

# ISQUEMIA CRONICA FEMORO-POPLITEA

## CLINICA \*

ANGEL BOHORQUEZ

Sevilla (España)

Las consideraciones que vamos a hacer sobre la clínica de la isquemia crónica fémoro-poplítea se basan en el estudio de nuestros 1000 primeros enfermos vasculares de los archivos privado y del Centro de Cardio-Angiología del Hospital Infanta Luisa de la Cruz Roja, de los que 273 están afectados de enfermedad arterial, un pequeño número de linfopatías y el resto, tres cuartas partes aproximadamente, son flebópatas.

De entre los 273 enfermos arteriales hemos seleccionado aquellos en que por lo menos uno de sus miembros inferiores padecía isquemia crónica por arteriopatía femoral o poplítea, acompañada o no de obliteraciones en otros territorios. Esta isquemia, crónica desde un principio en la mayoría de los casos, se ha establecido en otros tras la remisión parcial de un accidente agudo, trombótico o embólico; habiendo incluido también en nuestro estudio clínico aquellos enfermos alcanzados de poliomiélitis en los que, si bien no hemos encontrado obliteración de troncos arteriales, la hipoplasia vascular les ha condicionado la aparición de una sintomatología isquémica que los ha dirigido hacia nuestras consultas.

En estas condiciones se encontraban 106 enfermos, lo que representa un 38.4% de los enfermos arteriales y un 10.6% de la totalidad de los enfermos vasculares. De ellos, son:

Arteriosclerosos . . . . .	87
Tromboangéuticos . . . . .	9
Poliomiélticos . . . . .	6
Postembólicos . . . . .	3
Por fistula arteriovenosa . . . . .	1

Estas cifras representan los siguientes porcentajes referidos, primero, a la totalidad de los enfermos arteriales (273) y, segundo, a la localización que nos ocupa:

Arteriosclerosos . . . . .	31.5 %	y 82.08 %, respectivamente.
Tromboangéuticos . . . . .	3.3	8.49
Poliomiélticos . . . . .	2.2	5.66
Postembólicos . . . . .	1.05	2.83
Por fistula arteriovenosa . . . . .	0.35	0.94

\* Ponencia al Symposium sobre Obliteraciones Arteriales Crónicas. X Jornadas Angiológicas organizadas por la Sociedad Española de Angiología, El Escorial (Madrid), mayo 1964.

Diremos, como dato complementario, que la obliteración poplítea se presenta en nuestros casos con una frecuencia doble que la de la femoral.

La constancia sintomatológica de cada grupo y la diversidad y número de matices que los separan entre sí nos obliga a exponer separadamente cada uno de ellos. De entre los 87 enfermos arterioscleróticos, 73 son varones y 14 hembras. Existe, pues, una proporción global de 5.2 a 1. Las edades medias de aparición de los primeros síntomas son de 50 años para los varones y de 64 para las hembras; como si en estas últimas fuese preciso mayor tiempo de actuación de las noxas para el desarrollo de una obliteración ateromatosa. Pero si consideramos sólo aquellos casos que presentan hiperglucemia, entonces las edades medias se aproximan, ya que en la mujer continúa siendo de sesenta y cuatro años mientras que en el hombre se eleva a sesenta y dos, datos que están en franca contradicción con lo habitualmente observado en que la arteriosclerosis-diabetes es de aparición más precoz que la arteriosclerosis simple. En nuestra estadística, de los 14 casos recogidos en mujeres, 13 presentaban diabetes, esto es casi la totalidad; y la única que acusaba glucemia normal tenía antecedentes familiares diabéticos. En el hombre, de 73 casos sólo eran diabéticos 23, esto es el 31%.

La hipertensión arterial acompaña a nuestros arterioscleróticos en un 40% del total. Este se mantiene prácticamente invariable si consideramos la cantidad de hipertensiones relativas en el hombre y la mujer; siendo también las variaciones poco importantes cuando se comparan las cifras de diabéticos y normales, y notando sólo un aumento de hasta el 52% cuando la observación recae sobre diabéticos varones.

En la mayoría de nuestros casos (70%) el síntoma que abre la escena de la isquemia es la claudicación intermitente. Se presenta como un dolor constrictivo localizado en las masas gemelares o más abajo, hacia la región aquilea, y desaparece con la detención de la marcha, sin necesidad de tomar asiento. Nunca hemos visto localizaciones más altas ni tampoco —en arterioscleróticos— sensaciones parestésicas en planta del pie. Queremos insistir en un hecho observado por nosotros con una frecuencia muy superior a lo que daría una mera coincidencia: el cuadro vascular, la claudicación, se instaura a continuación de un estado infeccioso agudo a menudo respiratorio. Para explicarnos este hecho que siempre llamó nuestra atención y que muchas veces no es manifestado espontáneamente por el enfermo, pensamos que la infección intercurrente, provocando una baja tensional y un aumento de la coagulabilidad sanguínea, puede desencadenar una trombosis de vasos previamente ateromatizados, pero cuya misión la habían cumplido hasta entonces de manera satisfactoria. Y en apoyo de esta sugerencia anotamos que en una elevada proporción se trata de individuos hipertensos donde la labilidad tensional es bien conocida.

La claudicación intermitente es a veces rápidamente progresiva, llegando en pocos meses al dolor de reposo. Pero con frecuencia se hace estacionaria y permanece años como único síntoma que molesta. En este sentido no hemos podido poner de manifiesto diferencia alguna de malignidad entre la obliteración poplítea y la femoral.

En ocasiones la claudicación intermitente no llega a ponerse en evidencia porque una obliteración más alta y grave del lado opuesto nos la oculta, siendo en estos casos un descubrimiento del reconocimiento sistemático. Una hemiplejía por trombosis o un infarto coronario precedente pueden ser también las causas de esta frustración sintomática, debutando la sintomatología de la localización periférica por el dolor de reposo de la extremidad, como nos ha ocurrido en cinco ocasiones. A este

respecto llamaremos también la atención sobre el hecho de que en las mujeres, en las que prácticamente la totalidad son diabéticas, la claudicación como síntoma de comienzo se presentó sólo en un 35%, esto es en la mitad de los de la estadística general. Es bien conocido el hecho de la aptencia de fijación distal de la arteriosclerosis-diabetes, que condicionaría una mayor proporción de úlceras y necrosis superficiales. Pero, si consideramos que en los 23 hombres diabéticos, 18 acusaron la claudicación como síntoma de comienzo, no tenemos más remedio que desvincularlo del trastorno metabólico y buscar otra razón que, a mi juicio, no es más que ésta: no se presenta sencillamente porque la mujer a esas edades y en nuestro medio suele moverse poco.

En este estadio de la enfermedad, algunos enfermos manifiestan una molesta sensación de cansancio extremo, que desaparece en las mismas circunstancias que la clásica claudicación, no hablando nunca de dolor intermitente y llegando a la presentación de trastornos tróficos sin que aquél apareciera.

Juntamente con la claudicación suele presentarse una sensación subjetiva de enfriamiento del pie afecto, siendo muy discordantes las manifestaciones del enfermo con los datos objetivos que luego obtendremos y estando en relación más que con el grado de temperatura con la personalidad psíquica del paciente.

En tres enfermos, ninguno de los cuales era diabético, el desencadenamiento de una trombosis provocó un cuadro de isquemia aguda que se presentó como primera manifestación. Ninguno fue intervenido y evolucionan hacia la cronicidad con una claudicación intermitente de corta distancia. Uno de ellos hizo con posterioridad un nuevo accidente agudo en la otra pierna; el segundo, brotes de trombosis ascendente del mismo lado; y, el tercero, falleció de infarto de miocardio. Como diremos posteriormente, el estudio de la coagulabilidad sanguínea en estos enfermos es de sumo interés.

El comienzo de la enfermedad por úlceras, frecuentemente en los bordes del pie o en el talón, precedidas o no de placas de necrosis superficiales, es frecuente en los casos de diabetes, sobre todo femeninos.

A veces no son tales úlceras, dolorosas y rebeldes, lo que inicia el cuadro, sino verdaderas necrosis de todo o parte de un dedo, asociándose casi siempre a un proceso infectivo que puede ser en realidad el que haya desencadenado la gangrena. En estas ocasiones, la frialdad y la palidez del pie se ven sustituidas por el calor y rubor inflamatorios, continuándose éste por los clásicos regueros linfagíticos.

Por último, señalemos que entre los casos que hemos asistido figuran tres en los que el primer síntoma o accidente vascular fue una trombosis cerebral y dos de localización coronaria, en todos los cuales, como dijimos anteriormente, no llegó a existir claudicación a pesar de que en la exploración se les apreciaron obliteraciones fémoro-poplíteas.

La bilateralidad de las lesiones es algo más frecuente que la localización unilateral, no influyendo en este número la presencia o ausencia de diabetes, siendo la obliteración de ambas poplíteas la combinación más frecuentemente observada.

También en siete ocasiones hemos comprobado que, coexistiendo con la de la femoral o poplítea, existía en el lado opuesto una obliteración iliaca; y en éstos la sintomatología de la localización que nos ocupa quedaba siempre enmascarada por la de la obliteración más proximal.

Fuera de los miembros inferiores la arteriosclerosis presenta otras localizaciones cuya manifestación clínica puede preceder a la de la enfermedad periférica. Pero con frecuencia se imbrica en el cuadro evolutivo, y en no pocas ocasiones es la causa de la muerte. En nuestra relación figuran 13 coronariopatías, 10 cerebrales y una gástrica, que motivó una úlcera aguda con perforación comprobada operatoriamente, de la que falleció. En cuanto a la influencia del sexo, de la diabetes, de la hipertensión, etc., no hemos encontrado diferencias dignas de mención, ya que su presencia guarda la misma proporción que la de la totalidad del estudio. Y aunque la investigación no se ha hecho de forma sistemática, sí tenemos los datos suficientes para poder asegurar que en este tipo evolutivo de la arteriosclerosis, en el que los accidentes trombóticos son iterativos, el estudio de la coagulabilidad sanguínea demuestra siempre una hipercoagulabilidad manifiesta que hay que tener muy en cuenta a la hora del pronóstico.

Por último, incluiremos la presencia de una trombosis arterial aguda de la subclavia, seguida a los dos años de otra cerebral, de la que fallece; y la existencia de dos dilataciones aneurismáticas abdominales, con su cortejo de latido expansivo y soplo sistólico, pero mudas desde el punto de vista subjetivo y sin repercusión en la irrigación arterial de los miembros inferiores.

En la exploración, los datos de la oscilometría y de la termometría cutánea no ofrecen, en nuestros enfermos, particular interés. Sólo indicaremos que cuando no existe pulsatilidad y la oscilografía es nula a presiones altas y medias del manguito y se inician cuando en el miembro sano comienzan a decrecer, entonces, la arteriografía nos muestra en numerosas ocasiones obliteraciones incompletas o muy segmentarias, con relleno inferior. En cuanto a los territorios de localización de la frialdad, mientras en la isquemia aguda los niveles son bastante exactos, en la crónica, en virtud de las suplencias, de las obliteraciones parciales, de la eventual participación o no de vasos secundarios, de la posible existencia de arteriospasmos, etc., quedan desdibujados en sus límites y no siempre corresponden a los esquemas clásicos.

La palidez en la elevación y la eritromelia en la declividad son signos exploratorios de relativo interés en cuanto al diagnóstico, pero que estimamos de alto valor en la elaboración de un juicio pronóstico, juntamente con la velocidad de avance de la circulación de retorno observando la ola sanguínea por una vena del dorso del pie vaciada anteriormente por expresión. En este estadio primero de la enfermedad, en el que se encuentran aproximadamente la mitad de los casos presentados, hay un alto porcentaje de resultados negativos: un 40%. Resultados discretamente positivos se encuentran en otro 40%. Sólo en un 20% había una palidez y eritromelia acusadas. Estos resultados se positivizan en mayor número y cuantía cuando se añaden movimientos de flexo-extensión del pie con el miembro elevado.

Pero si estos resultados son aleatorios, cuando la enfermedad pasa a su segundo estadio y la isquemia se hace presente aún en reposo, la palidez y la eritromelia posicionales se encuentran, entonces, en el 100% de los casos y en la mayoría con una evidencia rápida y acusada.

En este segundo periodo, el dolor de reposo, que es su característica, ofrece variaciones de intensidad considerables y no siempre en relación con el aspecto clínico del conjunto del miembro, por lo que creemos que la neuritis isquémica juega un papel importante en la génesis de estos casos en los que existe una discordancia evidente entre la isquemia tisular y la intensidad y rebeldía del dolor, que en nuestra

observaciones son abundantes sobre todo en el grupo de diabéticos donde las alteraciones metabólicas de los nervios facilitan los trastornos puramente isquémicos.

Nuestros casos de tromboangeítis con obliteración fémoro-poplítea comprenden 9 varones, de los que el más joven en presentar los primeros síntomas lo hizo a la edad de 21 años, mientras que el mayor acababa de cumplir los 40 años, obteniendo una media de 32.

En tan corta serie, es interesante señalar que en dos ocasiones el cuadro comenzó su evolución por un síndrome vertiginoso vinculado por el especialista con un trastorno laberíntico de origen vascular. En ambos, un fenómeno de Raynaud de miembros superiores y una claudicación en los inferiores se presentan y desarrollan en pocos meses. En uno de ellos, precisamente el citado en primer lugar como más joven, el cuadro vascular avanza con una violencia que podríamos calificar de «inflamatoria», desarrollando en cuestión de semanas dolor de reposo, manchas cianóticas persistentes en escroto, úlceras dolorosísimas de localización periungueal, necrosis de dedos del pie y superficiales en manos y un adelgazamiento rápido y progresivo e impresionante que le hace morir en plena caquexia, en todo semejante a la clásica de Simmonds, teniendo la sospecha, compartida por los internistas que le asistieron, de que se trataba de este síndrome endocrino provocado por arteritis de los vasos hipofisarios.

Y aunque no con esta rápida, continua y fatal evolución, el carácter distintivo de nuestras observaciones de enfermedad de L. Bürger se distingue precisamente por ello. Entre los primeros síntomas, la aparición del dolor de reposo y la aparición de los trastornos tróficos media un espacio de tiempo menor que en la arteriosclerosis. La distrofia o atrofia muscular fue siempre más rápida y adquirió mayor cuantía. El fenómeno de Raynaud, que sólo fue observado una vez en la serie de arterioscleróticos, en la tromboangeítis se presentó en cuatro ocasiones, aproximadamente en la mitad de la serie. La influencia del tabaco es evidente: en uno de ellos bastaba un cigarrillo para desencadenar la asfixia local de la mano, y este hecho, repetido en muchas ocasiones, a veces en mi presencia, tenía la constancia de un experimento. Sólo en una ocasión la obliteración alcanzó la femoral, afectando en los demás la poplíteo o sus ramas de bifurcación; y la claudicación intermitente, presente en un momento evolutivo en el 100% de los casos, adoptaba en cuatro de ellos una localización plantar con sensación de ardor doloroso y acorchamiento. La presencia de úlceras periungueales fue observada en una proporción del 65%, y la confusión con uñeros, frecuente, con las desagradables consecuencias que la extirpación de la uña trae consigo.

Todos eran normotensos y ningún caso presentaba diabetes. La palidez y la eritromelia, a excepción de uno, estaba presente y era marcada en los demás. Nunca encontramos en los antecedentes ni en la evolución flebitis migrans, por lo que estamos junto a los autores que señalan su presencia en un 10% contra el 40% de la mayoría.

En la relación que hacíamos al principio figura un caso de fístula arteriovenosa. Se trataba de un polimetralado de la guerra que hizo un hematoma pulsátil de la femoral obligando a la ligadura de la misma. A los 20 años, en plena insuficiencia cardíaca y afecto de hipertensión grave, le es descubierta la fístula, que operatoria-

mente se comprueba entre el cabo distal de la arteria ligada y la vena femoral. Durante algunos años el enfermo tiene mejoría discreta, no sólo de la insuficiencia cardíaca sino también de la isquemia crónica que padecía.

En dos enfermos de estenosis mitral, de 40 y 45 años de edad, existía un antecedente de isquemia aguda desde hacía cinco y tres años, respectivamente. Tuvieron una mejoría lenta e incompleta quedando ambos con una claudicación intermitente estacionaria como consecuencia de una obliteración femoral superficial y poplítea, cuya isquemia crónica, a excepción de la no progresividad evolutiva ya señalada, no ofrecía particularidades algunas.

Por último, hemos traído a vuestra consideración 6 casos de parálisis infantil, todos ellos hembras, en los que la presencia de una úlcera muy dolorosa les condicionaba un sufrimiento continuo.

La enfermedad de Heine-Medin la habían contraído entre el primer año y el tercero de vida, y las edades en que se presentan en consulta van de los 22 a los 54 años, con una media de 35.5.

Desde que tienen consciencia de sí mismas recuerdan que la extremidad afecta la tienen fría y que, durante los inviernos, dicha frialdad llega a ser dolorosa. Unos inviernos más y, tras un cuadro de perniosis y de nódulos indurados de coloración intensamente cianótica, aparecen úlceras, por lo general en dorso del pie y cara posterior y posteroexterna del tercio inferior de pierna, que al principio curan durante los veranos, pero que por último se hacen permanentes. Esta es, en resumen, la historia que aqueja el 100% de los casos que nos envían.

No hemos encontrado relación alguna entre la extensión del cuadro paralítico y la intensidad del vascular, ya que en nuestros casos figuran ejemplos en que la totalidad del miembro está afectado junto a otros en los que la parálisis se reduce a algunos grupos musculares. La edad de aparición es también muy variable, pero nunca menor de los 15 años después de haber padecido el ataque.

El índice oscilométrico está francamente disminuido, pero lo que más llama la atención es la frialdad extrema del miembro; frialdad que sólo se observa en casos de obliteraciones con inminencia de gangrena. La multiplicidad de úlceras es muy frecuente y la rebeldía de las mismas extraordinaria. En los casos que hemos gangliectomizado la mejoría ha sido muy evidente al principio, pero luego vuelven a enfriarse y reaparece al dolor, pudiendo calificar los resultados a la larga y en un tanto por ciento elevado, sólo de discretos.

#### RESUMEN

El autor presenta un estudio clínico de la isquemia crónica femoropoplítea, basado en 106 casos, la mayoría arteriosclerosos. El resto comprende tromboangiéticos, postpoliomielíticos, postembólicos y fístulas arteriovenosas.

#### SUMMARY

A clinical study of chronic isquemia due to femoro-popliteal occlusion is presented.