

TRATAMIENTO DE LA EMBOLIA ARTERIAL DE LAS EXTREMIDADES

JUAN MONCLÚS

*Assistenzarzt de la «Chirurgische Klinik» del Städtische
Krankenhaus de Leverkusen (Alemania), Director H. W. Pässler
Cirujano Vasculares de la Clínica «Figarola-Pera»
Barcelona (España)*

Ante un enfermo que presenta un cuadro de isquemia aguda de una o varias extremidades se requiere su ingreso urgente en un centro médico-quirúrgico; el tratamiento a domicilio es siempre nefasto. De esta urgencia depende, como dice MARTORELL, «la salvación del enfermo, la de su extremidad, la reducción al mínimo de la necrosis o su supresión absoluta y finalmente la conservación de su miembro útil».

Hecho ya el diagnóstico de embolia arterial, en la que siempre debemos encontrar una afección embolígena, procederemos de la siguiente forma, dividiendo los enfermos en dos grandes grupos:

- 1.º Tributarios de tratamiento médico (fig. 1).
- 2.º Tributarios de tratamiento médico-quirúrgico (fig. 2).

EMBOLIAS ARTERIALES TRIBUTARIAS DE TRATAMIENTO MÉDICO

Son tributarias de tratamiento médico todas las embolias arteriales localizadas en el miembro superior y las situadas en el miembro inferior en la poplítea o porción más distal del árbol arterial de la pierna.

Tratamiento

1.º Anticoagulantes, destinados a la supresión de la trombosis secundaria, ascendente y descendente, que se forma a partir del émbolo. Nosotros preferimos la heparina, por vía intravenosa, empezando por una dosis de 50 mg. cada 4 horas, cuya variación dependerá del tiempo de coagulación del enfermo, que debe practicarse antes de cada toma de heparina y cuyos valores deben mantenerse alrededor de tres veces más alargado que el normal del paciente.

2.º Espasmolíticos (Clorhidrato de papaverina y Eupaverina), destinados a vencer el arterioespasmo. Se empieza con la Eupaverina «fuerte», por vía intravenosa (dosis 0,15 g), y se sigue con el Clorhidrato de papaverina, por vía intramuscular, cada 6 u 8 horas.

3.^o Calmantes, aconsejamos el Atropaver, ya que a la supresión del dolor añade su efecto antiespasmódico.

4.^o Anestesia del simpático catenar (ganglio estrellado para la extremidad superior y cadena lumbar para la inferior), actúa aumentando el caudal sanguíneo a través del sistema colateral. Se inyectan 20 c.c. de novocaina al 1/100 sin adrenalina. Debemos ser muy cautos, ya que estando el

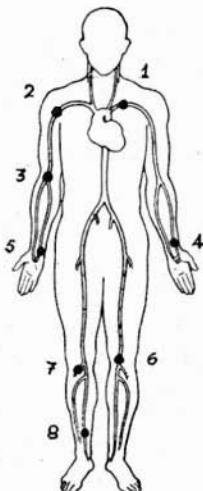


Fig. 1. — Localización de las embolias arteriales tributarias de tratamiento médico: 1) subclavia, 2) axilar, 3) humeral, 4) radial, 5) cubital, 6) poplítea, 7) tibial anterior, 8) tibial posterior.

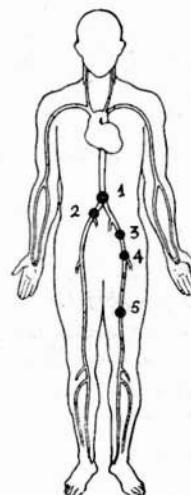


Fig. 2. — Localización de las embolias arteriales tributarias de tratamiento médico-quirúrgico: 1) aorta, 2) ilíaca prima, 3) ilíaca externa, 4) femoral común, 5) femoral superficial.

enfermo heparinizado es posible la aparición de un hematoma si tenemos la fatalidad de pinchar un vaso, cosa harto frecuente; como prevención después de la administración de la novocaína inyectamos, antes de retirar la aguja, hialuronidasa.

5.^o Pueden darse también novocaína y Priscol como vasodilatadores y Quimotrase como fibrinolítico.

6.^o Es muy importante no descuidar el estado general del paciente, atendiendo sobre todo la afección embolígena. Es peligrosa la administración de digitálicos ya que favorecen la actividad auricular con probabilidad de nuevos lanzamientos embólicos. La colaboración de un cardiólogo es, en la mayoría de los casos, indispensable.

EMBOLIAS ARTERIALES TRIBUTARIAS DE TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

En las embolias de la bifurcación aórtica, grandes troncos ilíacos y arteria femoral, la combinación adecuada de un tratamiento médico junto con la intervención precisa es lo que nos llevará muchas veces al éxito.

Hemos podido comprobar últimamente que, siendo menos «cirujanos» y comportándonos más como angiólogos, muchos miembros que antes había que amputar han podido salvarse.

Las intervenciones a practicar ante una embolia son las siguientes:

1.º *Operaciones reconstructivas*

- A. — Embolectomía.
- B. — Injerto arterial con resección o tipo «By-Pass».

2.º *Operaciones hiperemiantes.*

- A. — Arteriectomía.
- B. — Simpatectomía lumbar.

A) *Embolectomía*. — Es la operación ideal. Se practica arteriotomía en el mismo punto donde está situada la embolia o algo más distalmente. Extracción del émbolo y aspiración en sentido proximal hasta la aparición de un chorro de sangre pulsátil; a continuación introducción de un tallo metálico en sentido distal para vencer el arteriospasio y sutura de la arteriotomía. En embolias de la bifurcación aórtica, en enfermos con pésimo estado general, incindimos con anestesia local a nivel de los dos triángulos de Scarpa, practicamos arteriotomía en ambas femorales comunes y con aspiración e introducción del tallo metálico logramos la extracción del émbolo. Para que la embolectomía tenga éxito es indispensable heparinizar al enfermo durante dos o tres días, para prevenir la trombosis secundaria.

B) *Injerto arterial con resección o tipo «By-pass»*. — Rechazamos completamente la resección del segmento trombosado, seguido de la implantación de un injerto de plástico con sutura término-terminal. No aconsejamos tampoco el injerto tipo «by-pass», aunque quizás fisiológicamente esté más indicado aquí que en las arteritis degenerativas e inflamatorias, por el buen estado del árbol arterial periférico.

Caso demostrativo. — Enferma de 40 años, ingresa en un centro quirúrgico para serle practicada una comisurotomía mitral. En el curso de 15 días sufre 3 embolias de las extremidades inferiores, una a nivel femoral común derecha y las otras dos en femoral común izquierda, que se resuelven con embolectomía y tratamiento médico. A los dos días embolia cerebral, quedando hemiparesia derecha; a los 3 días hemorragia abundantísima a nivel de la herida del triángulo de Scarpa izquierda en la que se dejó un drenaje. Trasladada al quirófano se comprueba una perforación entre ambas suturas arteriales. Injerto arterial con Dacron término-terminal, sacrificando la femoral profunda; 4 días después de nuevo gran hemorragia por fallo de sutura del injerto, que obliga a la ligadura de la arteria femoral común. Gangrena de toda la extremidad. Fallece a los 10 días con dolores abdominales, por probable embolia de la mesentérica.

En este caso la ligadura de la femoral superficial, como aconsejamos nosotros, es muy posible que hubiese evitado la gangrena de la extremidad, si además se hubiese practicado una simpatectomía lumbar.

C) *Arteriectomía*. — Es muy útil la práctica de la arteriectomía en aquellos casos en que han transcurrido ya muchas horas desde la embolia. Con ella suprimimos el punto de partida de los reflejos vasoconstrictores y ayudamos a la apertura del sistema colateral. Puede practicarse conjuntamente una simpatectomía lumbar. PÄSSLER aconseja la práctica de la simpatectomía lumbar en todas las embolias de la extremidad inferior, además del tratamiento fundamental (embolectomía, tratamiento médico, etc.).

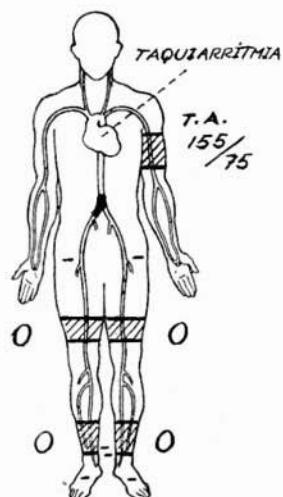


Fig. 3. — Ficha Vasculares, según método de Martorell, de un caso diagnosticado de embolia primitiva de la bifurcación aórtica. Corazón, tensión arterial, pulsos y oscilometría.

D) *Simpatectomía lumbar*. — Es la operación ideal para las secuelas postembólicas, pero puede practicarse también como complemento al tratamiento causal.

Caso demostrativo. — Enferma de 55 años. Cardiopatía mitral. Dos días antes de su ingreso en un centro quirúrgico y después de un ligero esfuerzo, nota dolor abdominal que se acompaña de frialdad e imposibilidad de mover ambas extremidades inferiores. Vista por un facultativo le administra Papaversan, mejorando a las pocas horas. Al día siguiente, dolor muy fuerte en pierna derecha, con palidez acentuada e inmovilidad absoluta de la extremidad. En el momento de su ingreso practicamos ficha vascular (fig. 3), diagnosticando embolia primitiva de la bifurcación aórtica, cuyo émbolo se ha desplazado a la ilíaca derecha en su segundo episodio doloroso. Visto el estado general de la enferma y el tiempo transcurrido desde la embolia, adoptamos una actitud expectante e iniciamos tratamiento médico con heparina (50 mg. cada 4 horas, por vía intravenosa), Papaversan cada 6 horas y Atrapaver cada 12 horas. A las 24 horas del tratamiento, el dolor ha disminuido notablemente y la enferma puede mover las piernas; a los 3 días y en pleno tratamiento heparínico, varicoflebitis de la pierna izquierda que alcanza hasta mitad del muslo; añadimos Butazolidina cada 12 horas. Se le da el alta a los 10 días.

Vista la enferma al mes, presenta C. I. cada 100 metros en la pierna derecha.

Dos meses después practicamos safenectomía del lado izquierdo, persistiendo la C. I. en el derecho que, según nos manifiesta la enferma, es ya cada 25 metros, acompañándose a veces de dolores nocturnos. La práctica de infiltraciones del simpático lumbar con novocaína produce una

mejoría pasajera, por lo que decidimos operarle de simpatectomía lumbar derecha. Al mes de la intervención la C. I. aparece cada 150 metros y no ha tenido más molestias nocturnas.

Cuando se instaura gangrena en una extremidad, el cuidado de la necrosis es muy importante; los toques con alcohol yodado ayudan a visualizar el nivel que alcanza la gangrena y que el mismo organismo se encarga de delimitar; cuando aparecen fenómenos de intoxicación grave o la necrosis adquiere el tipo de gangrena húmeda, la amputación debe ser inmediata, tal como aconseja MARTORELL. Deben prevenirse las deformidades de los miembros que podrían convertirles en inútiles para la deambulación o incapacitados para cualquier trabajo manual.

RESUMEN

Los enfermos afectos de embolia arterial de las extremidades son divididos en dos grupos: uno, susceptible de tratamiento médico, otro, de tratamiento médico-quirúrgico. Se indica la terapéutica en cada caso y la técnica correspondiente. El autor presenta dos casos demostrativos.

SUMMARY

Peripheral arterial embolism is not always a surgical emergency. Sometimes surgery is indicated; other times medical treatment is successful. In each case of arterial embolism the indication for medical or surgical treatment is advised. Two demonstrative cases are presented.

BIBLIOGRAFÍA

MARTORELL, F. — "Accidentes vasculares de los miembros". Ediciones Salvat, Barcelona 1953.