º Corazón : estenosis mitral con fibrilación auricular.

Diagnóstico: Embolia de la bifurcación aórtica.

Con una terapéutica médica se consigue mejorar su estado general y disminuir la

fiebre. Con la idea de mejorar la irrigación en los muslos, para proceder después a una amputación, se interviene el día 9 del mismo mes, practicando una arteriectomía de la ilíaca primitiva derecha, y la gangliectomía lumbar del mismo lado. El mal estado de la enferma no permite prolongar la operación para realizar lo mismo en el otro lado.

Fallece a los dos días, confirmándose en la autopsia el diagnóstico clínico (figura 1 C).

En ocasiones a pesar de una asistencia operatoria tardía puede salvarse la vida y hasta las extremidades con una amputación menor.

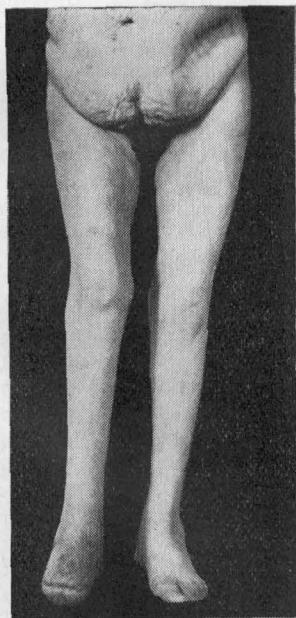


Fig. 2. — Fotografía de las piernas de la enferma correspondiente a la observación núm. 2. Obsérvese cómo a pesar de la embolectomía tardía ha perdido sólo el antepié derecho que ya estaba gangrenado en el momento de su ingreso.

Observación n.º 2. — El 10-VII-51 ingresa de urgencia en nuestra Clínica Vascular una enferma de 65 años, esposa de un médico, que ha sido diagnosticada de embolia de la bifurcación aórtica por los Dres. Pedro Pons y Sans. El episodio embólico data de tres días, presentándose en forma de dolor súbito e intenso con pérdida de la sensibilidad e impotencia funcional en los dos miembros inferiores, frialdad y palidez.

En el momento de su ingreso presenta placas de gangrena en el pie derecho y gran úlcera por decúbito sacra. Ausencia de pulso y de oscilaciones en toda la extensión de los dos miembros inferiores. La exploración cardiaca no demuestra lesión valvular. La presión arterial es 16/8. La temperatura 38,5°. Ligera taquicardia. La aorta está dilatada y es muy opaca a R. X. Existe evidente hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Inmediatamente se procede a la embolectomía por vía extraperitoneal seguida de transfusión de sangre. La aorta abdominal a nivel de su bifurcación presenta lesiones ateromatosas. Despues de la operación se administran 50 mg. de Heparina cada cuatro horas, por vía intravenosa.

En la pierna izquierda reaparecen inmediatamente las oscilaciones y la pulsosidad periférica. En la derecha mejora el estado circulatorio aunque no reaparecen ni las oscilaciones ni el pulso periférico.

Limitada la necrosis al mismo nivel que presentaba en el momento de su ingreso, se le practica el 17-VIII-51 una simpatectomía lumbar derecha.

El 28-VIII-51 se practica una amputación transmetatarsal abierta para suprimir el sector afecto de gangrena seca del antepié. Se extirpa asimismo un sector cutáneo de la planta del pie, a nivel del talón, que aparece necrosado.

El 15-II-1952 la enferma tiene todas sus lesiones cicatrizadas (fig. 2). Existe sólo una ligera retracción en flexión de la rodilla. A pesar de la embolectomía tardía se ha conseguido salvar las dos piernas con una amputación

menor en el lado derecho. Mientras en el lado izquierdo, la embolectomía, permitió una recuperación funcional y anatómica, manifiesta por la recuperación del pulso y oscilaciones; en el derecho existía una trombosis distal, secundaria, que imposibilitó el paso de la sangre por la vía troncular. El pulso y las oscilaciones no reaparecieron en este lado. La irrigación de la pierna se efectuó por la vía colateral.

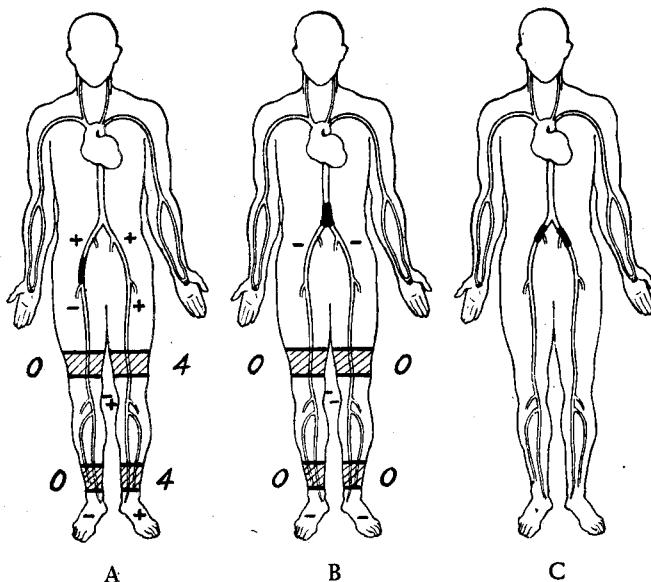


Fig. 3. — A: Representación esquemática de la exploración clínica correspondiente al primer episodio embólico del caso n.º 3. Embolia de la femoral común derecha. — B: Representación esquemática de la exploración clínica correspondiente al segundo episodio embólico. Embolia de la bifurcación aórtica. C: El émbolo de la bifurcación aórtica, fragmentado con las maniobras de liberación, ocuye las dos iliacas primitivas.

Si la operación se ejecuta inmediatamente, la embolectomía salva la vida y las dos piernas, con recuperación anatómica y funcional completa. Veamos un caso demostrativo.

Observación n.º 3. — El día 25-XI-46 el Dr. Nogales, nos remite de urgencia una enferma de sesenta años, cardiópata mitral con fibrilación auricular, que aduce un síndrome isquémico agudo de la extremidad inferior derecha. La conducta terapéutica del médico de cabecera ha sido correcta: le ha administrado una inyección intravenosa de eupaverina fuerte e inmediatamente ha ordenado su traslado a la clínica.

EMBOLIAS DE LA BIFURACIÓN AÓRTICA

Cuenta la enferma que a las 8,50 de la mañana, después de evacuar, notó dolor e impotencia funcional en el miembro inferior derecho, con frialdad, anestesia y cianosis. El dolor aumentó progresivamente.

El examen muestra, además de su taquiarritmia, los datos clínicos de la obliteración de la femoral común derecha (fig. 3 A).

Diagnóstico. — Cardiopatía mitral. Fibrilación auricular.

Embolia arterial de la femoral común derecha.

Tratamiento. — Embolectomía, que se ejecuta a las 4,50 horas del mismo día. Heparinización inmediata.

Curso postoperatorio. — Restablecimiento anatómico de la circulación arterial. A los tres días las dos extremidades presentan el mismo aspecto. Desde el tercer día se le administra una inyección diaria de Digipuratum.

El día 2-XII-46, a los siete días de operada, se exagera la taquiarritmia. Tiene sensación de vértigo y pérdida del tacto en los dedos de la mano izquierda. A las tres de la madrugada se despierta con malestar abdominal y dolor y anestesia en los dos pies.

Reconocemos a la enferma el día 3-XII-46, a los ocho días de operada. El examen clínico se halla esquematizado en la figura 3 B.

Diagnóstico. — Embolia de la bifurcación aórtica.

Tratamiento. — Embolectomía.

Se descubre, bajo anestesia general, la bifurcación aórtica por vía extraperitoneal izquierda, confirmándose el diagnóstico clínico. La bifurcación aórtica se halla obliterada por un émbolo. Las ilíacas no laten. Con las maniobras de liberación se observa que, bruscamente, la ilíaca primitiva izquierda empieza a latir con vigor y que el émbolo se ha desplazado a la bifurcación ilíaca izquierda. Embolectomía.

Terminada la operación se observa que el pie derecho presenta una isquemia grave en franco contraste con el pie izquierdo, cuya circulación se ha recuperado totalmente. Se interpreta este hecho como una obliteración de la ilíaca derecha por fragmentación del émbolo aórtico y oclusión de las dos ilíacas primitivas (fig. 3 C).

La operación que se daba por terminada, habiéndose suprimido la anestesia, debe reemprenderse de nuevo. Embolectomía a nivel de la ilíaca primitiva derecha.

La operación ha durado tres horas y se ha ejecutado con anestesia general en plena fibrilación auricular. Transfusión de sangre y heparinización inmediata.

La circulación se recupera en los dos miembros, a pesar de que la vía arterial principal, en el lado derecho ha sufrido dos arteriorrafias (fig. 4). Alta, curada, a los veintiocho días.

El excelente resultado obtenido se debe:

1.º A la intervención precoz, derivada de una conducta terapéutica correcta por parte del médico de cabecera.

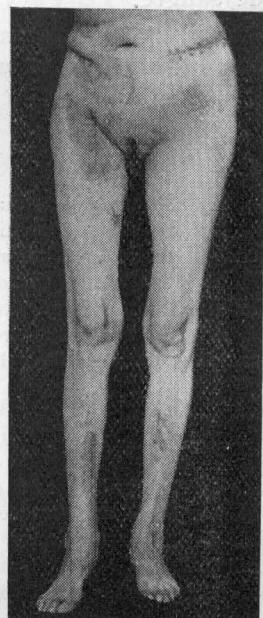


Fig. 4. — Fotografía correspondiente al caso núm. 3. Despues de la embolectomía de la bifurcación aórtica se obtiene la recuperación anatómica y funcional de la circulación en los dos miembros.

2.^o A una técnica operatoria cuidadosa, en virtud de la cual dos suturas arteriales, escalonadas, son compatibles con la permeabilidad de la circulación troncular.

3.^o Al restablecimiento de la presión arterial, mediante una transfusión de sangre.

4.^o A la heparinización inmediata, en virtud de la cual se evita la trombosis a nivel de la sutura.

R E S U M E N

1.^o Se expone el diagnóstico de las obliteraciones agudas de la bifurcación aórtica.

2.^o Se expone el diagnóstico diferencial de las obliteraciones agudas de la bifurcación aórtica (embolia, trombosis, aneurisma disecante).

3.^o Se indica como tratamiento de la embolia de la bifurcación aórtica, la embolectomía inmediata.

4.^o Se presentan tres casos para demostrar los resultados obtenidos con las operaciones inmediatas y las operaciones tardías.

S U M M A R Y

The diagnosis and differential diagnosis of the acute occlusion at the bifurcation of the aorta are exposed.

Early embolectomy is the best treatment for the embolus at the bifurcation of the aorta.

Three cases are reported to show the advantages of early operation.