

ANGIOLOGÍA

VOL. XXV

MARZO-ABRIL 1973

N.º 2

La indicación en la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores (*)

FERNANDO MARTORELL

Departamento de Angiología. Instituto Policlínico de Barcelona (España)

Al inaugurar este Curso de Cirugía Vascular dirigido por el Dr. **Sobregau** puedo anticiparles que estoy seguro obtendrán del mismo un gran provecho. El Dr. **Sobregau** es en España una de las figuras más sobresalientes en el campo de la cirugía vascular reconstructiva. Esta cirugía es delicada, difícil; sólo el que la practica cada día puede considerarse un experto en la misma. Pero a diferencia de otras técnicas quirúrgicas, la operación más perfectamente ejecutada puede ir seguida de complicaciones postoperatorias catastróficas; la trombosis, la infección o la hemorragia pueden, no sólo poner en peligro la extremidad que se pretendía salvar sino, incluso, la propia vida del enfermo. Ninguna terapéutica, ninguna operación puede tener mayor riesgo que el que la propia enfermedad tiene abandonada a su evolución espontánea. Y de ahí surge como corolario insoslayable la importancia de la indicación. Y es por eso que de ella voy a hablarles.

Importancia de la indicación

Una frase que tanto el médico como el cirujano deben tener siempre presente es que «el peor error de una operación es que no esté indicada». Pero, mientras en la mayor parte de enfermedades la terapéutica aparece bien clara cuando el diagnóstico ha sido acertado, en las oclusiones arterioscleróticas, ante un diagnóstico bien preciso, surgen las terapéuticas más opuestas. Los laboratorios farmacéuticos nos invaden diariamente con nuevos vasodilatadores y aterolíticos y nos entregan separatas de trabajos en las que se cantan excelencias de aquéllos y en los que el importante problema de la arteriosclerosis parece resuelto.

El cirujano general lee en libros y revistas las maravillas de los injertos

(*) Conferencia Inaugural del I Curso de Cirugía Vascular, dirigido por el Dr. R. C. de Sobregau, en la Residencia Sanitaria «Francisco Franco», de Barcelona (España).

arteriales. Injertos que se practican de la axila hasta la ingle, desde la ingle hasta el tobillo, desde la aorta hasta el muslo.

Ni el médico general ni el cirujano general tienen experiencia propia. Sólo los que diariamente ven a los ocluidos arteriales, los especialistas, son expertos en su manejo y no se dejan influir por el optimismo de ciertas propagandas o publicaciones.

Y así ocurre que el médico general ensaya el nuevo producto, aumenta la dosis, prueba otro y de pronto se da cuenta que se inicia la gangrena y envía al enfermo al cirujano demasiado tarde.

El cirujano general influido por magníficas arteriografías y estadísticas se lanza demasiado pronto a la práctica de un «by-pass», operación que en las figuras parece muy sencilla, y puede ocurrirle que con esta operación provoque la gangrena que pretendía evitar en un enfermo que sólo tenía claudicación intermitente.

¿Cuál es la conducta terapéutica acertada? Para el médico o cirujano no especializado la decisión es obvia, enviar al enfermo al especialista.

¿Pero, es que todos los especialistas están de acuerdo?
Todavía no.

De un lado tenemos los que aconsejan la cirugía directa desde el primer momento, aunque el enfermo no tenga síntoma alguno; sólo con que exista un soplo de estenosis que confirme la arteriografía. De otro lado, los que practican la cirugía directa sólo cuando la extremidad corre riesgo de gangrena.

Los partidarios de la primera conducta manifiestan que la mejor medida profiláctica de la isquemia grave es evitar que una estenosis se convierta en oclusión completa y que, si ésta ya existe y es segmentaria, la cirugía directa puede evitar la isquemia.

Los partidarios de la segunda conducta sólo practican cirugía directa cuando la extremidad tiene riesgo de gangrena. Y mantienen esta actitud, en primer lugar, porque una oclusión arterial no conduce forzosamente a la gangrena. Puede estimarse en un 50 % el número de casos de arterioclerosis que tratados médicamente e incluso sin tratamiento llegan al final de su vida sin otro trastorno que una claudicación intermitente. En segundo lugar, porque la cirugía directa es capaz de provocar la gangrena que pretendía evitar.

El riesgo inmediato de la cirugía directa

A pesar del enorme progreso de la cirugía vascular, las operaciones de cirugía directa tienen gran riesgo, sobre todo los injertos, por la posibilidad de infección, trombosis o ruptura.

Uno de los cirujanos vasculares más expertos y sinceros, **Warren**, dice en un trabajo: «Un 20 % de los miembros en los cuales se obliteró la reconstrucción empeoraron; y una mitad de estos fueron amputados, lo cual probablemente no hubiera sido necesario si la reconstrucción no hubiese sido intentada.»

Pero no sólo puede perderse una pierna sino que puede perderse la vida, **Lefevre** y sus colaboradores, entre 308 pacientes, tienen 22 muertes inmediatas en el postoperatorio, 9 a causa de fallo técnico y 13 por otras causas.

Y puede ocurrir todavía algo más sorprendente: Operar una pierna para evi-

tar su gangrena y que la gangrena se provoque en la otra en apariencia sana.

Todo esto demuestra que hasta las operaciones técnicamente más irreprochables pueden conducir a un desastre y que este tipo de cirugía sólo pueden ejecutarla aquellos cirujanos que la practiquen cada día.

El riesgo lejano de la cirugía directa

No cabe duda que cuando las cosas salen bien el resultado es excelente y los enfermos mejoran de modo espectacular con la cirugía directa. Y hasta cabría aceptar el sacrificio de unos pocos si para los restantes quedara solucionado de modo definitivo el problema isquémico. Pero no es así. Muchos operados se reocluyen con el tiempo, volviendo a quedar la situación de forma semejante a la que existía antes de la operación; y, con frecuencia, peor. Veamos las cifras dadas por **Kunlin**, el creador del «by-pass», al exponer en 1958 el problema del injerto vascular. Entre 51 casos tuvo un 10 % de muertes, un 16 % de fracasos inmediatos y un 6 % de fracasos tardíos; al mes de la operación funcionaban el 80 %, a los dos años el 58 % y a los ocho años sólo el 18 %.

Debo advertir que estas cifras se refieren a los primeros ensayos de reconstrucción arterial, hoy día los resultados son mejores.

Nuestra conducta terapéutica

Dado el estado actual de nuestros conocimientos, los materiales de que disponemos y la experiencia de 40 años manejando a esta clase de enfermos vamos a exponer nuestra conducta terapéutica.

En nuestra Clínica Vascular dividimos los enfermos de arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores en tres grupos:

- 1.º Enfermos con isquemia muscular, sin isquemia cutánea.
- 2.º Enfermos con isquemia muscular y cutánea, sin gangrena.
- 3.º Enfermos con isquemia muscular y cutánea, con gangrena.

El primer grupo se caracteriza porque: a) existe isquemia muscular; b) el único síntoma es la claudicación intermitente; c) angiográficamente se visualiza oclusión segmentaria; d) la circulación colateral es convergente, con relleno troncular distal; e) el color y la temperatura del pie son normales y durante el reposo nocturno en cama no hay dolor.

El segundo grupo se caracteriza porque: a) existe isquemia muscular y cutánea; b) existe claudicación intermitente; c) angiográficamente se visualiza oclusión segmentaria más oclusión del sector distal; d) la circulación colateral es divergente, sin relleno distal troncular; e) el pie presenta cambios de color y temperatura, pérdida de tacto, pequeñas úlceras, necrosis superficiales o dolor durante el reposo nocturno en cama.

El tercer grupo se caracteriza porque: a) existe isquemia muscular y cutánea, a veces con atrofia; b) existe dolor tanto al andar como en reposo; c) angiográficamente se visualiza una oclusión extensa o por lo menos distal y terminal; d) la circulación colateral es divergente e insuficiente; e) existe gangrena más o menos intensa en los dedos, talón o del pie.

De los enfermos que acuden a nuestra Clínica sólo un 50 % pertenece al

primer grupo, o sea, que padecen sólo claudicación intermitente. Para estos casos seguimos terapéutica médica. Es importantísimo revisar periódicamente a estos enfermos, primero a los quince días, después al mes, a los seis meses y luego cada año. La mayor parte de estos enfermos evolucionaron bien, mejorando de su claudicación intermitente o manteniéndola estabilizada. De ellos, los que fallecieron lo hicieron por infarto de miocardio, trombosis cerebral u otras causas. Un 12 % empeoraron a pesar de la terapéutica médica convirtiéndose en grupo II.

Los enfermos que acuden a la consulta pertenecientes al grupo II o que se han transformado en grupo II se tratan operatoriamente mediante simpatectomía lumbar con objeto de mejorar o suprimir la isquemia cutánea.

En el caso de obtener buen resultado el pie se calienta y adquiere coloración normal. El enfermo pasa de nuevo a ser grupo I. Para que la simpatectomía dé buen resultado es necesario que sea poco extensa, corresponda al sector correspondiente entre III y IV vértebras lumbares, que el enfermo se mantenga hipertenso y que posteriormente se trate médicamente de igual forma que se ha preconizado para el grupo I. De esta manera la simpatectomía lumbar mejora la circulación cutánea y el tratamiento médico la claudicación intermitente. Si la simpatectomía lumbar no da resultado se practica una aortografía con objeto de plantear una operación de cirugía directa. Sólo practicamos las aortografías cuando vamos a ejecutar una de estas operaciones, o sea, para los enfermos del grupo III con grave riesgo de perder la pierna. Porque también la aortografía tiene su riesgo. Yo tengo un caso de paraplejía y muerte después de una aortografía, técnicamente perfecta, en un caso de oclusión aorto-iliaca.

Decidida la cirugía directa la práctica y la técnica variarán según el sector ocluido, pero siempre teniendo en cuenta que, de menor a mayor riesgo, tenemos la tromboendarteriectomía, el injerto venoso y el injerto artificial.

La tromboendarteriectomía no suele agravar la situación, incluso recluyéndose.

El injerto venoso puede agravar la situación, pero se tolera.

El injerto artificial puede no tolerarse e infectarse y no hay peor situación para un cirujano que un injerto permeable en plena supuración.

La cirugía directa desde el primer momento

Practicamos la desobstrucción arterial desde el primer momento en todos los enfermos que presentaban una trombosis arterial aguda o subaguda, aórtica, iliaca o femoropoplítea. La situación es aquí parecida a la de la embolia arterial, con la diferencia de que en la embolia la arteriografía no es necesaria: la localización del émbolo es siempre fácil con los datos clínicos. En la trombosis arterial aguda o subaguda, en cambio, la arteriografía suele ser necesaria. En estos casos se practica una trombectomía o desobstrucción, sin tocar la endarteria.

Conclusiones

Considerando todo lo antedicho, se desprende que ante la arteriosclerosis obliterante de los miembros no hay que hacer lo que se puede hacer sino lo que se debe hacer.

Porque el injerto arterial cuando es más factible es en los casos del grupo I, esto es cuando la oclusión es segmentaria y el tratamiento operatorio no se necesita.

Estos enfermos mientras se mantengan en esta fase no tienen riesgo de gangrena y constituye una falta imperdonable amenazarles con una gangrena que en ocasiones hasta sin ninguna terapéutica no tiene lugar.

El riesgo de gangrena es mayor cuanto más distal es la oclusión. La coartación de la aorta no origina nunca gangrena.

El injerto arterial ha sido uno de los avances terapéuticos más impresionantes de la Cirugía, ha cambiado el pronóstico de los traumatismos arteriales, los aneurismas, ciertas oclusiones arteriales, etc. Pero en el caso concreto de la arteriosclerosis todavía debemos detenernos seriamente en la indicación para que en ningún caso el remedio sea peor que la enfermedad.

Esta es la conducta actual que defendemos. Es posible que en un futuro próximo la práctica de un injerto arterial carezca de todo riesgo; y si esta conquista terapéutica operatoria se consigue no dudaremos un instante en aconsejarla desde el primer momento.

RESUMEN

Se resulta la importancia de la indicación quirúrgica en la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores. Con tal motivo se señala el riesgo inmediato y el tardío de la cirugía directa y los criterios tan dispares en el tratamiento de las oclusiones arteriales. El autor expone su conducta terapéutica según las características del enfermo: 1.º con isquemia muscular pero sin isquemia cutánea; 2.º isquemia muscular e isquemia cutánea pero sin gangrena; y 3.º isquemia muscular y cutánea con gangrena. Según el grupo aplica una u otra terapéutica. Termina con unas conclusiones.

SUMMARY

The author classifies the patients with occlusive arterial disease in three groups: 1. Patients with muscle ischaemia, without skin ischaemia. Intermittent claudication is the only complaint. 2. Patients with muscle and skin ischaemia. Cutaneous symptoms appear in the form of coldness, numbness and colour changes. 3. Patients with rest pain and gangrene.

In the first group conservative treatment is sufficient. In the second group surgery is indicated (lumbar sympathectomy). In the third group some minor or major amputation always becomes necessary. In cases of ineffective lumbar sympathectomy, he chooses direct surgery in the following order: a) thromboendarterectomy, b) venous graft, c) prosthetic graft. Prosthetic grafts are the last choice, because infection developing on arterial grafts is recognized as a major complication of catastrophic proportions. Direct surgery presents many risks, and should never be undertaken on the basis of its possibility, but only when absolutely necessary. We should never forget that these technics can produce the gangrene they are supposed to avoid. The wrong decision can cause death or loss of a limb.