

GANGRENA MASIVA AISLADA DE AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES

PRESENTACIÓN DE UN CASO

JOSÉ ALSÓ PÉREZ

Las Palmas de Gran Canaria (España)

La experiencia nos ha enseñado que las gangrenas vasculares de los miembros tienen una marcada predilección por las extremidades inferiores. Cuando asientan en las superiores, casi siempre hay una participación de las cuatro extremidades o bien de otras regiones del cuerpo (pabellón auricular, nariz, etc.). Asimismo, las gangrenas de los miembros superiores suelen ser de poca extensión, necrosando alguna falange, dedos y en casos raros la mano y el antebrazo. La evolución de las lesiones suele ser tórpida y no producen gran afectación del estado general.

La observación, en nuestra práctica privada, de un caso de gangrena masiva aislada de ambas extremidades superiores motiva la presente comunicación que, aunque incompleta en su estudio, sobre todo por falta de necropsia, creemos que puede ser interesante por las siguientes razones: 1.^a Su rareza; ya que aparte de algún caso de gangrena aislada de un solo brazo o mano no hemos encontrado en la literatura médica a nuestro alcance ningún caso similar. 2.^a La dificultad para establecer clínicamente su etiología y patogenia.

HISTORIA CLÍNICA

C.N.R., de 55 años de edad, mujer. Vista en nuestra consulta el 10-XII-62. Contaba que desde algunos días atrás venía sufriendo algunos mareos, ligera pérdida de visión, cefaleas, disnea de mediano esfuerzo y ligeros edemas maleolares.

Antecedentes patológicos familiares, sin interés; personales, bronquitis de repetición.

Exploración clínica: Mujer obesa. Buena coloración de piel y mucosas. Buena configuración facial y del resto del cuerpo. Ligeros edemas maleolares por insuficiencia venosa profunda. A la auscultación, ruidos cardíacos y murmullo vesicular normales. T. A. 220/110 mm Hg. A RX, corazón horizontalizado; en O.A.I. mediana hipertrofia ventricular izquierda. ECG: hipertrofia ventricular izquierda con signos de incipiente sobrecarga sistólica.

La enferma fue catalogada como un caso de hipertensión arterial moderada. Se le prescribió dieta de adelgazamiento, Rekacida, Acetil-digitoxina y Godabión B₆-B₁₂. Se indicó asimismo un análisis de sangre y orina, que la enferma no se hizo.

La enferma no volvió más a nuestra consulta, hasta que en abril de 1963, o sea cuatro meses más tarde, me llama su médico de cabecera, el Dr. Maraños, porque presentaba un cuadro de frialdad y cianosis en ambas manos.

En la exploración me encuentro con unas manos azuladas y frías. Los pulsos radiales, humerales y axilares estaban abolidos. La oscilometría era nula y no podía



FIG. 1. Gangrena en forma de manguito en brazo derecho, que se extiende desde la base de los dedos hasta el tercio superior del antebrazo. En el izquierdo la gangrena es de menor extensión, afectando más los dedos, mano y parte interna del antebrazo (oculta en la foto).

tomarse la tensión arterial en los brazos. Pulsos carotídeos palpables y visibles. En extremidades inferiores la oscilometría y el latido arterial eran normales.

Pensando que la obstrucción pudiera estar en cayado aórtico y extrañado por la afectación simultánea y aislada de ambos brazos, repetí varias veces la exploración, fijándome en los posibles signos de disminución de riego cerebral o facial, sin encontrar nada anormal. Auscultación cardíaca y pulmonar, normal.

Pregunté a la enferma, cuyo psiquismo era entonces normal, cómo había empezado la enfermedad. Dijo que desde la tarde anterior empezó a notar las manos frías y dificultad para mover los dedos. No había tomado medicación alguna ni alimentos sospechosos. Tampoco había sufrido recientemente procesos infecciosos de ninguna clase. No tenía dolores. La temperatura axilar era de 37°5.

Con el diagnóstico provisional de obstrucción masiva de ambos troncos subclavios, hice constar a la familia de la enferma la gravedad del pronóstico. Instauré un tratamiento «gota a gota» en vena a base de 500 c.c. de suero fisiológico mezclado con ocho ampollas de Complamina y 1 c.c. de heparina al 5%. Tónicos cardíacos y antibióticos. A las seis horas la lividez de ambas manos alcanzaba todo el tercio inferior de ambos antebrazos a pesar de la persistencia e intensidad del tratamiento.

Se ingresa la enferma en una clínica, continuando toda la noche con el mismo tratamiento además de oxígeno permanente. A la mañana siguiente las manos y la

mitad de los antebrazos, algo más acentuado en el derecho, presentan el típico color negro de la gangrena avanzada (fig. 1).

La enferma estaba en estado comatoso. Temperatura axilar 38°. Pulsos carotídeos y de extremidades inferiores continúan normales. Radiografía de tórax: ninguna anormalidad en el tamaño o configuración de ventrículos y pedículo vascular.

Hacia el mediodía la enferma presenta una desviación de la comisura labial derecha, respiración en «fumador de pipa», los pulsos se tornan blandos llegando a desaparecer los carotídeos, falleciendo momentos después. Suponemos que en estos momentos la enferma estaría hipotensa.

Resumiendo, un cuadro de gangrena bilateral masiva de extremidades superiores (me he permitido llamarla masiva, sobre todo al compararla con otras más frecuentes), que respeta ambos troncos carotídeos hasta el final y cuya causa es desconocida para nosotros. No nos explicamos cómo puede desarrollarse una gangrena de tan rápida evolución, unas 40 horas aproximadamente, que hace presumir un taponamiento total de ambas subclavias simultáneamente, y por tanto, un obstáculo a nivel del cayado aórtico, sin dar síntomas en otros territorios, principalmente el cerebral. Creemos que si las carótidas también se hubiesen afectado la enferma hubiera presentado algún signo; y lo más probable es que hubiese fallecido en los primeros momentos, antes de desarrollar una gangrena de tanta extensión. Sólomente en los últimos minutos presentó signos de hemiplejía, lo que sin duda precipitó el exitus.

Vamos a hacer a continuación un breve *diagnóstico diferencial* con algunas de las causas más frecuentes de gangrena de las extremidades superiores.

1. Diabetes. Excepcionalmente suele producir lesiones gangrenosas de extremidades superiores y nunca aisladas sino con igual o mayor afectación de las extremidades inferiores. En nuestro caso las arterias de ambas piernas eran permeables y, aunque no se hicieron determinaciones de glucemia, no había antecedentes de diabetes ni sospecha clínica de padecerla.

2. Arteriosclerosis obliterante. Se puede objetar lo mismo que para la diabetes, ya que no había afectación coronaria ni de las extremidades inferiores.

3. Tromboangeítis obliterante. Aparte de su extraordinaria rareza en las mujeres, también se afectan las cuatro extremidades y la gangrena no suele tener la extensión y rápido curso de nuestro caso.

4. Intoxicación ergotínica. La falta de antecedentes y del cuadro clínico de esta intoxicación hacen improbable su relación etiológica con esta enfermedad.

5. Costilla cervical. Aparte de tener que ser bilateral, es rara una compresión bilateral y simultánea tan intensa como para ocasionar la gangrena. Por otra parte, la radiografía no fue positiva en este sentido.

6. Embolia arterial. Difícil que sean bilaterales y den necrosis extensas.

7. Arteritis infecciosas. Tifus exantemático, difteria, escarlatina, lúes, etc. Ni los antecedentes ni el cuadro clínico corresponden a ellas.

8. Aneurisma disecante de la aorta. Si está localizado en el cayado aórtico puede explicar la oclusión súbita de la arteria subclavia. Aunque nuestra enferma era

hipertensa, la falta de dolor y «shock» inicial, la ausencia de soplos y aumento radiológico del cayado aórtico hacen difícil aceptarlo como diagnóstico.

9. Trombosis masiva del cayado aórtico. Diagnóstico a primera vista el más aceptable, pero que no explica la integridad de las carótidas y femorales.

En fin, nosotros no hemos podido encuadrar clínicamente este caso en ninguno de los anteriores apartados. Es indudable que la necropsia hubiera resuelto el problema. No dudamos que clínicos con más experiencia que la nuestra en este terreno pueden dar una explicación satisfactoria a esta observación que presentamos.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 55 años, hipertensa que presentó una gangrena de ambas extremidades superiores que alcanzó los antebrazos. El autor manifiesta no poder explicarse la etiología de esta necrosis, haciendo el diagnóstico diferencial con las causas más frecuentes de gangrena de las extremidades.

SUMMARY

A case of grangrene of both upper limbs is presented. The ethiology of the process remained unknown.