

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS EMBOLIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

J. PALOU y J. GIRBES

Servicio de Cirugía Vascular de la "Obra 18 de Julio"
Barcelona (España)

Hemos tenido ocasión de observar últimamente 9 casos de embolia arterial de las extremidades superiores, los cuales han sido tratados médicaamente, con resultado francamente favorable. En ningún caso hemos tenido que recurrir a la embolectomía.

Ya MARTORELL (1) insiste en la importancia del tratamiento médico en estos casos, no habiendo intervenido ninguno de su abundante estadística.

No vamos ahora a extendernos sobre la etiología de las embolias de los miembros, pues es de sobra conocida de todos; basta decir que un émbolo capaz de obliterar una arteria sólo puede tener tres fuentes de origen: 1) Cavidades cardíacas; 2) Lesión arterial proximal, tipo aneurisma trombosado; 3) Trombosis venosa en caso de comunicación anómala interauricular interventricular (embolia paradójica). De estos tres orígenes el fundamental es la cardiopatía embolígena.

Teniendo en cuenta la estadística de HAIMOVICI (2), citada por FONTAINE (3) en el Symposium sobre embolias y oclusiones arteriales agudas del VI Congreso de la Sociedad Europea Cardiovascular (Turín 1957), sobre 330 embolias periféricas:

- El 40'4 % se debía a una afección valvular,
- El 31'5 % a infarto de miocardio,
- El 19'3 % a una cardiopatía arteriosclerosa,
- El 4 % a endocarditis subaguda,
- El 3'9 % a trombosis de las venas pulmonares, y
- El 3 % a causas indefinidas.

Esta estadística se refiere en su casi totalidad a las embolias de los miembros inferiores, siendo mucho más raras las de los superiores.

Tampoco vamos a discutir en este momento la clínica o el diagnóstico diferencial de la embolia con la trombosis arterial aguda, ni la fisiopatología del espasmo y la trombosis secundaria; tan sólo vamos a extendernos algo hablando del tratamiento.

Desde la primera embolectomía, practicada en 1911 por LABEY, y sobre todo después de los notables trabajos de la escuela escandinava con KEY (4) a la cabeza, la intervención ha sido considerada durante mucho tiempo como el único y lógico tratamiento de la embolia arterial. Se insistía mucho en la importancia de la embolectomía precoz dentro de las primeras doce horas.

A partir de 1934 comienza a tenerse en cuenta la acción de los vasodilatadores tipo papaverina; más tarde, con LERICHE, aparecieron las infiltraciones del simpá-

tico cervical aplicadas al tratamiento de las embolias arteriales y, por último, el advenimiento de la heparina y heparinoides señala un paso más en la terapéutica conservadora de la oclusión embólica, al impedir la trombosis secundaria.

CASO 1

Varón de 65 años, visto el 20-IV-61. Desde hace dos años presenta disnea de esfuerzo y desde hace tres meses dolor tipo claudicación intermitente en pierna izquierda, cada 200 metros, después de síndrome isquémico agudo de dicho miembro.

Hace dos meses síndrome isquémico agudo en mano derecha.

A la exploración (fig. 1) presenta una cardiopatía emboligena. Palidez y frialdad de los dedos de la mano derecha por embolia de la humeral derecha. Embolia poplitea izquierda.

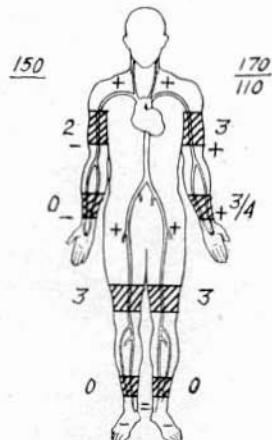


FIG. 1

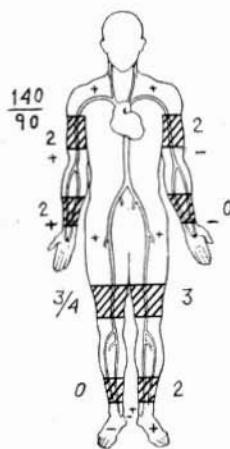


FIG. 2

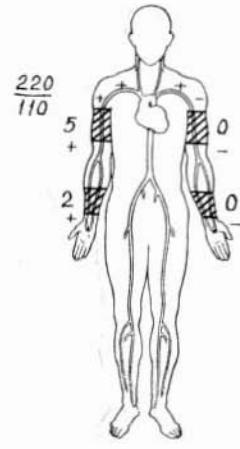


FIG. 3

Tratado con Thrombocid, Natisedina y Cedilanid, mejora.

El 8-II-62 acude nuevamente a la consulta por embolia femoral común derecha, con intenso síndrome isquémico de dicho miembro. Tratado con inyecciones intraarteriales de Novocaína y Priscol mejora poco, por lo que se procede a la embolectomía de la femoral común derecha.

En el postoperatorio aparece un nuevo episodio embólico, esta vez cerebral, a partir del cual y a pesar del tratamiento instaurado no se evita la muerte del paciente.

CASO 2

Mujer de 73 años, que acude a la consulta el 19-II-60. Se halla afecta de insuficiencia cardíaca con precordialgias que ceden con Cafinitrina. El día antes de la visita, síndrome isquémico agudo del brazo izquierdo que mejoró con vasodilatadores administrados por su médico de cabecera. Quince días antes había sufrido otro episodio isquémico agudo en el miembro inferior derecho.

A la exploración (fig. 2) presenta frialdad y palidez de mano izquierda. Embolia de la humeral izquierda. Cardiopatía embolígena. Se instaura un tratamiento con espasmolíticos y heparina intramuscular, mejorando.

CASO 3

Varón de 71 años, visto por primera vez el 3-VIII-60. Desde su juventud, cardiopatía mitral.

Cuatro horas antes de su ingreso en la clínica notó bruscamente dolor, palidez y frialdad de la extremidad superior izquierda con impotencia de la misma.

A la exploración (fig. 3) presenta un síndrome isquémico del miembro superior izquierdo por embolia de la axilar. Cardiopatía mitral. Se instaura un tratamiento con Eupaverina fuerte endovenosa, Bromhioscín, Cedilanid y Thrombocid. Infiltra-

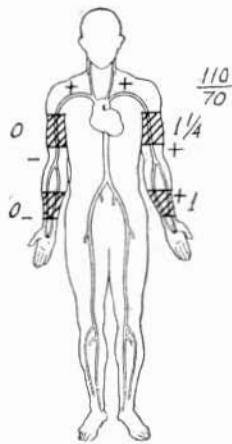


FIG. 4

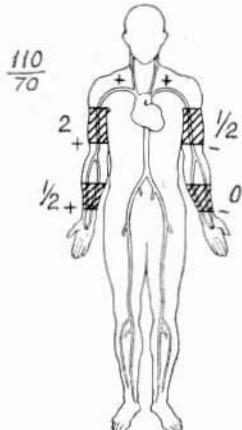


FIG. 5

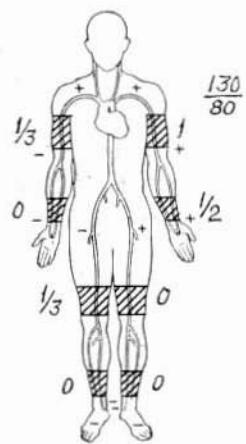


FIG. 6

ciones del ganglio estrellado izquierdo. Al mes, el índice oscilométrico del brazo afecto había pasado de 0 a $\frac{1}{4}$ y el enfermo era capaz de abrocharse correctamente su camisa.

CASO 4

Mujer de 75 años, que fue visitada el 25-III-59 por un síndrome isquémico agudo de la extremidad superior derecha que databa de pocas horas y en cuyos antecedentes patológicos figuraba una cardiopatía embolígena (estenosis mitral? cardiosclerosis?).

A la exploración (fig. 4) presenta un síndrome isquémico de la extremidad superior derecha con impotencia funcional relativa por embolia de la axilar derecha. Tratada con Eupaverina e infiltraciones del ganglio estrellado y, posteriormente, con Thrombocid. A los ocho días sólo presenta una discreta claudicación intermitente del brazo derecho, la cual desapareció al mes de tratamiento con Thrombocid y Papaverina, a pesar de que persistió la falta de pulso y oscilometría.

CASO 5

Varón de 52 años, que desde hace ocho días está incapacitado para el trabajo por padecer estenosis mitral. Como antecedentes, ulcus gastroduodenal con intensas hematemesis y melenas hace veinte años. Hace ocho meses hemiplejía derecha brusca. Cuando se estaba recuperando, nuevo episodio vascular cerebral que afectó al mismo lado. Voluminosas varices con úlcera en el miembro inferior derecho.

A la exploración presenta una cardiopatía embolígena. Embolia de la humeral izquierda (fig. 5). Tratamiento con espasmolíticos y anticoagulantes.

CASO 6

Mujer de 67 años, vista el 31-XII-61. Como antecedentes, poliartritis crónica primaria, hipertensión arterial y cardiopatía mitral. Hace 12 horas notó adormecimiento, frialdad y dolor en el pie, izquierdo con dificultad a la movilización del mismo. Discreta frialdad en miembro superior derecho.

A la exploración (fig. 6) presenta una embolia de la humeral derecha, de la ilíaca primitiva derecha y de la femoral común izquierda. Tratamiento con Cedilanid, Heparina intramuscular y Atropaver, mejorando de la movilización y del síndrome isquémico del brazo derecho.

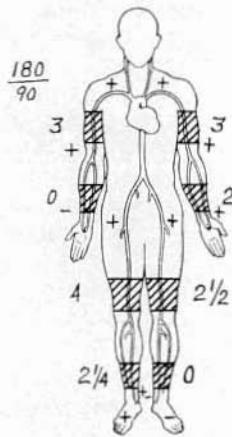


FIG. 7

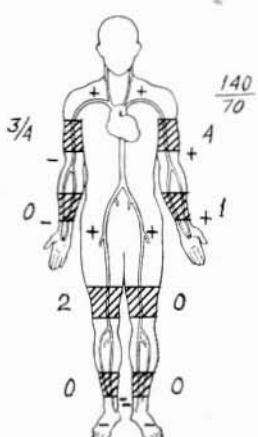


FIG. 8

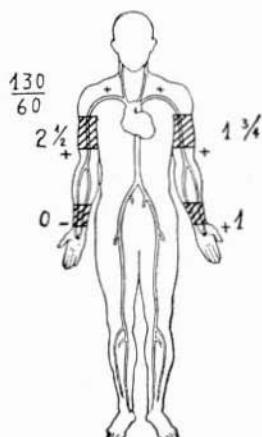


FIG. 9

CASO 7

Mujer de 65 años, vista el 24-XII-59. Hace tres días síndrome isquémico agudo en pierna izquierda, apareciendo a partir de entonces intensa claudicación intermitente. Diagnosticada de embolia de poplítea izquierda (cardiopatía embolígena con taquiarritmia) fue tratada con Papaversán y Thrombocid, mejorando notablemente de su síndrome isquémico hasta el extremo de recuperar el pulso y la oscilometría periférica del miembro inferior izquierdo. Un año después acude de nuevo por claudicación intermitente en antebrazo derecho.

A la exploración (fig. 7) presenta una embolia de la humeral derecha. Pulsatilidad y oscilometría de miembros inferiores según se expresa en la figura.

Tratada con espasmolíticos y heparina desaparece la claudicación del antebrazo, reapareciendo a los dos meses la pulsatilidad y oscilometría en antebrazo derecho, aunque más débiles que en el izquierdo.

CASO 8

Varón de 74 años, que acude a la consulta porque hace un mes presentó síndrome isquémico agudo en miembro inferior izquierdo con placas necróticas en puntas dedos. Parestesias en brazo derecho. Cardiopatía.

A la exploración (fig. 8) presenta una embolia de la femoral común izquierda con síndrome isquémico muy pronunciado con necrosis de la punta de los dedos de este lado. Embolia de la humeral derecha con disminución acusada del pulso en la subclavia derecha y oscilometría débil del brazo derecho. En este caso nos limitamos a tratar el síndrome isquémico del miembro inferior izquierdo con una simpatectomía lumbar, ya que el síndrome isquémico del brazo derecho había sido tratado médicaamente por su médico de cabecera.

CASO 9

Mujer de 67 años, visitada el 1-VII-62 por síndrome isquémico agudo del miembro inferior derecho por embolia de la femoral común. Oscilometría negativa en todo el miembro inferior derecho. Cardiopatía embolígena desde hace veinticinco años. Embolias cerebrales hace catorce años y siete meses, recuperándose bien. Como médicaamente no mejora, se procede a la embolectomía de la femoral común derecha consiguiéndose recuperación de la oscilometría en muslo derecho y pasando de 0 a $\frac{1}{4}$ en región supramaleolar.

A los nueve meses ingresa de nuevo con síndrome isquémico agudo del antebrazo y mano derechos (embolia de la humeral derecha) (fig. 9). Tratada médicaamente con anticoagulantes y espasmolíticos a los cuatro días recupera un débil pulso radial y la oscilometría de muñeca pasa de 0 a $\frac{1}{4}$.

En estos casos queremos hacer notar las diferencias que existen entre las embolias de los miembros superiores y las de los inferiores, probablemente por la diferente distribución de la circulación colateral. Así, mientras en la extremidad inferior son muy frecuentes los problemas isquémicos de carácter grave que obligan a terapéuticas energéticas y que en algunas ocasiones acaban con la amputación del miembro, en la extremidad superior son muchísimo menos frecuentes y mucho más agradecidos a los tratamientos conservadores.

COELHO y MONTEIRO (5) citan en un grupo de siete embolias de los miembros superiores un caso de gangrena, aunque se trataba de un paciente con muy mal estado general, falleciendo a los tres días por insuficiencia cardíaca. Otros dos casos fueron tratados con embolectomía de la axilar y de la braquial, siendo tratados los restantes con terapéutica médica con buenos resultados.

En el tratamiento de las embolias de los miembros superiores podemos ser más optimistas en cuanto al pronóstico y conceder un margen más amplio de confianza a la terapéutica espasmolítica y anticoagulante.

Como muy bien dice CARCASSONNE (6), antes de 1935 una oclusión arterial de este tipo presuponía una embolectomía, las más de las veces seguida de amputación o muerte; después de 1935 aumentan los éxitos por la terapéutica médica.

En este reducido grupo de 9 casos puede extrañar la avanzada edad de casi todos ellos. Se explica fácilmente ya que pertenecen a un servicio en el que predominan en mucho los jubilados, con gran cantidad de arteriosclerosos. Así se explica la predominación etiológica de la cardiopatía arteriosclerosa sobre la afección valvular.

Como tratamiento en todos estos casos se ha empleado los anticoagulantes, espasmodlíticos e infiltraciones del ganglio estrellado en algunos casos. Ninguno ha tenido que intervenirse (embolectomía) y médicaamente se ha solucionado el problema isquémico. Incluso dos pacientes, de este grupo de 9, acudieron a la consulta por síndrome isquémico embólico de los miembros inferiores y no por los superiores.

RESUMEN

Se resaltan las diferencias en cuanto a pronóstico y tratamiento de las embolias de las extremidades superiores en relación a las de los inferiores. Se comenta su etiología. Los autores presentan nueve casos demostrativos. Se subrayan los buenos resultados del simple tratamiento médico en las embolias de los miembros superiores.

SUMMARY

Peripheral arterial embolism is not always a surgical emergency. Medical treatment is successful in upper limb embolism. Nine demonstrative cases are presented.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL, F.: *Eficacia de la terapéutica médica en las embolias arteriales de la extremidad superior.* "Angiología", VI-120-1954.
2. HAIMOVICI, H.: *Peripheral arterial embolism. A study of 330 unselected cases of embolism of the extremities.* "Angiology", 1-20-1950.
3. FONTAINE, R.; KIM, M., y KIENY, R.: *Les embolies artérielles.* "Minerva Cardioangiologica Europea", 1-7-1958.
4. KEY, E.: *Embolectomy on the vessels of the extremities.* "Brit. J. Surg.", 24-350-1936.
5. COELHO, H. M., y MONTEIRO GARCÍA, P.: *O tratamento da embolia arterial nos membros superiores.* "Arquivos Brasileiros de Cardiología", 12-131-1959.
6. CARCASSONNE, F., y M.: *Traitemetn médical et chirurgical des occlusions artérielles aigües.* "Minerva Cardioangiologica Europea", 1-52-1958.
7. ISELIN, y HEIM DE BALSAC: *Oblitération aigüe de l'artère axillaire. Constatations opératoires et vérifications post-mortem.* "Revue de Medicina", suppl. 160, 1941.
8. LERICHE, R.: "Les embolies de l'artère pulmonaire et des artères des membres". Masson, 1947.
9. MONCLÚS, J.: *Tratamiento de la embolia arterial de las extremidades.* "Angiología", XIV-11-1962.