

Extractos

SOBRE CIRUGIA DE LA ATROSCLEROSIS DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA

(On the surgery of atherosclerosis of the profunda femoris artery). — Peter Martin, John E. Frawley, Andras P. Barabas y David S. Rosengarten. «Surgery», vol. 71, n.º 2, pág. 182; febrero 1972.

Todos conocemos el valor de la cirugía arterial reconstructiva en las oclusiones ateroscleróticas del sector femoropoplíteo, como también el valor de la arteria femoral profunda como vía colateral en dichas oclusiones, lo cual ha llevado a actuar sobre ella a la vez que sobre la vía troncular. No obstante, en muchos centros se ha descuidado el valor de la reconstrucción de la propia femoral profunda. Nosotros hemos conseguido satisfactorios resultados en los últimos cuatro años con tal reconstrucción en 230 extremidades, de las cuales en 217 no se practicó endarteriectomía o «by-pass» femoropoplíteos. En muchos de estos casos no hubiera sido posible otro tipo de reconstrucción.

Se describe la anatomía de la femoral profunda, sus ramas y sus anastomosis, que le permiten actuar como una magnífica vía colateral, hasta tal punto que incluso puede pasar inadvertida una oclusión de la femoral superficial.

Patología. Si dividimos las arterias en vasos de suplemento y vasos de conducción, podremos observar que la ateromatosis de unos y otros difiere. En los de suplemento (como las renales, mesentéricas, femorales profundas, etc.) a pesar de que exista una estenosis o una obstrucción en su sector proximal, en especial en su origen, carecen de lesiones distales; por el contrario, los de conducción (como la aorta, ilíacas, femoropoplíteas, etc.) tienden a estar afectadas en toda su longitud. Por otra parte, los de suplemento suelen estar menos afectados en intensidad que los de conducción y pueden permanecer permeables y en comparación más libres de ateroma a distancia del sector ocluido de los vasos de conducción de que nacen. Sin embargo, la propia femoral profunda puede estar afectada por el ateroma o reducida su corriente sanguínea por una lesión proximal, en cuyo caso la función de circulación colateral puede ser inadecuada y dar síntomas isquémicos. Por ello hemos investigado la aterosclerosis en esta arteria.

Dado que el orificio de la femoral profunda no se visualiza a menudo en proyección anteroposterior, nuestros colegas **Beales** y colaboradores han desarrollado una técnica para lograrlo lateralmente. Con ella se ha demostrado que la aterosclerosis de dicha arteria es más frecuente de lo supuesto (59 % de 110 extremidades investigadas). Más que oclusión es una estenosis lo comúnmente observado, producida en general por una placa posterior de la femoral común extendida hacia la profunda.

En los pacientes con síntomas de isquemia está afectada la femoral profunda a la vez que el sector aortoilíaco o femoropoplíteo. De las 230 extremidades sometidas a cirugía reconstructiva de la femoral profunda 177 (77 %) necesitaron

reconstrucción o un «by-pass» de lesiones proximales al origen de la femoral profunda y todas, excepto cinco, presentaban oclusión femoropoplíteo. La afectación de la profunda es mucho más frecuente en enfermos con ilíacas tortuosas (73 %).

Arteriografía. Con las técnicas habituales no se ve, en ocasiones, una estenosis de la femoral profunda. Con la de **Beales** y colaboradores logramos demostrar estenosis orificiales que no habían sido observadas en proyección anteroposterior (59 %). Nosotros la empleamos siempre, además de las técnicas «standard», en los casos de isquemia.

TABLA I

	Plastia profunda más reconstrucción proximal 173 piernas		Sólo plastia profunda 44 piernas	
	Antes de la operación	Después de la operación	Antes de la operación	Después de la operación
Gangrena distal	28	Curada, alguna con amputación dedos 28	8	Curada 5 Amputación 2 Muerte 1
Dolor en reposo	125	Aliviado 110 Amputación 15	31	Aliviado 25 Amputación 6
Claudicación	173	Sin cambio 8 Importante mejoría 100 Ausencia de claudicación 49 Amputación 1	44	Sin cambio 9 Importante mejoría 9 Mejoría 5 Ausencia de claudicación 17 Muerte 2

Operación. La denominamos Plastia profunda («profundoplasty»). Su objetivo es restaurar la circulación vía colateral por la femoral profunda en los casos de oclusión o estenosis del sector femoropoplíteo. Si se comprueba afección aortoilíaca debe ser a su vez corregida (endarteriectomía o «by-pass»). La recomendación de **Morris** y colaboradores de efectuar un «by-pass» continuo aortofemoropoplíteo cuando este sector está ocluido ha sido abandonada por no tener éxito. Tales autores, cuando por una u otra razón no lo pueden efectuar, sugieren la restauración de la corriente en la femoral común por medio de un «destaponamiento» («Unplugging») transfemoral del orificio de la profunda. A nuestro criterio esto es ocioso, ya que la afectación es más extensa que el orificio; e incluso a veces es perjudicial por dejar un colgajo de íntima distal origen de trombosis. Estamos convencidos de que es necesaria una actuación más extensa y directa, de acuerdo con otros autores. La afectación proximal de la femoral profunda es corre-

gible en el 74 % de los casos; pero también es posible hacerlo con estenosis extendidas a sectores más distales.

Técnica. Incisión desde el ligamento inguinal, unos 15 cm., a lo largo del trayecto femoral. Exposición de la femoral profunda, seccionando las venas que la cruzan por delante. Hemostasia preventiva de los troncos principales y del sector distal de la femoral profunda. Arteriotomía desde la femoral común hacia la profunda, alcanzando más allá de la zona afectada, incluso hasta la tercera perforante. Endarteriectomía desde abajo hasta la femoral común, muy cuidadosa en la bifurcación porque aquí la femoral profunda es de pared muy débil. Parche venoso largo y cuadrado, que se sutura con más facilidad haciéndolo sobre un dilatador arterial acanalado («Patch» en banana, de Dos Santos, que nosotros llamamos en «boomerang»).

Si las arterias circunflejas son de calibre hay que intentar recanalizarlas. Antes de cerrar la herida hay que practicar una arteriografía de comprobación. Cierre dejando drenaje aspirador.

Indicaciones de la plastia profunda. La indicación es la existencia de síntomas de isquemia donde se considera necesario la cirugía por haber demostrado la arteriografía una notable estenosis proximal o, más rara vez, una oclusión de la femoral profunda. Estos pacientes cabe dividirlos en dos grupos: a) con afectación aortoilíaca y femoropoplítea asociada, y b) con afectación sólo femoropoplítea. En el primer caso no es suficiente restablecer la corriente en la femoral común; hay que corregir además la estenosis u oclusión de la profunda por plastia profunda, pudiendo dejar sin tratar la oclusión femoropoplítea. En el segundo caso la reconstrucción de la femoral profunda debe hacerse en cuanto sea posible para mejorar las síntomas, independientemente de que se practique o no un «bypass» o endarteriectomía femoropoplítea. La plastia profunda es de gran valor en aquellos enfermos en los cuales sus condiciones generales son tales como para que una anestesia general o una operación importante representen un riesgo para su vida. Puede practicarse bajo anestesia local.

Resultados. La plastia profunda se efectuó en 230 piernas. En 217 de ellas no se trató la oclusión femoropoplítea. Se practicó reconstrucción proximal y plastia profunda en 173 y sólo plastia profunda en 44. Los resultados se exponen en la Tabla I.

Discusión. La naturaleza ha hecho de la femoral profunda una importante y valiosa colateral cuando se ocluye la femoral superficial. Anatómicamente su disposición es tal que puede tomar la función de la femoral superficial evitando síntomas distales de isquemia. Patológicamente tiene la ventaja sobre la superficial de que la aterosclerosis en la mayoría de las veces se limita a su parte proximal y progresar con lentitud. Por tanto, si la afectación proximal de la profunda es eliminada, resulta un vaso de la mayor importancia quirúrgica; y la lenta progresión de la enfermedad en ella la hace más adecuada para restablecer la circulación distal que el actuar sobre el sector femoropoplíteo. En la mayoría de los ancianos, la plastia profunda puede resolver los síntomas isquémicos; y tendemos a practicarla en la media edad.

No pretendemos que la plastia profunda sea una alternativa de la reconstruc-

ción femoropoplítea. No obstante, hemos comprobado por estudios radiológicos que en el 52 % de pacientes existían lesiones operables de la femoral profunda y es aquí donde creemos indicada esta operación, aparte de poder constituir, en efecto, una alternativa de la reconstrucción femoral.

DERMITIS OCRE DE FAVRE-CHAIX (Dermite ocre Favre-Chaix). — M. Goos y F. Odeh. «VASA», vol. 1, n.º 1, pág. 12; 1972.

Una de las características de la insuficiencia venosa es su marcado dermotropismo, ya que aparte de las alteraciones venosas visibles y de las úlceras, la piel presenta dermatitis ocre, atrofia blanca, dermatoesclerosis, papilomatosis cárncinoide y eczema varicoso. La dermatitis ocre de Favre-Chaix es uno de los más precoces y de gran valor diagnóstico entre los signos de insuficiencia venosa. Con el tiempo se observa una hiperpigmentación de las piernas, cuyo color va variando del ocre-amarillento al marrón oscuro, extendiéndose en forma de placas irregulares. Dado que la primera eflorescencia es una pequeña mácula purpúrica, el diagnóstico diferencial debe establecerse con las fases iniciales de la púrpura pigmentada progresiva que, además, muestra cierta predilección por los miembros inferiores afectos de hipertensión hidrostática y varices.

La distinción entre ambas lesiones puede hacerse por examen histológico, ya en sus primeras fases, como vamos a exponer.

Material y método. Se examinaron histológicamente las biopsias de 10 enfermos obtenidas de las zonas pigmentadas. Se trataba de 9 hombres y una mujer, entre los 37 y 79 años de edad. En la mayoría la pigmentación se hallaba presente desde hacia meses o años, salvo en uno en que sólo habían transcurrido unas semanas de su aparición.

Fijación formol. Inclusión parafina. Coloración: hematoxilina-eosina, PAS, nitrato de plata, ferrocianuro potásico, Giemsa, Weigert, Masson y Goldner.

Para el diagnóstico diferencial se compararon con 6 casos de púrpura pigmentada progresiva.

Resultados

1. **Dermatitis ocre:** En la mayoría de los casos la epidermis muestra notable atrofia. La córnea es normal, con una estructura laminar débil. No existen inclusiones paraqueratósicas. En las lesiones precoces el epitelio aparece acantósico en algunos lugares, con escasa espongiosis y algún linfocito en la basal. No obstante, estas lesiones carecían de importancia. En 6 casos las células basales contenían enorme cantidad de melanina.

En el dermis se comprobó una notable alteración de los vasos pequeños. Los capilares estaban en su mayoría dilatados, con neoformación que ascendía hacia el vértice de las papilas, y a menudo con la pared engrosada. Estas alteraciones se observaban incluso en las capas reticulares superiores. Sin embargo, no existía trombosis ni obliteración por proliferación endotelial. La coloración Masson-Goldner mostró delicados extravasados de hemáties en todo el corium, más densos

hacia el vértice de las papilas. En consonancia, existían depósitos difusos de pigmento férrico en todas las capas dérmicas, más intenso en el tejido conectivo que rodeaba las glándulas ecrinas. Los vasos más importantes de la capa profunda también sufrían con frecuencia un engrosamiento parietal. Por todas partes existían histiocitos entremezclados en las paredes vasculares. En el tejido celuloadiposo lo más importante eran venas varicosas.

Tan sólo en los cuerpos de las papilas y en las capas reticulares superiores se pudieron observar infiltrados inflamatorios de diverso grado. En una lesión precoz se comprobó una notable inflamación perivascular. En las lesiones antiguas los infiltrados no existían o eran insignificantes. En la proximidad de ellos se observaba un relativo aumento de los eosinófilos.

En los primeros estadios el tejido conectivo de las capas superiores del corion presentaban leve edema; en los de larga evolución aparecía más denso y por último escleroso.

2. **Púrpura pigmentada progresiva.** Su escaso poder de aumentar es ya la principal característica diferencial con la dermitis ocre. Resalta una intensa infiltración inflamatoria subepidérmica de histiocitos y linfocitos. Las células inflamatorias invaden a menudo las capas epidérmicas inferiores y conducen a la espongiosis. En dichos lugares la basal queda destruida. Los extravasados de hematíes son especialmente densos en los vértices de las papilas, penetrando en parte la epidermis. Por correspondencia, la más intensa deposición de hemosiderina se produce en el cuerpo papilar. Como en la dermitis ocre, la púrpura pigmentada progresiva muestra cierto engrosamiento parietal vascular en las lesiones inflamatorias, pero no existe oclusión de los pequeños vasos. Los capilares nunca están dilatados. Tampoco se observan alteraciones en las capas dérmicas inferiores.

Discusión

Desde las investigaciones de **Favre, Chaix y Gougerot** se ha producido cierta confusión en la clasificación nosológica de estas erupciones purpúricas. **Favre** las describe como angiodermatitis y **Gougerot** como capilaritis. Los autores franceses tienden hoy día a asociar la dermitis ocre a las capilaritis (capilaritis purpúricas y pigmentarias) y a aproximarla a la púrpura pigmentada progresiva. Tal nomenclatura ha creado dificultades de entendimiento entre flebólogos y dermatólogos. Es por esto que **Schnyder** insiste en que ambas lesiones deben separarse dado que tienen un mecanismo patogénico distinto.

Nosotros dejamos el término dermitis ocre única y exclusivamente para la insuficiencia venosa. Bajo el punto de vista histopatológico hemos podido comprobar:

Que en los **estadios precoces** hay una cierta infiltración histiolinfocitaria en las capas dérmicas superiores. Existe neoformación capilar, con dilatación y engrosamiento parietal pero sin verdadero daño vascular. Por lo común la epidermis no presenta trastornos inflamatorios, aunque en algún lugar se pueda observar acantosis y espongiosis. Los infiltrados se hallan mezclados con numerosos eosinófilos. Se comprueba extravasado de hematíes en todo el corium con la corres-

pondiente deposición difusa de pigmento hierro-positivo. El tejido conectivo aparece algo edematoso en la zona papilar, tornándose cada vez más escleroso a medida que el **estadio es más avanzado**. En tales casos la epidermis se halla muy atrofiada y muestra una notable hiperpigmentación de la basal. Esto está de acuerdo con el visible cambio clínico de las máculas desde el color ocre al marrón oscuro. Ya se había comprobado (**Stüttgen, Schneider y Fischer**) que la presencia de hemosiderina estimulaba la melanogénesis y que hipermelanosis puede dominar el cuadro clínico.

En los casos antiguos las venas profundas muestran un impresionante engrosamiento parietal y la intercalación de elementos histiocitarios les confiere una apariencia histológica similar a la descrita por **Schnyder** en el nevus telangiectásico.

De nuestro estudio se deduce que la dermitis ocre representa una erupción purpúrica morfológicamente diferente, que puede ser separada del todo de la púrpura pigmentada progresiva, si bien en las fases iniciales no siempre es fácil la diferenciación clínica.

Cabe **resumir** las principales **características diferenciales** de la manera que sigue: Ausencia de proceso inflamatorio importante en dermis y epidermis en la dermitis ocre; infiltración eosinófila ausente en la púrpura pigmentada progresiva; en esta última los depósitos de hemosiderina son mucho más compactos en el cuerpo papilar, en tanto que en la dermitis ocre se hallan difusamente distribuidos por todo el corion; en contraste con la dermitis ocre, en la púrpura pigmentada progresiva no existe dilatación capilar.

Bajo el punto de vista nosológico la dermitis ocre ha sido clasificada entre las formas vasculares e inflamatorias de las púrpuras. Nosotros no consideramos correcto clasificarla como capilaritis, ya que histológicamente no existe capilaritis. Es cierto que **Miskjian** describió dos tipos de capilaritis crónica, una con trombosis de los pequeños vasos y otra con obliteración capilar por proliferación endotelial. Sin embargo, recientemente nosotros ya hemos resaltado que según la descripción de dicho autor las biopsias cutáneas fueron tomadas de la región marginal de la atrofia blanca.

Por definición, capilaritis supone verdadero daño de las paredes vasculares en forma de necrosis, hialinización o alteración fibrinoide (**Pinkus y Mehregan**). En nuestras investigaciones no hemos hallado signo alguno de ellas. Concluimos, por tanto, que la dermitis ocre no tiene nada que ver con la capilaritis. Histológicamente aparece como una angiodermitis, tal como la describió **Favre** en 1924.