

## TRATAMIENTO DE ISQUEMIAS POR OBSTRUCCIÓN TRONCULAR EXTENSA \*

MANUEL CASAS VICENTE

*Sevilla (España)*

Las arteriopatías que originan más frecuentemente la isquemia crónica de las extremidades inferiores se clasifican en:

1.º Tromboangítis de Buerger, que con las arteritis juveniles de Winiwarter forman un grupo en que lo fundamental es el espasmo muscular.

2.º Arteriopatías degenerativas, de sobrecarga, como la arteriosclerosis y la atherosclerosis.

3.º Arteriopatías metabólicas e infecciosas, como la diabética, la gotosa, la mediacalcosis, la luética, etc.

Limitando nuestro estudio a la arteriosclerosis obliterante admitimos dos formas esenciales:

- a) Con obliteración troncular segmentaria, y
- b) con obliteración troncular extensa.

En la obliteración troncular segmentaria generalmente es factible el tratamiento quirúrgico directo y podemos practicar con frecuencia una tromboendarteriectomía, arteriectomía o "by-pass".

El mayor problema se nos plantea en las obliteraciones tronculares extensas, en que se demuestra obstrucción desde la femoral común hacia abajo, con una circulación muy precaria a expensas de la isquiática.

En estos casos podemos actuar de forma directa sobre el tronco arterial tan sólo parcialmente, por la gran extensión de sus lesiones. Así, orientamos nuestra terapéutica a una tromboendarteriectomía de la femoral común hasta la salida de la femoral profunda, que nunca hemos hallado obstruida, y aumentar al máximo la circulación colateral para intentar compensar el déficit de riego.

Los pacientes que se nos presentan ya con trastornos preneкрóticos y con frecuencia con algunas zonas de necrosis, pueden ser mejorados por los siguientes procedimientos:

1.º Tromboendarteriectomía de la femoral común y de la superficial hasta lo más bajo posible, liberando la salida de la femoral profunda.

2.º Aumentando la luz de estas arterias colaterales por la gangliectomía lumbar, que mejora evidentemente estos enfermos aunque su eficacia es limitada en el tiempo y es frecuente que al cabo de uno o pocos años reaparezcan los trastornos isquémicos, volviendo las crisis de empeoramiento con que evoluciona este proceso.

\* Comunicación presentada en las IX Jornadas Angiológicas Españolas, Playa de Aro, 1963.

De todas formas la consideramos una medida terapéutica valiosa que practicamos en estos casos.

3.º También podemos actuar mejorando la hemodinámica con soluciones salinas hipertónicas endovenosas. Antes de empezar este tratamiento comprobamos que no hay hipertensión de importancia ni lesiones hepáticas o renales. Tampoco debe emplearse en enfermos con insuficiencia cardíaca.

En una serie de enfermos con obstrucción troncular extensa, ya gangliectomizados y abocados a la amputación del miembro, nosotros hemos practicado la tromboendarteriectomía, haciendo tratamiento anticoagulante y a continuación el tratamiento de Silbert ligeramente modificado, cuyos resultados traemos a la consideración de estas Jornadas.

Hemos estudiado clínicamente los enfermos, realizando las arteriografías con NeoTenebryl que, al ser hidrosoluble, no irritante y ligeramente vasodilatador, creemos tiene acción beneficiosa. No hemos tenido el menor accidente.

En la intervención cuidamos de suturar la sección de la endoarteria a la pared vascular, haciendo heparinización de modo sistemático.

El tratamiento posterior, aparte del general de reposo, postural, no fumar, eliminación de tóxicos, etc., ha consistido en la inyección intravenosa de 50 c.c. de solución salina al 10 %, cada doce horas durante diez días.

Hemos realizado este tratamiento en 14 casos tomados de nuestra consulta privada y de los Montepíos Laborales. Los resultados son los siguientes:

- 1.º La oscilometría no se modificó en ningún caso.
- 2.º La temperatura cutánea mejoró de modo ostensible en todos.
- 3.º Las zonas de necrosis de los que las tenían se limitaron, eliminando la escara y cicatrizando bien. En un paciente hubo que amputar el primer dedo, que ya venía necrosado, cicatrizando sin dificultad.
- 4.º La capacidad funcional del miembro se recuperó bien en seis casos. Los otros ocho pueden marchar, aunque con claudicación y discreto edema.

Presentamos dos casos demostrativos:

CASO I.—F. G. T., 71 años de edad. Amputado de pierna izquierda hace tres meses. Isquemia crónica en pierna derecha.

En la figura 1 se muestra el estado antes de empezar el tratamiento. La arteriografía demuestra la permeabilidad de la femoral profunda. La figura 2 muestra el estado al terminar el tratamiento.

CASO II.—J. P. G., 69 años de edad. Isquemia intensa en la derecha, con una gran escara en el talón.

En la figura 3 se muestra el estado antes de empezar el tratamiento. La arteriografía demuestra la permeabilidad de la femoral profunda. La figura 4 muestra el estado al terminar el tratamiento.

Consideramos que la femoral profunda no se obstruye en la arteriosclerosis, quedando sin obliterar desde su origen.

La acción de las perfusiones intravenosas hipertónicas prolongadas tienen un doble aspecto:

- a) Por una parte, al descender el nivel de colesterolemia y de uricemia, actúan sobre la esclerosis vascular. No hemos podido seguir el lípidograma para poder sacar conclusiones a este respecto.

b) La disminución de la viscosidad sanguínea que, aunque pequeña, hemos comprobado en nuestros pacientes, junto con el aumento de la masa circulante, mejora el régimen circulatorio local.

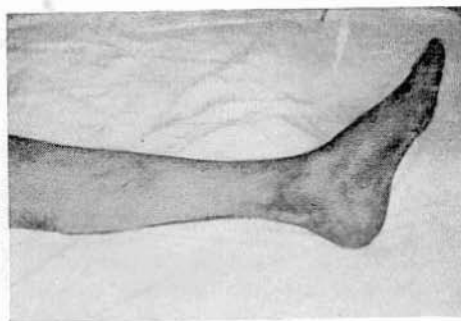


FIG. 1. — Caso I. Estado del paciente antes de empezar el tratamiento.

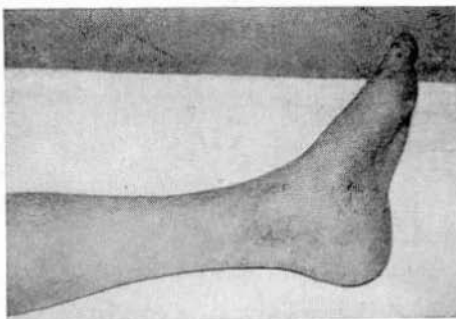


FIG. 2. — Estado del paciente del Caso I, después de terminado el tratamiento.

Por tanto, consideramos que es un tratamiento efectivo que debe practicarse en las condiciones indicadas.

Debemos advertir que nuestros pacientes hacían, además, un tratamiento higiénico-dietético, con supresión del tabaco y café y alimentación adecuada.

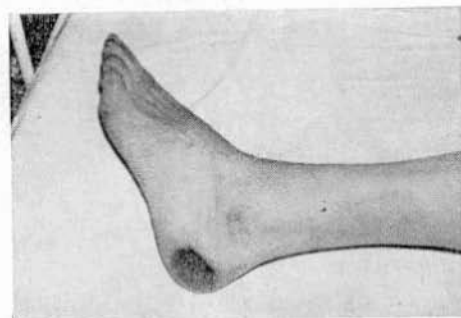


FIG. 3. — Caso II. Estado del paciente antes de empezar el tratamiento.

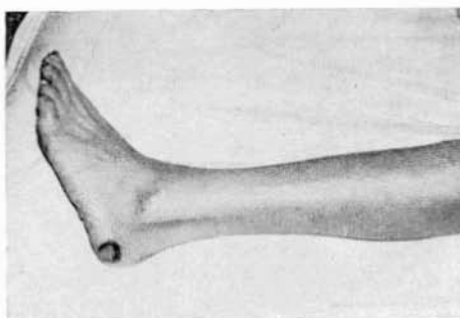


FIG. 4. — Estado del paciente del Caso II, después de terminado el tratamiento.

#### COMENTARIO

Pensamos que el ideal sería la tromboendarteriectomía completa (con plastia) que preconiza ALAMILLA. Pero cuando la obstrucción continúa por debajo de la poplítea, la consideramos inoperante limitándonos a liberar la femoral profunda y, cuando es posible, alguna otra colateral que enriquezca la circulación del miembro. La arteriectomía, practicada en otras ocasiones, es de escaso valor y elimina la posibilidad de realizar nuestra técnica.

Creemos muy interesante la gangliectomía, extirpando el II ganglio lumbar, así como la simpatectomía periarterial. Pero tenemos ciertos reparos en practicar la anastomosis arteriovenosa y la suprarrenalectomía.

El tratamiento anticoagulante lo hemos usado en nuestros pacientes, si bien a nuestro juicio ha de ser muy controlado y por tanto no se puede prolongar mucho tiempo.

Los demás tratamientos médicos: hormonas sexuales, vitaminas E y B-15, glucocorticoides, antibióticos, etc., los valoramos como coadyuvantes. Lamentamos no disponer de una cámara para oxigenoterapia a hiperpresión, que sin duda es un elemento valioso.

### RESUMEN

Se hace un estudio del tratamiento de 14 casos con isquemia crónica de los miembros por obstrucción troncular extensa, con liberación del origen de la femoral profunda mediante tromboendarteriectomía de la común y superficial, practicando después un tratamiento a base de inyecciones endovenosas repetidas de solución salina hipertónica, con resultados favorables.

### SUMMARY

After the observation of 14 cases of chronic ischemia of the lower limbs due to troncular obliteration, the author recommends the liberation of the deep femoral artery thromboendarterectomy for the treatment of these cases, followed by repeated endovenous injections of hypertonic saline solutions. Two demonstrative cases are presented.

### BIBLIOGRAFÍA

- OUDET, J., y CORMIER, J. M.: *La localización más frecuente de la arteritis segmentaria: la de la femoral superficial*. "Presse Médical", vol. 61, n.º 67, pág. 1361; 1953.
- MARTORELL, A.: *Arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores. Diagnóstico de sus formas. ¿Es necesaria la arteriografía?* "Angiología", vol. XIV, n.º 6, pág. 304; 1962.
- ALAMILLA, G.: *Atherosclerosis obliterante de ilíaca y femoral*. "Gaceta Sanitaria", vol. XVII, n.º 6, pág. 6; 1962.
- HOUSSET, E., y LEDUC, X.: *Tratamiento de arteritis de miembros inferiores*. "Presse Médicale", pág. 333; febrero 1963.
- ZAHNOW, W.: *Los trastornos circulatorios periféricos*. "Med. Klin.", vol. II, pág. 18; 1962.
- LEMAIRE, A., y HOUSSET, E.: *Concepciones sobre la arteritis de los miembros debida a arteriosclerosis obliterante*. "Monde Médicale", vol. LXV, n.º 981, pág. 105; 1962.
- CAPDEVILA, J. M., y RODRÍGUEZ-ARIAS, A.: *Un caso de indicación absoluta de revascularización de la arteria femoral profunda*. "Angiología", vol. XV, n.º 2, pág. 102; 1963.