

Embolia arterial de la poplítea y del tronco tibioperoneo

F. MARTORELL

Director del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)

Las embolias arteriales de la poplítea y del tronco tibioperoneo rara vez necesitan tratamiento operatorio: con tratamiento médico (heparina, butazolidina y papaverina) se suelen resolver satisfactoriamente. Veamos un ejemplo:

El 26-XI-40 vemos un cardiópata mitral que cinco días antes tuvo intenso y brusco dolor en la pantorrilla izquierda.

Nos hallamos ante una cardiopatía embolígena. El aspecto y temperatura de los pies es normal. El pulso periférico está presente en todas las arterias menos en la tibial posterior del lado izquierdo. La pedia de este lado late débilmente. Por el contrario, la poplítea lo hace con mayor intensidad. El oscilómetro muestra ligero aumento en el muslo del lado enfermo y evidente disminución del índice oscilométrico en la pantorrilla. La presión del manguito del oscilómetro sobre esta última zona es dolorosa.

La permeabilidad de una gruesa colateral, la tibial anterior, ha asegurado la circulación en el miembro. La arteriografía confirmó el diagnóstico de embolia del tronco tibioperoneo izquierdo, ya establecido por la clínica.

Este enfermo curó de su episodio embólico sin operación alguna y sin dejar un síndrome isquémico crónico.

En ocasiones una embolia de la poplitea puede determinar gangrena de la extremidad. La embolectomía y la trombectomía distal está indicada en estos casos. Pero si el enfermo es asistido en fase muy tardía, la simpatectomía lumbar puede ser beneficiosa.

El 3-III-59 ingresa un enfermo de 79 años de edad, con taquiarritmia («flutter» auricular). El pie derecho está frío, edematoso y cianótico. Algunos dedos y la planta del pie presentan lesiones necróticas. Quince días antes, por la noche, estando en cama, tuvo intenso y brusco dolor en pierna y pie derechos. El pulso femoral está presente y la oscilometría en el muslo es normal. No existe, en cambio, pulso en la poplítea, pedia y tibial posterior del mismo lado. El índice oscilométrico en la pierna es casi inexistente. El dolor se ha atenuado con tratamiento médico.

El 7-III-59 se le practica simpatectomía lumbar. El dolor desaparece por completo y queda una placa necrótica limitada a la planta del pie (fig. 1). Esta placa de necrosis va eliminándose con lentitud hasta curar por completo. El 22-V-59 la pierna y el pie tienen aspecto normal (fig. 2); han reaparecido las oscilaciones y el pulso periférico, igualándose en las dos piernas.

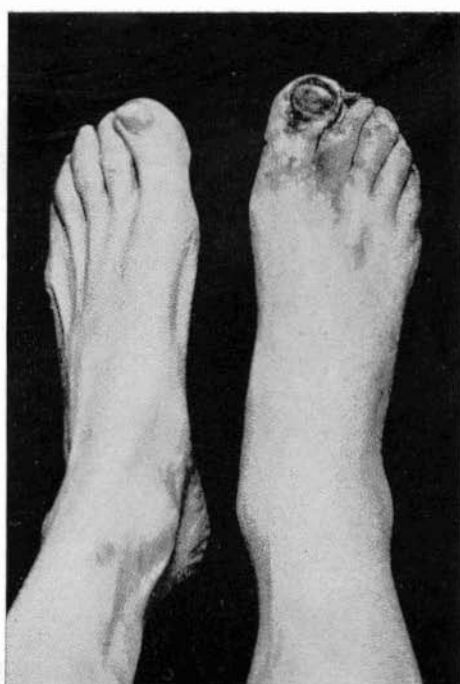
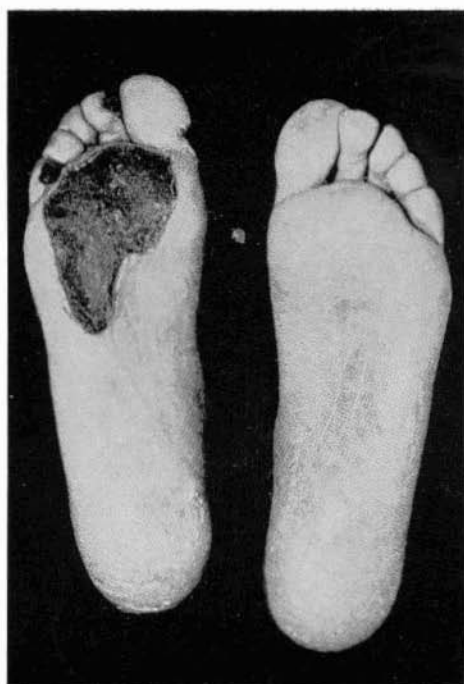


FIG. 1. Embolia de la poplítea derecha. Algunos dedos y la planta del pie presentan lesiones necróticas. Operado de simpatectomía lumbar a los veinte días del accidente agudo.

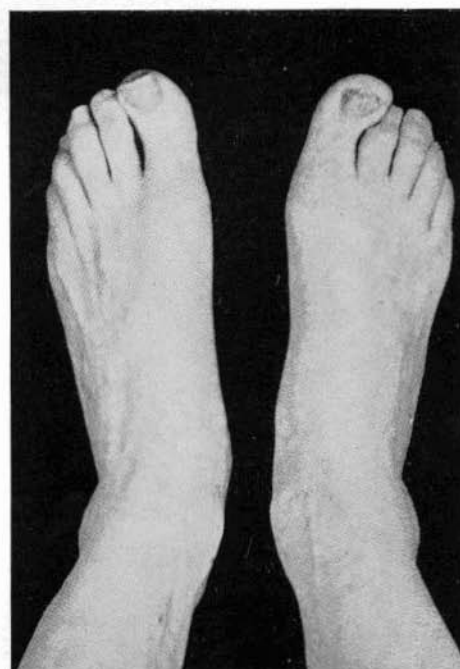
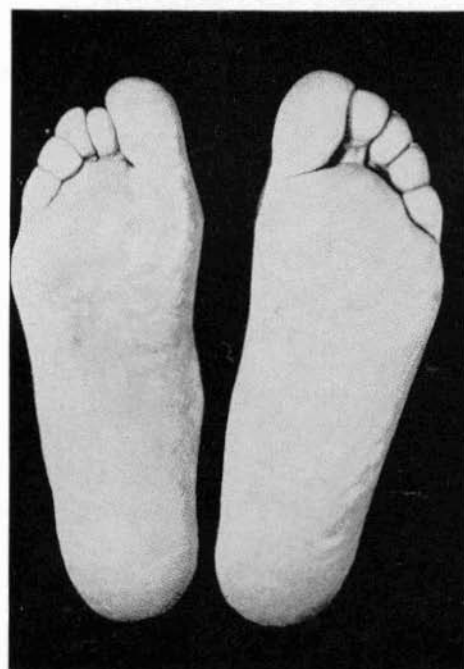


FIG. 2. El mismo enfermo de la figura anterior a los dos meses y medio de la simpatectomía lumbar. La pierna y el pie tienen aspecto normal. Han reaparecido las oscilaciones y el pulso periférico.

En consecuencia, podemos **resumir** diciendo que ante una embolia de la poplítea o del tronco tibioperoneo hay que internar al enfermo en la Clínica Vascular y practicar de inmediato una terapéutica médica. Se administrarán heparina, como anticoagulante, butazolidina, como antiinflamatorio, y papaverina, como antiespasmódico. Por regla general a las pocas horas desaparece el dolor, el pie se calienta y recupera su color normal. En muy raros casos el cuadro isquémico se agrava a pesar de este tratamiento. Entonces hay que proceder a la embolectomía más trombectomía distal con el catéter de Fogarty. Cuando estos casos son asistidos tardíamente, la simpatectomía lumbar puede ser beneficiosa.

SUMMARY

In cases of embolism of the popliteal artery or the tibio-peroneal trunk the patient should be admitted to a Vascular Clinic and treated medically with heparin as anticoagulant, butazolidin as anti-inflammatory and papaverine as spasmolytic. In few hours the pain will disappear and the foot warm up and return to normal color. In few cases the ischemic picture becomes worse despite medical treatment. Then, embolectomy and distal thrombectomy with Fogarty's catheter should be carried out. When these cases are seen late after the incidence of the embolism, a lumbar sympathectomy may be of some benefit.