

COMENTARIOS

En esta Sección deseamos una simple opinión de personas calificadas en el campo de la Patología Vascular.

Pruebas simples de diagnóstico clínico (*)

PATRICK FITZGERALD

Delegado en Irlanda de la revista «Angiología»

Vamos a exponer unas simples pruebas de diagnóstico clínico, dado que existen muchos cirujanos generales y médicos sin experiencia en enfermedades vasculares que desconocen el correcto examen de los pulsos del miembro inferior.

Complica la apreciación el hecho de que cuando el enfermo está en pie, en la fase crónica de las arteriopatías obliterantes, el miembro afectado se muestra a menudo más enrojecido que el sano. Por otra parte, el dolor asociado a la claudicación intermitente que se observa casi siempre sólo después del ejercicio puede ser confundido con el de otras afecciones.

Cualquier paciente, en especial si tiene más de 45 años, que sufra de dolor al caminar debe ser examinado echado, aunque para el observador inexpérimentado el color de la pierna sea satisfactorio cuando el enfermo está de pie.

He ideado un «test», basado en la **palidez**, bastante útil y que consiste en que el enfermo colocado en una habitación agradablemente caliente y en posición horizontal eleve los miembros unos 45°, sosteniéndolos en esta posición unos 10 segundos por medio de un ayudante o del propio médico. Transcurrido este tiempo, se elevan al máximo que el paciente pueda tolerar, en general menos de 90°, observándolos así otros 10 segundos, al término de los cuales se le ordena que movilice los tobillos arriba y abajo con lentitud durante diez veces. Se descansan entonces los miembros sobre el lecho y se comprueba el relleno de las venas del dorso del pie. En la fase crónica es raro encontrar pálidos los miembros sólo por adquirir la posición horizontal; pero si la circulación es muy deficiente se tornarán, en ocasiones, blancos, lo que distinguimos como palidez grado IV. Si la palidez aparece cuando se hallan a nivel de los 45°, lo distinguimos como palidez grado III; si lo hace a los 90°, grado II; y si aparece tras el ejercicio, grado I.

Palideces de grado I y II no suponen serio riesgo para el miembro; pero si existe un grado III y el relleno venoso tarda más de 35 segundos, hay grandes probabilidades de que el enfermo presente graves trastornos antes de los seis meses. Por supuesto, si se observa un grado IV es índice de trastornos casi inmediatos.

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

Los distintos grados de palidez deben ser contrastados por un experto con la pulsatilidad periférica, ya que en mi opinión un inexperto a menudo se equivocará al tomar los pulsos, por incapacidad en encontrarlos o por creer palparlos cuando en realidad están abolidos. La prueba de la palidez es mucho más objetiva.

El **tratamiento** en la fase crónica va condicionado al grado de molestias del enfermo. Si el enfermo presenta dolor en reposo o cuando camina menos de 50 metros, lo consideramos tributario de tratamiento médico o quirúrgico, por lo común el último. Por el contrario, si el enfermo presenta un dolor que aparece entre los 50 y 250 metros y no existen lesiones tróficas en el pie, valoramos si la incapacidad es lo suficientemente grave para indicar el tratamiento quirúrgico, preferible si es posible el tratamiento médico, cuando menos hasta haber observado la evolución el tiempo suficiente para ver si empeora o pasa de palidez grado II a grado III. Si es así, consideramos que debe ser operado, previas las investigaciones arteriográficas, etc.

El tipo de intervención depende de las lesiones fundamentales. Si el bloqueo queda limitado a la parte superior de la pierna, p. ej. iliofemoral, un «by-pass» o una endarteriectomía dan resultado satisfactorio. El «by-pass» puede obtenerse con un «stripper» de **Vollmar** o bien cabe utilizar dacron. En general utilizamos este último intentando llevar la anastomosis inferior lo más próximo que se pueda al ligamento inguinal. Si la oclusión es más baja, el tratamiento depende del grado de bloqueo. Si el bloqueo es corto y en la región de los abductores, solemos practicar una tromboendarteriectomía; si es más extenso efectuamos, en cambio, un «by-pass» venoso desde debajo de la región poplítea a por encima de la zona femoral, utilizando la safena invertida. Hemos probado usar la safena in situ, sin buenos resultados.

Naturalmente, estos pacientes crónicos que suelen sufrir una grave arteriosclerosis generalizada deben ser revisados con cuidado, puesto que pueden presentar lesiones que contraindiquen todo tipo de cirugía o requerir otro tipo de operación.