

Arteriosclerosis femoro - poplitea

Clínica y diagnóstico

MIGUEL RIOS-MOZO

Profesor Adjunto de la Cátedra de Patología General. Escuela Oficial de Aparato Circulatorio (Director: Prof. J. Cruz Auñón)

Facultad de Medicina de Sevilla (España)

I

Podríamos ocupar el tiempo bien medido que se nos da para nuestra intervención en esta Mesa Redonda describiendo con ciertos detalles la clínica generalmente aceptada de los pacientes con esta localización de la arteriosclerosis y la metódica que se sigue para su diagnóstico antes de la arteriografía. Pero, como consideramos que ello está de sobras expuesto en muchos libros buenos y como algunos métodos modernos de diagnóstico, como la oscilografía electrónica, la pletismografía, la fluoroscopia con lámpara de Wood y el empleo de radioisótopos, están expuestos a la perfección en trabajos recientes y en algunas de estas metódicas hay más de investigación fisiopatológica del volumen de sangre circulante que de diagnóstico clínico, nos ha parecido basamente nuestra intervención en la visión que un médico internista tiene de la arteriosclerosis localizada en el territorio fémoro-poplíteo y prescindir de una descripción bien organizada de su clínica y de su diagnóstico, aunque esta visión sea naturalmente aplicable a esas dos circunstancias que se nos han asignado.

Resultado de este planteamiento pueden llegar a ser los datos que nos han proporcionado más los enfermos que los libros, aunque hayamos actuado siempre con lo que hemos aprendido de otros trabajadores en la cuestión. De todas formas, es necesario, como introducción al tema, hacer una descripción muy esquematizada de lo ya conocido por ustedes.

Por ello, hemos de decir que en la arteriosclerosis del sector fémoro-poplíteo hay, como en otras localizaciones, unas formas en las que la clínica es aguda y a veces esta agudeza se implanta sobre una evolución crónica ya delimitada. Estas formas agudas, que a veces cursan con prodromos y otras se presentan con dolor brusco, impotencia funcional, sensación de miembro frío y muerto, apatía y «shock», son circunstancias que, como muy bien dice **Bourde** (1), permiten diferenciar la isquemia arterial de las flebitis y de las neuritis, sin olvidar que una isquemia aguda puede seguir a una trombosis venosa masiva.

Tenemos que señalar a continuación que hay unas formas crónicas que,

como cualquier otra localización de la arteriosclerosis en las extremidades inferiores, producen un primer estadio con pobreza de síntomas o asintomático en el que puede llamar la atención en ocasiones la persistencia y dificultad de curación de una micosis de pie, ya vista por los dermatólogos; un segundo estadio de claudicación intermitente, que a su vez tiene una primera etapa más tolerable y una segunda más clara y que, precisamente en la localización fémoro-poplítea, produce las formas de claudicación más típicas; un tercer estadio de dolor en reposo independiente de la localización arterial del proceso y que puede acompañarse de edemas; y por último, el cuarto estadio en el que ya existe una necrosis manifiesta.

Ante estas manifestaciones subjetivas, las exploraciones objetivas más clásicas que ayudan al diagnóstico son: la observación de una atrofia muscular, pérdida de vello, alteraciones de las uñas; la toma detenida de los pulsos periféricos y la auscultación arterial, más cuestionable; una simple valoración de la temperatura cutánea al tacto; y la oscilometría convencional. No hay que olvidar que la temperatura cutánea en una isquemia puede estar falseada por alteraciones vasomotoras y ello dar lugar a falsas interpretaciones. Otras exploraciones no difíciles y que complementan las anteriores son: las maniobras de levantar y dejar colgando la pierna, observando el color y la repleción venosa, la observación de la onda del pulso en el oscilómetro, la simple y directa observación de la necrosis y de las úlceras y una correcta exploración neurológica. No vamos a comentar aquí la valoración clínica de estas exploraciones, sobradamente expuestas en cualquier buen libro. Solamente las hemos expuesto en función de que ellas pueden proporcionar datos muy valiosos no sólo para el diagnóstico de isquemia arterial, sino para poder fijar su localización en un cierto número de casos.

Entre estas breves citas de medios diagnósticos no hay que olvidar la necesaria exploración global de todo el organismo, sobre todo para descartar la posibilidad de una cardiopatía embolígena que haya enviado material embólico causa de obstrucción arterial y que en ocasiones puede no manifestarse de forma demasiado aguda.

Ya hemos mencionado algunos métodos biofísicos. En ellos entra un estudio detenido de la coagulación sanguínea, la oscilografía electrónica, la esfigmografía electrónica, la pletismografía digital y segmentaria, la pletismografía «impedance», la fluoroscopia con lámpara de Wood, el empleo de radioisótopos, ya señalados. Todos estos métodos tienen evidente valor, pero no superan de por sí la correcta valoración clínica de la anamnesis y de la exploración clínica sustancial que hemos referido. Por ello no consideramos efectuar aquí una exposición extensa de todas las metódicas, por otra parte perfectamente recogidas en cualquier obra buena, como la de **Kappert** (2), por ejemplo.

Desde nuestra actuación como internistas debemos, por último, considerar la necesaria colaboración que siempre debe establecerse con el angiólogo, cirujano cardio-vascular especializado para llegar con la aplicación de la arteriografía y de algún método adjunto de los valorizados a un diagnóstico correcto de localización que ayude a sentar de común acuerdo las premisas fundamentales del tratamiento.

II

¿Qué experiencia personal podemos presentar sobre esta cuestión?

Ante la gran cantidad de estudios estadísticos ya publicados en Medicina sobre la clínica de cualquier afección, ya nos mostramos un poco remisos en repetir el trabajo bien hecho por otros enumerando porcentualmente con determinimiento los síntomas subjetivos y objetivos de la enfermedad.

Creemos que tiene mucho más valor la exposición de nuestra experiencia personal intensa, a lo que se une la impronta de lo aprendido de otros maestros y de lo estudiado.

En el caso de la arteriosclerosis fémoro-poplítea hemos de todas formas realizado una mirada de conjunto a nuestro archivo privado y otra al archivo de nuestra Escuela de Aparato Circulatorio que dirige el Prof. **Cruz Auñón** y del Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Diputación Provincial de Sevilla que dirige el Dr. **Rivera López**. Esta revisión la hemos hecho no con la pretensión que antes criticábamos de construir una estadística de síntomas, sino para establecer una comparación de lo que un internista ve de forma general en su consulta privada y lo que se recoge en una clínica especializada.

Empezaremos por lo que se encuentra en dicha clínica especializada.

Está claro que en las 50 historias que hemos examinado en los Servicios hospitalarios reseñados el diagnóstico de arteriosclerosis fémoro-poplítea se había hecho con seguridad, siempre sobre un buen estudio angiográfico, lo cual fundamenta aún más el diagnóstico de la localización arteriosclerótica que nos ocupa. Las 50 historias clínicas han sido tomadas al azar pero siempre con arteriografía realizada. La revisión que hacemos es sucinta, por las razones ya apuntadas, pues consideramos una pérdida de tiempo ir anotando la frecuencia porcentual de los síntomas subjetivos en la evolución y de los datos objetivos. Esto está expuesto en cualquier libro. Nos interesa más un enfoque de conjunto de las características clínicas más acusadas.

En esta línea encontramos que de los 50 pacientes 44 eran hombres y 6 mujeres, lo cual da un porcentaje de 88 % de hombres y un 12 % de mujeres. Se confirma así la mayor frecuencia de hombres con arteriorclerosis, que en esta localización es aún más acusada.

En cuanto a la edad, nos referimos naturalmente a la edad en que los pacientes acuden a la consulta, ya que la que corresponde a la iniciación de los síntomas según el criterio de cada enfermo no puede ser valorizada. Entre los varones hay 17 casos entre los 50 y 59 años, 19 entre los 60 y 69, sólo 8 casos entre los 70 y 79, y ninguno por debajo de los 50 ó por encima de los 79. Entre las mujeres hay sólo un caso de 44 años, 3 entre los 60 y 69 y 2 entre los 70 y 79. Repetimos que estando unos casos más evolucionados que otros, lo único que pretendemos es tener una visión panorámica de la edad más frecuente en que acuden los enfermos a un servicio especializado para establecer luego una comparación con los que vienen a la consulta privada de un internista. De todas formas, aún teniendo en cuenta estas salvedades, nos parece que la arteriosclerosis fémoro-poplítea tiende a aparecer en edades más altas que la afectación coronaria y quizás algo menores o similares que la cerebral. La edad más frecuente de consulta en el grupo examinado parece ser la de los 50 a los 69 años.

Respecto a la profesión, teniendo en cuenta que la mayor parte de los enfermos pertenecían a la Seguridad Social, sólo podemos indicar que de las 6 mujeres una era vendedora ambulante de cupones y las cinco restantes se dedicaban a faenas propias de su casa; de los hombres, el mayor número lo formaban los trabajadores del campo, en total catorce, diez eran oficinistas y cinco dependientes de comercio, sin que ello haga presumir factores psicosomáticos que no han sido precisados y apenas comentados en esta localización de la arteriosclerosis.

Como datos asociados de interés señalaremos la presencia de diabetes en 14 casos (28 %); asociación a arteriosclerosis de las coronarias en 5 casos (10 %); afectación vascular cerebral asociada en 8 casos (16 %); ambas asociaciones, coronaria y cerebral, en 4 casos (8 %); hipertensión arterial, con diastólica por encima de los 100 mmHg, en 18 casos (36 %). Destaca, pues, sobre toda asociación la hipertensión arterial en primer término y luego la diabetes.

De la revisión de estas historias hay algún detalle clínico que nos ha llamado la atención y que no ha sido subrayado con suficiente intensidad en trabajos similares. Así, encontramos 13 casos (26 %) cuyas molestias iniciales fueron consideradas por quienes les atendieron en esa fase como distintos tipos de reumatismo. En uno es evidente que existía, además de la afección vascular, una gota; y en otro, una artritis reumatoidea muy clara. En 9 casos (18 %) sus molestias iniciales habían sido calificadas de neurológicas: tres se diagnosticaron falsamente de ciática; en otro, el dolor isquémico que apareció en la pierna paralizada por hemiplejía, se atribuyó a la hemiplejía; en otro, su insuficiencia vascular cerebral con hemiparesia, retrasó el diagnóstico; y en los restantes, la paresia de pierna secundaria a isquemia del miembro se atribuyó inicialmente a causa vascular cerebral o primariamente neurológica. Llama también la atención el que de estos 50 enfermos 17 (34 %) fueran considerados de inicio como enfermos venosos por padecer edemas de diferente causa, rubefacción de las piernas, erisipelas y a veces varices, que pudieron oscurecer el cuadro.

No valorizamos los datos del tabaco en esta revisión, por no tener la seguridad de que se hubiese interrogado este aspecto de forma sistemática como en las historias practicadas personalmente por nosotros.

Como ya indicábamos, para actuar en forma comparativa hemos extraído del archivo de nuestra consulta privada aquellos casos que clínicamente fueron diagnosticados de arteriosclerosis fémoro-poplíteo en fase crónica. El diagnóstico de dicha localización se estableció siguiendo la exploración peculiar que ya hemos apuntado es esencial para un internista: toma de pulsos periféricos, auscultación arterial, oscilometría convencional y apreciación de la temperatura cutánea simplemente por tacto manual. Algunos de estos pacientes fueron enviados al cirujano cardiovascular, quien practicó arteriografías y confirmó el diagnóstico de localización fémoro-poplíteo. Esto tiene positivo interés para sentar las indicaciones de tratamiento.

Siguiendo esta simple metodología de diagnóstico clínico descartamos aquellos pacientes con pulso ausente en región inguinal, tanto por encima como por debajo del ligamento de Poupart, con características de oclusión de las arterias pelvianas y, si la ausencia era bilateral, de oclusión de la aorta terminal. En

determinados casos puede encontrarse que el pulso es aún palpable por encima del ligamento de Poupart mientras falta por debajo. Estos casos son incluidos en la arteriosclerosis fémoro-poplítea, puesto que, por lo general, la oclusión se localiza en la arteria femoral común. Aquellos otros en que palpamos pulso inguinal normal y falta de pulso en poplítea se consideraban también, ya que la obstrucción se localizaba en la femoral superficial y más rara vez en el sector proximal de la poplítea. Es evidente que aquellos enfermos con ausencia de pulsos únicamente en el pie podían haber sido también incluidos globalmente, ya que ello puede corresponder a una obstrucción distal de la poplítea, como asimismo puede corresponder a oclusiones de las arterias de la pierna con permeabilidad de la poplítea. En estos casos la afectación de la oscilometría en el tercio superior de la pierna habla más en favor de una oclusión distal de la poplítea. Con esta doble maniobra hemos seleccionado los posibles casos de afectación distal de la poplítea y así han sido incluidos en nuestro archivo de diagnósticos antes de la comprobación arteriográfica, que en algunos casos tuvo plena correlación. La auscultación de soplos arteriales posibles nos ha significado muy poca ayuda.

Siguiendo esta metódica diagnóstica, entre los 10.835 enfermos visto en la consulta privada de un internista hasta el momento sólo hemos encontrado 39 casos en los que se hizo el diagnóstico clínico de arteriosclerosis del territorio fémoro-poplíteo, es decir, el 0,35 % entre todos los diagnósticos.

Aunque sólo consideremos esta localización de la arteriosclerosis periférica, esto demuestra que los internistas vemos pocos pacientes de esta eventualidad. Pensamos que espontáneamente y, sobre todo, enviados por los médicos de cabecera y otros especialistas acuden más al cirujano angiólogo. En nuestra consulta privada vemos un porcentaje mucho mayor de arteriosclerosis cerebrales y, aunque menos, bastante más alto de arteriosclerosis coronaria.

En los 39 casos referidos en la consulta privada hay 32 (82%) varones y 7 (18 %) hembras, cifras similares a las del Servicio de Cirugía Cardiovascular, aunque en las privadas el número de mujeres sea algo más alto.

En cuanto a la edad en que acuden a la consulta, encontramos entre los varones 4 (12,5 %) casos entre los 30 y 49 años, 9 (28,1 %) casos entre los 50 y 59 años, 11 (34,3 %) casos entre los 60 y 69 años y 8 (25 %) casos entre los 70 y 79 años; en cuanto a las mujeres hay 2 (28,5 %) casos entre los 50 y 59 años y 5 (71,4 %) casos entre los 60 y 69 años de edad. También aquí, como en las historias anteriores, se acumula más la edad de consulta entre los 50 y 69 años y se ven algunos casos más en personas más jóvenes.

La profesión de los pacientes privados no nos dice gran cosa respecto a esta localización de la arteriosclerosis, como ya hemos dicho. Entre los hombres 8 (23,4 %) dedicados a la administración de fincas de labor, 7 (21,8 %) tienen alguna industria, 4 (15 %) trabajan en el campo y el resto se dedica a otras profesiones, incluidas las universitarias, médicos, farmacéuticos, ingenieros, etc. Curiosamente, entre las 7 mujeres todas (100 %) se dedicaban a faenas propias de su casa.

En relación con el tabaco, entre los 32 varones 31 (96,8 %) eran fumadores, de ellos 24 con más de veinte cigarrillos al día y 7 con menos. En las mujeres es curioso que de las 7 eran fumadoras 4 (57,1 %), dos con más de veinte

cigarrillos al día y dos con menos.

En cuanto a las asociaciones encontramos la diabetes con 19 (48,7 %) casos, cifra más elevada que en el Servicio de Cirugía Cardiovascular; enfermedad coronaria en 10 (28,5 %) casos, cifra aún más elevada, lo cual sí indica un valor epidemiológico en relación a la influencia de una mayor tensión de vida y un mayor sedentarismo profesional y, por otra parte, si tenemos en cuenta que en nuestra consulta vemos más enfermos vasculares cerebrales que coronarios, ello va más en favor de la mayor frecuencia asociativa entre afectación coronaria y fémoro-poplítea; la asociación con arteriosclerosis cerebral la encontramos en 5 (14,2 %) casos, algo menos que en los enfermos hospitalarios; por último, en 6 (17,1 %) casos se presentó la doble asociación cerebral y coronaria con la fémoro-poplítea. En 18 (5,4 %) casos hallamos hipertensión arterial, con una diastólica por encima de los 100 mmHg; siendo bastante más frecuente esta asociación en los privados que en los hospitalarios.

En la revisión de historias clínicas en nuestra consulta nos ha llamado también la atención la frecuencia, en cierto modo importante, de haber sido diagnosticados por primera vez de reumatismo, enfermedad neurológica o enfermedad venosa que, coexistentes o no, pudieron haber determinado un retraso en el diagnóstico de enfermedad arterial. En 8 (20,5 %) pacientes se diagnosticó inicialmente alguna forma de reumatismo, aunque en tres de ellos existía asociada una clara gota. En 9 (25,7 %) casos fue diagnosticado un síndrome neurológico, de los cuales cinco se etiquetaron de secuela de accidente vascular cerebral; y si bien en algunos de los casos existía realmente una hemiplejía, en otros se confundió la impotencia funcional y el dolor de la arteriosclerosis fémoro-poplítea con un síndrome vascular cerebral y, en otros, se pensó en una polineuritis. En 6 (17,1 %) pacientes el diagnóstico inicial fue de enfermedad venosa, lo cual ocultaba la presencia de una arteriosclerosis fémoro-poplítea con vistas a un diagnóstico más precoz.

El estadio evolutivo se consideró según las normas que hemos señalado al principio. En los pacientes privados encontramos 38 (41 %) casos en el estadio I; 10 (20,6 %) en el estadio II; 8 (20,5 %) en el estadio III; y 5 (12,2 %) en el estadio IV. Resulta claro que los internistas vemos pacientes menos evolucionados que acuden ya más al cirujano angiólogo.

Revisando la localización en una u otra pierna de las lesiones, encontramos afectado el territorio fémoro-poplíteo derecho en 16 (41 %) casos, el izquierdo en 12 (30,7 %) casos y bilateral en 11 (28 %) casos.

III

Con estos datos podemos deducir algunas cuestiones de aplicación de nuestra experiencia personal a la clínica y diagnóstico de la arteriosclerosis fémoro-poplítea.

En primer lugar observamos que los internistas vemos poco la localización periférica de la arteriosclerosis y concretamente del sector fémoro-poplíteo. Entre 20.835 pacientes privados hemos encontrado sólo 39 casos (0,35 %), lo que da un porcentaje muy inferior a la localización cerebral, que es la que más

vemos, y a la coronaria. Debe tenerse en cuenta que hemos separado, por los métodos clínicos expuestos, los diagnosticados exclusivamente de localización femoral y poplítea. El porcentaje de todas las localizaciones de la arteriosclerosis en las extremidades inferiores es, naturalmente, algo mayor pero desde luego siempre bajo en relación a otras localizaciones. Ya hemos comentado que esta baja proporción obedece a que muchos enfermos acuden más al cirujano cardiovascular y a que los médicos de cabecera con buena orientación hacia la terapéutica suelen remitirlos a estos especialistas.

Es evidente que al internista llegan más casos en estado primero evolutivo, menos con claudicación intermitente y dolor isquémico en reposo y menos aún con necrosis. En estas fases se orientan más hacia el cirujano angiólogo.

Es asimismo cierto que muchos pacientes antes de acudir a nuestra consulta y también antes de acudir a los Servicios especializados de Cirugía Cardiovascular, donde hemos revisado las historias, fueron diagnosticados de reumatismo, síndrome neurológico o síndrome venoso. En relación con lo primero es de notar que la gota puede realmente asociarse con cierta frecuencia a la arteriosclerosis, como la diabetes, y en los casos en que realmente la padecen pueden ocasionar despiste en el diagnóstico inicial, por lo cual siempre debe explorarse por los métodos clínicos el sistema vascular de aquellos que acusan dolores en las extremidades.

Es también interesante el que pacientes con impotencia funcional de las extremidades debida realmente a isquemia periférica pueden ser diagnosticados por error de neurológicos; y otros, con hemiplejía o hemiparesia por enfermedad vascular cerebral asociada, al tener dolores pueden no ser explorados de su sistema vascular periférico y hacer un diagnóstico incompleto.

Lo mismo cabe decir de la apariencia edematosa de los pies y tobillos que, al tener aspecto edematoso y varicoso, pueden llevar también al diagnóstico erróneo de síndrome venoso por no haber explorado bien el sistema arterial.

Con todo ello debemos sacar la conclusión, en la que insistimos, de que en todo paciente que presente dolor de cualquier tipo, dificultad en los movimientos, atrofia o edemas en las extremidades debe ser explorado del sistema vascular por cualquier médico que lo estudie por primera vez.

La toma de pulsos periféricos, con o sin oscilometría convencional, puede ser suficiente, junto al índice directo por palpación de la temperatura cutánea y una buena inspección del miembro, para llegar a despistar o asegurar una arteriosclerosis periférica. Hemos señalado cómo con una correcta aplicación de estas fáciles exploraciones cabe llegar a diferenciar la posible localización fémoro-poplítea antes de practicar otras exploraciones más complejas y arteriografías, técnicas que ya se harán en colaboración con el angiólogo. Debemos repetir que el internista puede ver casos dudosos muy en su inicio.

Efectuando una mirada comparativa a los dos grupos de pacientes examinados (Tablas I y II) observamos que esta localización arteriosclerótica es mucho más frecuente en el varón; que acuden a la consulta, tanto en uno como en otro grupo, en edades comprendidas entre los 50 y 69 años; que no hay mucha relación con las profesiones ni en especial con aquellas que determinan tensiones psíquicas como se observa ocurre con mayor frecuencia en la localización coronaria.

TABLA I
ARCHIVO CIRUGIA CARDIOVASCULAR CONSULTA PRIVADA (10.835 enfermos)

SEXO	Hembras	88 %	82 %	39 arteriosclerosis fémoropoplítea (0'35 %)	
	Varones	12 %	18 %		
EDAD	30-40	0 %	12'5 %		
	♂ 50-59	38'6 %	28'1 %		
	60-69	43'1 %	34'3 %		
	70-79	18'1 %	25 %		
♀	30-40	16'6 %	0 %		
	50-59	0 %	28'5 %		
	60-69	50 %	71'4 %		
	70-79	33'3 %	0 %		
PROFESIONES	♂	Campo	31'8 %	Labradores	23'4 %
		Oficinas	20'4 %	Industriales	21'8 %
		Comercio	11'3 %	Campo	15'6 %
	♀	Su casa	83'3 %	Su casa	100 %
		Vendedora	16'6 %		

TABLA II
ARCHIVO CIRUGIA CARDIOVASCULAR CONSULTA PRIVADA

Tabaco	Varones		96'8 %
	Hembras		57'1 %
Asociaciones			
	Diabetes mellitus	28 %	48'7 %
	Enfermedad coronaria	10 %	28'5 %
	Arteriosclerosis cerebral	16 %	14'2 %
	Coronaria y Cerebral	8 %	17'1 %
	Hipertensión arterial	36 %	51'4 %
Diagnóstico inicial no cierto o no completo			
	Síndrome reumático diverso	26 % (1 gota)	20'5 % (3 gotas)
	Síndrome neurológico	18 %	25'7 %
	Síndrome venoso	34 %	17'1 %
Estadio Evolutivo	Grado I		41'0 %
	» II		25'6 %
	» III		20'5 %
	» IV		12'8 %
Miembro Afectado	Derecho		41'0 %
	Izquierdo		30'7 %
	Bilateral		28'0 %

El tabaco tiene, como factor etiológico, indudable importancia. Entre nuestros pacientes encontramos un 98,8 % de varones fumadores y un 57,1 % de mujeres. Naturalmente, por ello este factor etiológico puede también valorizarse en la clínica y en el proceder diagnóstico de la afección.

En cuanto a las asociaciones, la hipertensión arterial es la más habitual tanto en uno como en otro grupo examinados. La asociación con diabetes mellitus es más frecuente en la consulta privada, lo cual obedece a que a la consulta de Medicina interna acuden más diabéticos en los que en muchas ocasiones se descubre en la exploración sistemática una arteriosclerosis periférica muy inicial. Asimismo, en la consulta privada es más frecuente la asociación coronaria.

Consideramos, pues, que la labor del internista en la arteriosclerosis fémoro-poplítea radica fundamentalmente en las probabilidades que tiene en diagnosticar las formas iniciales y sobre todo considerar que ante pacientes previamente diagnosticados o con molestias que puedan sugerir el diagnóstico de reumatismo, enfermedad neurológica o venosa debe siempre practicarse una somera exploración vascular. Identificado el síndrome arterial, enviar el enfermo al cirujano angiólogo.

La exploración del internista no debe ir más allá de la observación del miembro, apreciación de la temperatura por tacto, comprobación de los pulsos periféricos, maniobras de movilización de las piernas visualizando el color y la repleción venosa, auscultación arterial y oscilometría convencional. Con ello se puede identificar perfectamente, como hemos visto, una isquemia arterial periférica. Remitido, entonces, al cirujano angiólogo, éste completará la exploración vascular con las otras técnicas ya señaladas, al término de las cuales informará con su opinión del sistema vascular periférico y de las medidas terapéuticas que considere adecuadas, teniendo en cuenta que este criterio será unido por el internista a la valoración global del enfermo, edad, diabetes, otras localizaciones de la arteriosclerosis, hipertensión arterial, etc. Internista y angiólogo establecerán, de común acuerdo, la indicación definitiva.

Nosotros, que huimos siempre de hacer una Medicina interna que quiera abarcar todo y sabemos valorizar justamente la labor de los especialistas dentro de una correcta y eficaz colaboración, diremos que lo mismo que ocurre en la patología vascular debe ocurrir en todas nuestras actuaciones, sabiendo que aunque la labor integradora y el juicio clínico de un paciente lo puede muy bien realizar un internista, siempre será mejor la conclusión de diagnóstico y tratamiento si sabe escoger en el punto justo al especialista, quien dominará sobre todo mucho mejor una técnica y su interpretación, imposibles de abarcar dentro de la pura Medicina interna. Esto puede representar un camino eficaz de colaboración que redundará en beneficio del objetivo principal de nuestro hacer profesional que, naturalmente, es el enfermo.

RESUMEN

Dejando de lado métodos modernos de exploración y especializados, el autor expone que examinando la temperatura local por tacto, los pulsos periféricos, la auscultación arterial, la coloración, la repleción venosa y la oscilometría convencional en los miembros es suficiente para identificar un síndrome arterial.

Así se evitan errores diagnósticos, catalogando a estos enfermos de reumáticos, neurológicos, etc. Una vez diagnosticados por el internista, deben remitirse al angiólogo para que complete la exploración y emita su informe. Internista y angiólogo, de común acuerdo, sentarán la indicación definitiva.

La arteriosclerosis fémoro-poplítea es mucho más frecuente en el varón, en edades comprendidas entre los 50 y 69 años. Hay que conceder gran importancia al tabaco como factor etiológico. Entre las posibles asociaciones, la hipertensión figura en primer lugar; luego, la diabetes y la enfermedad coronaria.

SUMMARY

The author considers femoro-popliteal arteriosclerosis from the point of view of the internist. A correct diagnosis can be made with routine examinations as pulsatility, local skin temperature, conventional oscillometry, auscultation of the arteries, colour changes of the foot in different positions, venous repletion, etc. When the probable diagnosis is established the patient must be seen by the angiologist who will complete the examination and give the definitive diagnosis and treatment. Comparison between evidence of arteriosclerotic disease found in Internal Medicine Departments and Vascular Clinics is presented. The most common pathologic conditions associated with arteriosclerosis are reported.

BIBLIOGRAFIA

1. Bourde, Ch.: «Angéiologie Pratique», Editions Doin, Paris 1968.
2. Kappert, A.: «Atlas de Angiología», Ediciones Toray, S. A., Barcelona 1968.