

Comentarios

Cirugía arterial directa e indirecta en las arteriopatías de los miembros inferiores (*)

J. VAN DER STRICHT

Delegado en Bélgica de la Revista «Angiología»

Desde hace 20 años se practican en notable escala las reconstrucciones arteriales, ya sea por injerto, prótesis o desobliteración.

La experiencia debería permitirnos un juicio objetivo sobre ellas; pero efectuar un balance no es fácil. Los resultados de tales métodos quirúrgicos en el tratamiento de las arteriopatías de los miembros inferiores son, a la vez, excelentes y decepcionantes.

Son excelentes puesto que técnicamente puede restablecerse la permeabilidad en muchos casos; decepcionantes, dado que la reconstrucción va dirigida a una lesión que con frecuencia no es más que una de las facetas de la enfermedad evolutiva, si no generalizada al menos de localizaciones múltiples.

Es a base de una mejor comprensión de la historia natural de las arteriopatías obliterantes progresivas, tanto de tipo inflamatorio como por desgaste, que lograremos colocar la reconstrucción en el lugar que en realidad le corresponde.

La evolución de una arteriopatía se halla subordinada a dos fenómenos que se combaten: el proceso obliterante, que comporta la progresiva inutilización de las arterias, es el arma de la enfermedad; la dilatación de las arterias aún sanas, encargadas de asegurar la suplencia hemodinámica, es el arma del organismo.

El porvenir del miembro depende del resultado del combate, de esta «carrera de velocidad» (**J. Berthier**) entre arteria que se ocluye y arteria que se dilata.

A veces el organismo abandonado a sí mismo vence y la arteriopatía se denomina «compensada». Lo más frecuente es que sea la enfermedad la que venza, llevando a la pérdida primero funcional y luego anatómica del miembro. Por eso el terapeuta debe intervenir y, entonces, ¿qué más lógico que emplear las armas que la naturaleza ha procurado y en consecuencia favorecer ante todo la colateralización compensadora?

Es aquí donde la simpatectomía lumbar tiene su lugar. Intervención de una gran inocuidad, definitiva en su mecanismo y durable en sus efectos, las colatera-

(*) Traducido del original en francés por la Redacción.

les no cesan de dilatarse bajo el efecto de la supresión de la resistencia periférica.

Por desgracia la rapidez de instalación del proceso obliterante o su extensión nos sorprende. La simpatectomía queda limitada y neutralizada por completo en sus efectos. Esta vez no nos queda otro remedio que atacar la enfermedad en su terreno, a nivel de la propia arteria enferma, desencadenando su regresión por una reconstrucción arterial, permitiendo así que reemprenda su marcha la colateralización.

La reconstrucción por injerto, prótesis o desobliteración halla su plena justificación en esta fase evolutiva de la enfermedad. Pero esta actitud, junto a un resultado inmediato espectacular, presenta un porvenir incierto por definición, ya que es tributario de las arterias situadas por encima y por debajo, amenazadas a su vez por una enfermedad que no controlamos.

A la luz de estas consideraciones, las indicaciones terapéuticas de una arteriopatía del miembro inferior pueden esquematizarse de la forma que sigue:

1. La arteriopatía se compensa de modo espontáneo y cualesquiera que sean sus trastornos morfológicos ninguna solución quirúrgica se impone.

2. El potencial de la red colateral es válido, lo que puede demostrarse por las pruebas vasomotoras apropiadas (nosotros practicamos una prueba personal, el «test» radio-termométrico al pentotal), y la simpatectomía, intervención sin peligros, permitirá salvaguardar el trofismo del miembro y asegurarle unfuncionalismo aceptable.

3. El potencial de la red colateral es débil según las pruebas vasomotoras. Sólo la reconstrucción es capaz de restablecer una hemodinamia suficiente para salvar un miembro que de otra manera está perdido. El riesgo operatorio queda justificado por la amenaza que pesa sobre la extremidad. Pero esta intervención reconstructiva salvadora de inmediato no previene el futuro. Habrá que asociarle necesariamente una simpatectomía.

En conclusión y resumen, el lugar de las reconstrucciones en las arteriopatías obliterantes de los miembros inferiores se limita a los casos en que las obliteraciones son insuficientemente compensadas, ya espontáneamente ya con la ayuda de una simpatectomía.

En estos casos, que corresponden casi en exclusiva a los estadios clínicos III y IV, la reconstrucción se justifica y se impone además para restablecer cuanto antes la circulación del miembro. No obstante, habrá que asociarle una simpatectomía para evitar las consecuencias molestas de una nueva obliteración.

El tipo de reconstrucción dependerá del nivel y del calibre de la arteria a reparar y, sobre todo, de las preferencias y de la experiencia del cirujano.