

PARALELISMO ENTRE LA ARTERIOGRAFIA Y LA CLINICA EN LA ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANTE DE LOS MIEMBROS INFERIORES

J. PALOU

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

El enfermo con arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores, acude a la visita la mayor parte de las veces por una claudicación intermitente de la pantorrilla.

Esta claudicación intermitente traduce simplemente una isquemia muscular, correspondiendo a la fase inicial de la enfermedad arterial oclusiva, fase en la que hallamos una oclusión segmentaria.

Se entiende por oclusión segmentaria la obliteración más o menos extensa de una parte del árbol arterial troncular, siempre y cuando se reinyecte su sector distal.

El diagnóstico de la misma es fácil. Por ser formas precisamente de comienzo, clínicamente se traducen por escasa sintomatología: una claudicación intermitente y nada más. Claudicación intermitente a nivel de la pantorrilla en la oclusión segmentaria de la femoral superficial y claudicación de muslo en la oclusión de ilíaca. La más frecuente es la oclusión de la femoral superficial y a ella nos referiremos en este trabajo.

Hablamos de oclusión segmentaria en la arteriosclerosis de los miembros inferiores y no de arteriosclerosis segmentarias, por entender que este último concepto no es el más adecuado, ya que la arteriosclerosis no es localizada sino generalizada y el hecho de que se descubra una oclusión segmentaria en un arteriosclerótico no quiere decir que el resto de su sistema arterial esté indemne. Por lo tanto a nuestro entender, creemos que lo más apropiado es denominarlas oclusiones segmentarias.

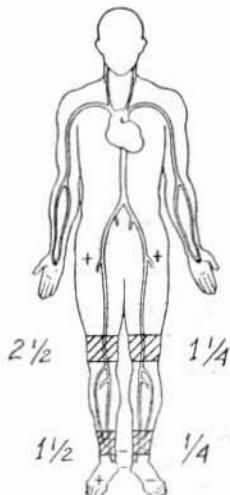
LERICHE, FONTAINE y FRIEH, apoyándose en el estudio de numerosos casos de arteriosclerosis de los miembros inferiores llegaron a afirmar que estas oclusiones segmentarias son más frecuentes que las distales.

REBOUL considera, asimismo, que en la mayor parte de los casos las lesiones obliterantes son segmentarias.

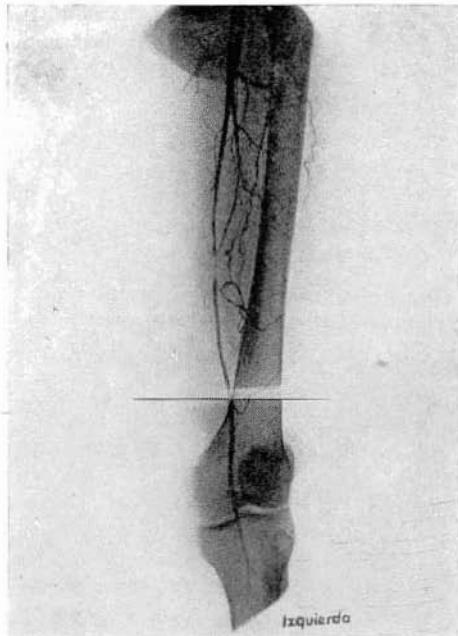
A veces éstas llegan a ser tan bien toleradas por parte del enfermo que ni de enfermo puede hablarse ya que su descubrimiento se hace con motivo de una exploración generalizada, no aquejando el paciente ni siquiera una

claudicación intermitente. Esta buena tolerancia depende sobre todo del desarrollo de la circulación colateral. Como dice muy bien MARTORELL estas oclusiones segmentarias responden bien a cualquier terapéutica, ya sea médica ya quirúrgica; por lo tanto es lógico emplear la más sencilla.

Si exploramos a estos enfermos nos encontramos con los siguientes datos (figs. 1 y 2):



A) Examen clínico.



B) Arteriografía.

Fig. 1. — A) Examen clínico: Obsérvese la disminución de la oscilometría en muslo y sobre todo en pierna izquierdos y la ausencia de pulsatilidad en pedia y tibial posterior del mismo lado, pero sin trastornos tróficos. B) Arteriografía: En la arteriografía se confirma la oclusión segmentaria de la femoral superficial por encima del conducto de Hunter, reinyectándose la femoral superficial distal a expensas de la femoral profunda.

— Oscilometría positiva en muslo aunque disminuida y negativa o casi negativa en pierna.

— Pulsatilidad presente en femoral común y ausente en poplítea, pedia y tibial posterior, o bien presente pero muy débil.

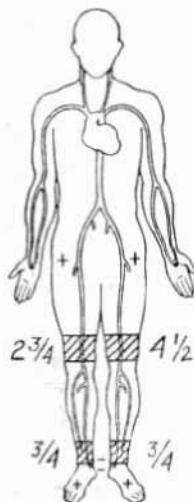
— Un dato muy importante cual es la ausencia de trastornos tróficos.

Un enfermo que presente tales datos a la exploración nos hará sospechar la presencia de una oclusión segmentaria.

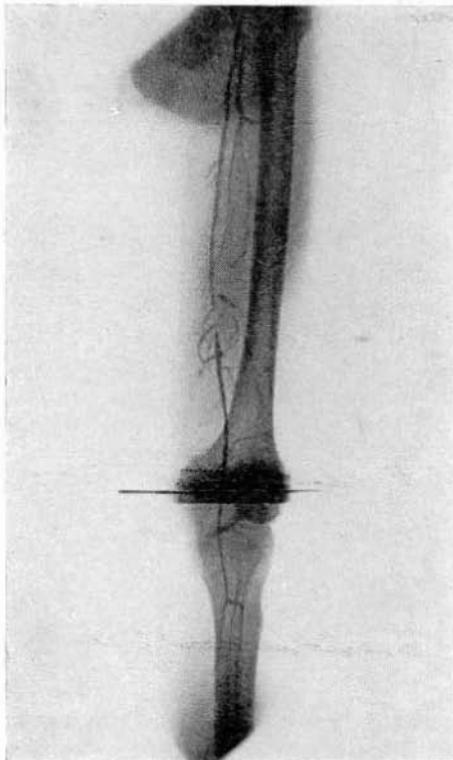
Con la clínica podemos pues diagnosticar la existencia de una oclusión segmentaria e incluso la localización de la misma, el estado de la

circulación colateral, pero no la extensión de la oclusión, el estado de la pared arterial, el calibre de la luz etc., datos que pueden ser muy importantes con vistas a la intervención. Dichos datos los obtendremos con la arteriografía, la cual nos precisará estos detalles, confirmándonos lo que ya sospechábamos.

Existe pues un paralelismo indudable entre la arteriografía y la clínica en la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores.



A) Examen clínico.



B) Arteriografía.

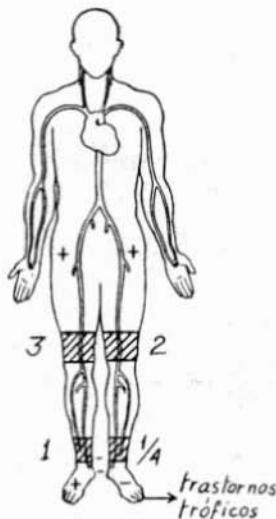
Fig. 2. — A) Examen clínico: Disminución de la oscilometría en piernas con desaparición del pulso en las tibiales posteriores, pero presente en las pedias, aunque más débil de lo normal. Ausencia de trastornos tróficos. B) Arteriografía: En la arteriografía se observa una oclusión segmentaria de la femoral superficial en su tercio medio, reinyectándose la femoral superficial distal a expensas de la femoral profunda.

En otro grupo de enfermos nos encontraremos a la exploración los siguientes datos (figs. 3 y 4):

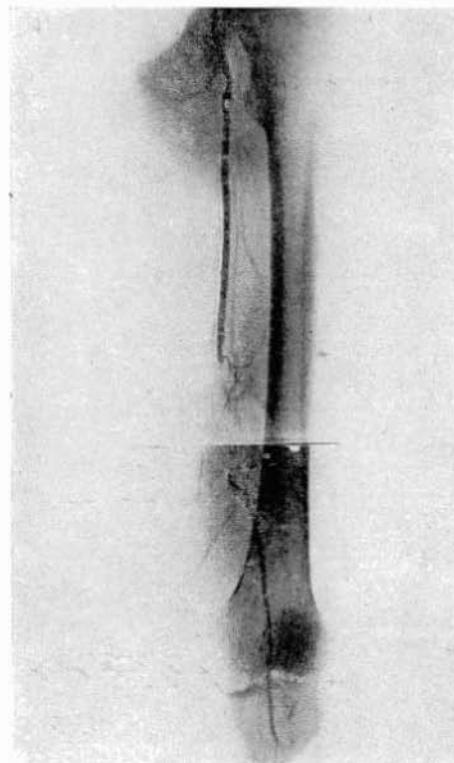
— Oscilometría presente en muslo, más o menos disminuida, y negativa en la pierna.

- Pulsatilidad presente en la femoral común y ausente por debajo.
- Trastornos tróficos distales en forma de úlcera o necrosis.

Se tratará de enfermos con oclusiones segmentarias a las que se ha sumado una oclusión distal o bien enfermos en los que se halla inicialmente una oclusión segmentaria y ésta con el tiempo se convierte en total propagándose en sentido distal y proximal. Cuanto más distal sea la oclusión



A) Examen clínico.



B) Arteriografía.

Fig. 3. — A) Examen clínico: Oscilometría prácticamente normal en los muslos. Desaparición de la pulsatilidad, con apenas oscilometría y presencia de trastornos tróficos en el pie izquierdo. B) Arteriografía: En la arteriografía se observa una oclusión segmentaria del tercio inferior de la femoral superficial izquierda, con oclusiones distales en la pierna.

mucho peor, ya que no tiene probabilidad de crear una buena circulación colateral, abocando pues a la necrosis.

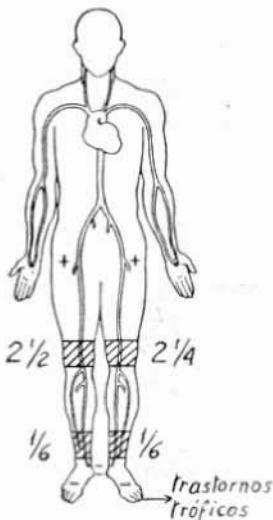
Arteriográficamente se confirman todos estos datos.

El tercer grupo de enfermos está constituido por pacientes que presentan (figs. 5 y 6):

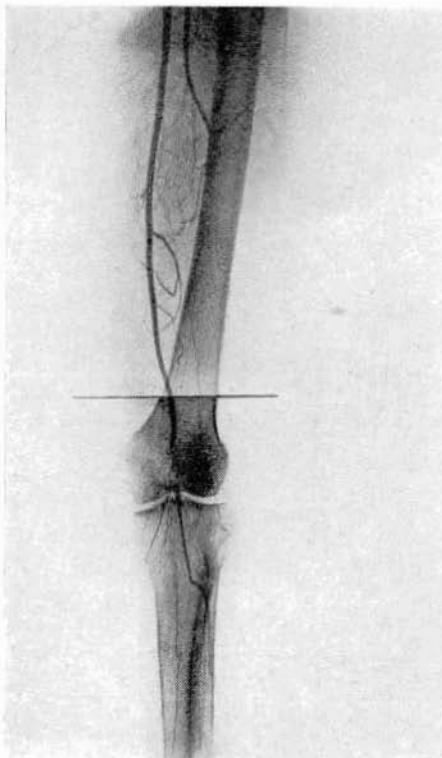
— Oscilometría y pulsatilidad positiva en todo el miembro, aunque disminuida distalmente.

— Un soplo intermitente sistólico, que puede acompañarse o no de frémito.

Estos pacientes pueden presentar tanto una oscilometría y pulsatilidad positiva en todo el miembro, aunque disminuida distalmente, como un cuadro típico de arteriosclerosis obliterante.



A) Examen clínico.



B) Arteriografía.

Fig. 4. — A) Examen clínico: Disminución de la oscilometría en ambas piernas, desaparición del pulso en pedias y tibiales posteriores, trastornos tróficos en pie izquierdo, donde existe cianosis y dolor nocturno. B) Arteriografía: En la arteriografía de la extremidad inferior izquierda se observa una oclusión segmentaria de la poplitea y una oclusión distal de la tibial posterior.

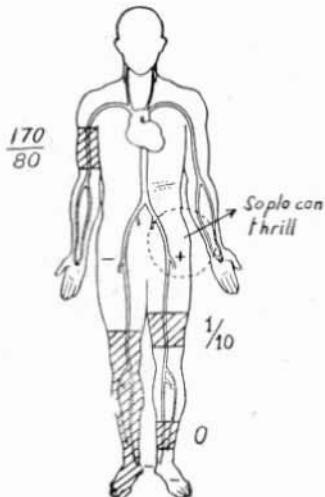
El soplo se presenta cuando la corriente sanguínea debe franquear una estrechez brusca en su trayecto y ésto lo hallamos con relativa frecuencia en enfermos arteriales que presentan una estenosis incompleta de la luz

arterial, debida a la presencia de placas calcáreas.

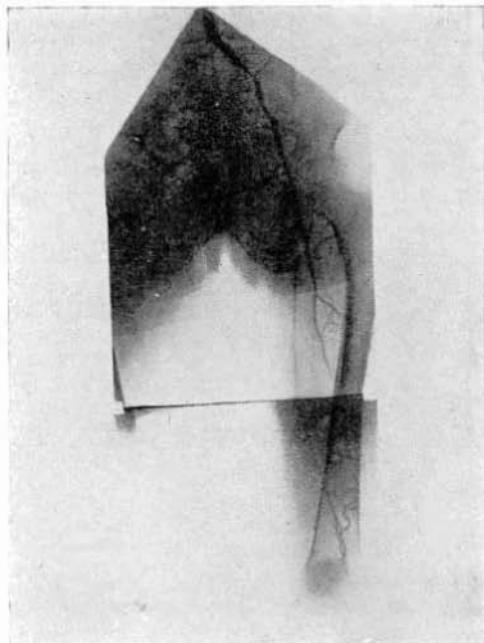
En la mayor parte de estos enfermos dichas estenosis se toleran perfectamente bien.

Con los datos antedichos podremos afirmar la existencia de las mismas; con la arteriografía se confirmarán.

Sin embargo no en todas las estenosis arteriales se ausculta dicho soplo.



A) Examen clínico.



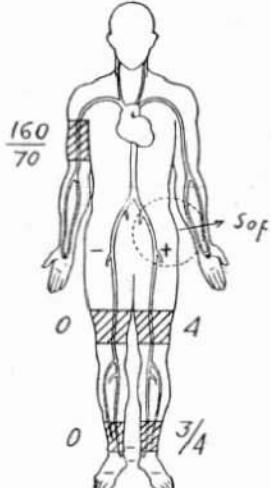
B) Aortografía.

Fig. 5. — A) Examen clínico: Amputación muslo derecho. Simpatectomía lumbar izquierda. Soplo y «thrill» acusados en iliofemoral izquierda. Ausencia de pulso periférico y oscilometría en miembro inferior izquierdo. B) Aortografía: La aortografía demuestra una estenosis de la iliaca izquierda, con ateromatosis. Femoral superficial de este lado filiforme, con oclusión en su tercio inferior.

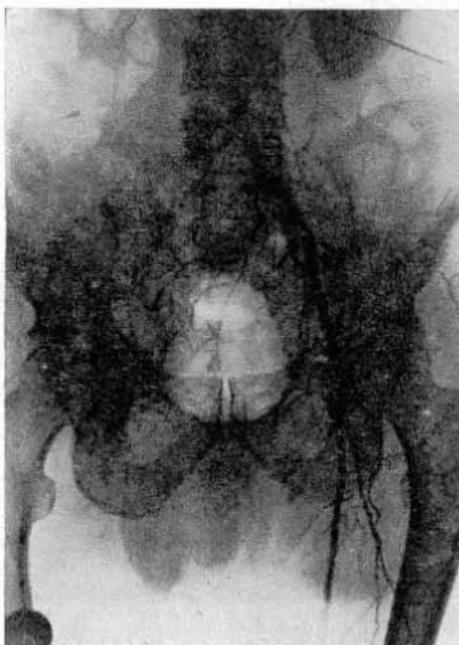
POPKIN, en 1950, publicó un interesante artículo sobre el significado del soplo sistólico en las enfermedades vasculares periféricas, señalando que la estenosis incompleta por sí sola no es suficiente para alterar la circulación hasta el extremo de dar un soplo. Pero si existe una estenosis completa más distal, la circulación se altera lo suficiente para dar lugar al soplo.

Con MARTORELL hemos publicado un par de casos demostrativos de esta teoría y en los que la estenosis se comprobó por operación y por aortografía.

Es difícil explicar el mecanismo por el cual se dan las condiciones hidrodinámicas necesarias para que se produzca el soplo y por qué la aparición de éste parece favorecida por una oclusión total más distal. Pero es lo cierto que si se ausulta sistemáticamente el trayecto arterial en los arteriosclerosos, con bastante frecuencia se percibe un soplo aislado o asociado a un «thrill». En estos casos suele existir una estenosis incompleta.



A) Examen clínico.



B) Aortografía

Fig. 6. — A) *Examen clínico*: Ausencia de pulso y oscilometría en todo el miembro inferior derecho. Soplo iliofemoral izquierdo, con disminución de la oscilometría en pierna y pulso distal negativo. B) *Aortografía*: La aortografía demuestra una oclusión arterial iliofemoral derecha. Estenosis marcada de la ilíaca externa izquierda; ateromatosis difusa de la femoral superficial.

O sea, siempre que auscultemos un soplo podemos afirmar que existe una estenosis arterial, pero no en todas las estenosis arteriales existe un soplo.

Resumiendo, podemos decir que existe un indudable paralelismo entre la clínica y la arteriografía en las arteriosclerosis obliterantes de los miembros inferiores.

Con los datos clínicos (pulsatilidad, oscilometría, presencia o ausencia de trastornos tróficos, etc.) sin arteriografía, puede sospecharse el tipo

de lesión que encontraremos, si una oclusión segmentaria, si una oclusión distal o bien una simple estenosis arterial. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que todos estos tipos de lesiones arteriales pueden coincidir en el mismo enfermo. La arteriografía confirmará todos estos datos.

RESUMEN

Se resalta el paralelismo que existe entre la clínica y la arteriografía en la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores, presentando varios casos demostrativos.

SUMMARY

The author emphasizes the parallelism existing between the clinic and arteriographic findings in reference to the arteriosclerosis obliterans of the lower limbs. Demonstrative cases are shown.

BIBLIOGRAFÍA

1. LERICHE, R.; FONTAINE, H.; FRIEH, P. — *Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites.* "Presse Médicale". 1:100; 12 julio 1933.
2. REBOUL, H. — "L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale. Etude critique". Masson et Cie. 1935.
3. GILFILLAN, R.; STEINFELD, J. L.; y LEEDS, F. H. — *The syndrome of peripheral arterial insufficiency with partial occlusion of the iliac artery. A study of nine cases.* "Surgery", 35:598; 1954.
4. POPKIN, R. J. — *A systolic murmur heard over the lower abdominal aorta: Its significance in peripheral vascular disease.* "Angiology", 1:244; 1950.
5. MARTORELL, F. y PALOU, J. — *El síndrome de oclusión parcial de la arteria ilíaca.* "Actas del Instituto Policlínico", XIII:171; 1959.
6. MARTORELL, F. — *El injerto arterial en la arteriosclerosis obliterante.* "Angiología", X: 333; 1958.
7. MARTORELL, A. — *Arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores. Diagnóstico de sus formas. ¿Es necesaria la arteriografía?* "Angiología", XIV:304; 1962.