

TROMBOSIS AORTOILIACA

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

(REVISION DE 100 CASOS)

J. PALOU

Del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico (Barcelona)
Cirujano Vascular de la Obra 18 de Julio (Barcelona)
(España)

Vamos a presentar la revisión que hemos efectuado en un grupo de 100 casos de oclusiones aortoiliacas (Síndrome de Leriche), 75 de ellos pertenecientes al Departamento de Angiología del Instituto Policlínico (Dr. F. MARTORELL) y 25 al Servicio de Cirugía Vascular de la Obra 18 de Julio (Dr. J. PALOU). Estudiaremos sobre todo la evolución y complicaciones de estos casos, con sus causas de muerte, dejando para un trabajo posterior el estudio aortográfico.

Las *edades* límites estaban comprendidas entre 40 años el más joven y 81 el de más edad, con un promedio de 58, siendo las edades más frecuentes de presentación entre los 50 y 65 años.

En cuanto al *sexo* todos, excepto 9, eran del masculino.

La *etiología* era en 98 casos arteriosclerosa, y en 2 tromboangiética (Cuadro I).

Tiene a nuestro parecer mucho valor el estudio evolutivo de estos casos ya que el más antiguo se remonta a 18 años, poco después de que LERICHE describiera este síndrome (1940) de obliteración término-aórtica, confirmado por MARTORELL en 1942 y que MOREL denominó en 1943 Síndrome de Leriche.

Todos eran casos típicos con ausencia de pulsatilidad y de oscilometría en ambos miembros inferiores.

Distinguimos los *casos agudos* y los *crónicos*.

De los primeros hemos hallado 12 casos (Cuadro II). De éstos, gravísimos todos ellos, 7 fueron intervenidos, falleciendo 6 y viviendo sólo uno, al cual le fue practicada trombectomía aortoiliaca hace dos años. Las intervenciones practicadas en estos 6 casos fueron: trombectomía aortoiliaca (2) y simpatectomía lumbar (4, uno bilateral). De los 5 no intervenidos, 4 fallecieron por gangrena y uno está muy bien bajo tratamiento médico a los 7 años de su episodio agudo.

De todos es conocida la gravedad de la oclusión aguda aortoiliaca, y ya MARTORELL en 1945 decía: «la obliteración aguda aortoiliaca se reali-

za sin dar tiempo al establecimiento de una circulación complementaria suficiente, y la gangrena bilateral de los miembros sobreviene con tal gravedad que ni siquiera la amputación alta de los dos miembros permite salvar la vida del enfermo, que muere entre terribles sufrimientos».

En cuanto a oclusiones aortoiliacas crónicas, hemos hallado en esta revisión 88 casos.

CUADRO I.

100 Casos de trombosis aortoiliaca

EDAD:	Entre 40 y 81 (Promedio 58. Más frecuentemente entre 50-65)
SEXO:	91 ♂ 9 ♀
ETIOLOGÍA:	Arteriosclerosis: 98 T.A.O. : 2
ANTIGÜEDAD OBSERVACIÓN:	18 años de evolución la más antigua.

Una oclusión crónica aortoiliaca puede conllevarse sin más alteración subjetiva que una simple claudicación intermitente durante años y años, y fallecer el enfermo por cualquier otro proceso no relacionado con su afección vascular.

Hemos podido seguir la progresión ascendente de su arteriosclerosis obliterante, paso a paso, durante años, en 21 de estos casos: desde una oclusión de poplítea a oclusiones de femoral superficial, femoral común, o ilíaca.

CUADRO II.

I. — Oclusión aortoiliaca aguda: 12 casos

INTERVENIDOS:	6 fallecen a corto plazo (7 casos) 1 vive, trombectomía aortoiliaca; 2 años.
NO INTERVENIDOS:	4 fallecen gangrena piernas. (5 casos) 1 muy bien con tratamiento médico (7 años)

cas, llegando hasta la propia bifurcación, perfectamente compensados todos ellos, ya que la lentitud de su afección daba lugar al establecimiento de una excelente circulación complementaria.

Distinguiremos los enfermos que acudieron a la consulta en fase de sólo claudicación intermitente (54), con trastornos tróficos discretos (13) o con trastornos tróficos graves (21) (Cuadro III).

CUADRO III.

II. — Oclusión aortoiliaca crónica: 88 casos

1. — Sólo claudicación intermitente:	54 casos
2. — Con trastornos tróficos discretos:	13 casos
3. — Con trastornos tróficos graves:	21 casos

Un hecho sumamente importante, el más importante de esta revisión, es el de que en este grupo de 54 enfermos que sólo tenían claudicación intermitente y siguieron el tratamiento indicado (médico en su mayoría o

médico-quirúrgico en algunos), no tuvimos que amputar ninguno y sus muertes, acaecidas en el transcurso de los años, fueron debidas al mismo proceso arterial localizado en otra región, o bien a otras causas, pero ninguno falleció por gangrena de las piernas.

De este grupo de 54, fueron sometidos a tratamiento médico 34 pacientes, con excelentes resultados (Cuadro IV.), con un tiempo de evolución que varía entre 18 años y un año. A los otros 20, se les indicó de igual modo, tratamiento médico, pero fueron sometidos en otros centros a intervenciones tipo simpatectomía lumbar, arteriectomía etc. también con buenos resultados.

CUADRO IV

1. — <i>Sólo claudicación intermitente: 54 casos</i>	
TRATAMIENTO:	Médico: 34 (evolución entre 18 y 1 años) Médico-quirúrgico: 20
FALLECIERON:	Tratamiento Médico: 8 Infarto mesentérico: 4 (8-7-7-? años) Infarto miocardio: 3 (6-6-1 años) Infarto cerebral: 1 (10 años) Tratamiento Quirúrgico: 2 Neo laringe: 1 (4 años) Tuberculosis P.: 1 (6 años)

Ninguno tuvo que amputarse en esta fase

Con los años, de este grupo de 54 fallecieron 10 enfermos.

De los 34 que seguían tratamiento médico, 8 murieron: 4 de infarto mesentérico (con un tiempo de evolución desde que acudieron, de 8 años, dos de 7, y uno se ignora).

De los que fueron intervenidos, 2 casos fallecieron años después, uno de neo de laringe a los 4 años y otro de tuberculosis pulmonar a los 6 años.

Los otros 44 casos que viven, siguen en su mayoría bajo tratamiento médico.

En cuanto a las oclusiones crónicas que acudieron con trastornos tróficos poco intensos, hemos observado 13 casos (Cuadro V). Dos fueron so-

CUADRO V.

2. — <i>Con trastornos tróficos discretos: 13 casos</i>	
TRATAMIENTO:	Médico: 2 casos (3 y 5 años. Bien) Médico-quirúrgico: 11 casos (1 fallece infarto mesentérico El resto bien, en observación. Entre 6 meses y 3 años de evolución).

En este grupo tampoco tuvo que amputarse ningún paciente

metidos a tratamiento médico, estando perfectamente bien en la actualidad a los 3 y 5 años de evolución. Los otros 11 fueron intervenidos de simpatectomía lumbar o arteriectomía. Todos, menos uno que falleció de infarto mesentérico, están bien.

Vemos pues que, en estos dos grupos de oclusiones aortoiliacas, los que acudieron con simple claudicación intermitente o bien en fase de trastornos tróficos discretos los resultados obtenidos con el tratamiento médico pueden considerarse muy buenos en cuanto a sus miembros inferiores ya que ninguno tuvo que amputarse.

Ahora veamos lo que sucedió en los casos que acudieron con trastornos tróficos graves.

En este grupo (Cuadro VI) hemos hallado 21 casos. De ellos, 4 amputados bilateralmente, algunos en otros servicios: 1 está bien, 1 estuvo bien 4 años, falleciendo de infarto de miocardio al término de éstos, 1 falleció de gangrena y el otro se ignora.

CUADRO VI.

3. — *Con trastornos tróficos graves: 21 casos*

AMPUTADOS BILATERALES: 4:	1 bien 1 bien 4 años: fallece infarto miocardio 1 fallece gangrena 1 se ignora
AMPUTADOS DE UN MIEMBRO: 5:	2 bien 2 fallecen: 1 neo laringe 1 se ignora 1 se ignora
NO AMPUTADOS: 12:	1 bien 11 fallecieron: 5 operados

Otros 5 casos fueron amputados de un lado: 2 están bien y 2 fallecieron (uno de neo de laringe y el otro se ignora) y el último caso no sabemos cómo se halla.

De los 12 no amputados (la mayor parte por su mal estado general) 1 está bien a los 3 años, falleciendo todos los demás (Cinco fueron intervenidos sin resultado).

Complicaciones

Estos pacientes han presentado, con el tiempo, una serie de complicaciones, bien por la progresión ascendente o descendente de la oclusión, bien por la aparición de trombosis en otros territorios arteriales. Resumiéndolas, (Cuadro VII) las que hemos hallado son las siguientes:

1. Gangrena de los miembros inferiores (ya citadas).
2. Hipertensión arterial maligna (3 casos). Dos casos por progresión ascendente y afectación de las renales y uno por estenosis de la renal sin progresar la trombosis. Los 3 fueron sometidos a nefrectomía con muy buenos resultados, normalizándose sus presiones. Sin embargo, uno falleció a los 5 años, por afectación de la otra renal y consiguiente anuria. Los otros dos viven, llevando uno 2 años y el otro 4 años de evolución.

3. Gangrena del pene: 1 caso que falleció poco después con gangrena de los miembros inferiores.

4. Infarto mesentérico: 6 casos, con malos resultados.
 5. Infarto de las arterias lumbares con paraplejía: 1 caso, falleciendo el paciente.
 6. Infarto de miocardio: 6 casos.
 7. Infarto cerebral: 1 caso.
- En 32 casos se halló disminución o impotencia sexual.

CUADRO VII.

Complicaciones

1. — HIPERTENSIÓN ARTERIAL: 3
 - a) Por progresión ascendente: 2
 - b) Por estenosis arterial renal: 1
 Tratamiento: Nefrectomía en los 3. Resultados buenos.
2. — TROMBOSIS MESENERICAS: 6
3. — TROMBOSIS ARTERIAS LUMBARES: 1
4. — TROMBOSIS HIPOGÁSTRICAS: 1 (gangrena del pene)
5. — DISMINUCIÓN O IMPOTENCIA SEXUAL: 32

Las causas de muerte pueden observarse en el Cuadro VIII. Predomina como es lógico la gangrena de ambos miembros inferiores; siguiéndola en orden de frecuencia el infarto mesentérico, miocárdico, etc.

CUADRO VIII.

GANGRENA:	15
INFARTO MIOCARDIO:	6
INFARTO MESENTÉRICO:	5
NEOPLASIA LARINGE:	2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	1
INFARTO CEREBRAL:	1
TUBERCULOSIS PULMONAR:	1
SE IGNORAN:	6
	<hr/> 37

Como *resumen* podemos decir:

1. Que la oclusión aortoiliaca aguda es un proceso gravísimo, con un alto porcentaje de mortalidad tanto si actuamos médica como quirúrgicamente.

2. Que los pacientes con oclusión aortoiliaca crónica que acuden en fase de sólo claudicación intermitente responden muy bien a la terapéutica médica.

No hemos tenido que amputar a ningún paciente de este grupo.

Por lo tanto no puede decirse, que estos pacientes acaben con gangrena de sus miembros inferiores.

Cuanto más alta es la oclusión y más lentamente se establece, más posibilidades hay de compensación.

3. Los pacientes que acuden con discretos trastornos tróficos, también suelen responder muy bien a la terapéutica médica o a ésta combinada con la simpatectomía lumbar..

4. Los que acuden con gangrena de uno o de varios miembros inferiores presentan un alto porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones por progresión de la trombosis no son frecuentes, habiendo hallado sólo 3 casos de hipertensión maligna por afectación de las renales, 6 de trombosis mesentérica y 1 de las lumbares.

6. Como causas de muerte, aparte la gangrena de los miembros inferiores, predominan los infartos mesentéricos y los miocárdicos.

RESUMEN

De la experiencia de 100 casos de trombosis aortoiliaca, el Autor deduce que las formas agudas son gravísimas; que las crónicas responden muy bien, en fase precoz, a la terapéutica médica; que cuanto más alta es la oclusión y más lentamente se establece, más posibilidades hay de compensación. Si existen discretos trastornos tróficos, suelen responder bien a la terapéutica médica combinada con la simpatectomía lumbar; pero si existe gangrena, da un alto porcentaje de mortalidad. Las causas más frecuentes de muerte son, a parte de la gangrena de los miembros inferiores, el infarto de miocardio y el mesentérico.

SUMMARY

From the experience of a hundred cases of aortoiliac thrombosis the Author concludes that the acute forms are most serious; in the early stage, the chronic cases' response to the medical therapy is fairly good; there are more possibilities of compensation the higher the occlusion is and the slower it develops. In case of slight trophic disturbances the patients do react well to the medical therapy plus lumbar sympathectomy. But, if on the contrary, gangrene is present, there shall be a higher percentage of mortality. Miocardial and mesenteric infarction, apart from the gangrene of the lower limbs, are the most frequent causes of death.

BIBLIOGRAFÍA

1. LERICHE, R.: *De la résection du carrefour aortoiliaque avec double sympathectomie lombaire pour thrombose artérielle de l'aorte. Le Syndrome de l'oblitération terminale-aortique*. "La Presse Médicale", 55, 601, 1940.
2. MARTORELL, F.: *El Síndrome de Obliteración terminal-aórtica por arteritis*. "Revista Clínica Española", 5, 130, 1942.
3. MOREL, A.: *Thrombose de la terminaison de l'aorte avec Syndrome de Leriche. Artériectomie. Sympathectomie lombaire*. "La Presse Médicale", 11, 137, 1943.
4. MARTORELL, F.: "Accidentes Vasculares de los Miembros". Salvat Editores, Barcelona 1953. 3.ª Edición.

5. SALLERAS, V.: *Trombosis crónica aortoiliaca*. "Revista Clínica Española", 11, 52, 1946.
6. FONTAINE, R.; CHARDON, V.; LE GAL, J.: *Oblitération de la fourche aortique, traitée par aortectomie terminale associée a une gangliectomie lombaire bilatérale*. "Presse médicale", 61, 461, 1953.
7. MARTORELL, F.: *Hipertensión arterial maligna y trombosis de la bifurcación aórtica*. "Angiología", 6, 172, 1954.
8. LÓPEZ-DELMÁS, J.: *Tratamiento médico de la trombosis aortoiliaca*. "Angiología", 10, 201, 1958.
9. OLLER-CROSIET, L.: *Trombosis aortoiliaca*. "Medicina Española", 34, 185, 1955.
10. MILANÉS, B.; BUSTAMANTE, R.; GUERRA, R.; NÚÑEZ, A.; HERNÁNDEZ, A.; PÉREZ-STABLE, E.; MC COOK, J.; RODRÍGUEZ, J.: *Chronic obstruction of the abdominal aorta*. "Angiology", 3, 472, 1952.