

ARTERIOPATIAS OBSTRUCTIVAS CRONICAS. TRATAMIENTO QUIRURGICO (*)

F. DE LA CRUZ CARO, F. HIGUERO MORENO, A. MARTIN INFANTE
y P. J. ALJAMA PEREZ DE LA LASTRA

Cátedra de Patología Quirúrgica «A» (Prof. F. De la Cruz Caro)
Facultad de Medicina
Cádiz (España)

Aunque el nuestro es un Departamento de Cirugía General, hemos recibido siempre con especial interés los enfermos cardiovasculares, incorporando para su aplicación en ellos todo cuanto en el diagnóstico y en el tratamiento de las arteriopatías obstructivas crónicas se ha venido aceptando y empleando durante los últimos años. Hemos venido adquiriendo con ello una experiencia que nos ha llevado a la adopción de unas directrices que exponemos en esta Comunicación, cuyo fin primordial es dar a conocer nuestro criterio actual en el tratamiento de los enfermos afectos de arteriopatías obstructivas crónicas ingresados en el Departamento.

Antes de analizar los resultados que nos han llevado a la adopción de nuestro criterio, queremos destacar dos aspectos importantes: Primero, que la mayor parte de los enfermos que hemos recibido hasta no hace mucho se hallaban en un estadio demasiado avanzado para ser tributarios de cirugía reparadora con éxito y funcionalmente eficaz; segundo, que, no obstante, muchas veces a pesar de lo avanzado de las lesiones isquémicas hemos sentado, por lo angustioso del cuadro doloroso y la penosa impotencia de nuestros pacientes, indicaciones quirúrgicas en el límite de viabilidad.

Hechas estas consideraciones, siguiendo el concepto de **Fontaine** sobre estadíos clínicos, vamos a exponer las características lesionales de nuestros pacientes: Grupo I, síndrome inicial, 1 %. Grupo II, claudicación intermitente, 12 %. Grupo III, claudicación y dolor en reposo, 27 %. Grupo IV, claudicación, dolor en reposo y trastornos tróficos, 60 %.

Estas lesiones han venido asociadas, otras veces, a taras orgánicas generales más o menos graves, como son: procesos neoplásicos, 2 %; insuficiencia respiratoria obstructiva importante, 4 %; arteriosclerosis coronaria crónica, 8 %; diabetes, 40 %.

(*) Comunicación a las XIX Jornadas Angiológicas Españolas, mayo 1973, Jerez de la Frontera (Cádiz). España.

Antes de entrar a comentar nuestra actitud terapéutica, un tercer aspecto importante es el de la localización y extensión de las lesiones isquémicas por estudio arteriográfico sistemático, que nos da los siguientes datos: sector aorto-ilíaco, 12 %; afectación ilíaca bilateral, 0,5 %; afectación ilíaca unilateral, 23,5 %; afectación femoral bilateral, 24 %; afectación femoral unilateral, 44 %; afectación generalizada, 72 %.

Nuestra actitud ante estos problemas ha variado en la actualidad no sólo en función de un mayor dominio y desarrollo de las diferentes técnicas de cirugía vascular sino también de una mejor calidad en los enfermos que recibimos últimamente: enfermos más jóvenes, con una edad media de 56 años, aún con actividad física y laboral y con mejor estado general y de sus lesiones isquémicas.

Este cambio en la situación de nuestra enfermería ha contribuido a que pasemos de una primera etapa en la que nos veíamos forzados a reducirnos a la práctica de una cirugía puramente hiperemiante, tipo gangliectomía y arteriectomía, a otra en la que cada vez hemos ido haciendo más indicaciones de cirugía directa, con tromboendarteriectomía en un principio, para llegar al momento actual en el que disponemos de un considerable número de operados con derivaciones o «by-pass».

En la **pauta diagnóstica** a seguir en todos nuestros enfermos, tras el estudio clínico adecuado y la exploración general y evaluación preoperatoria obligadas, a diferencia de la sistemática propuesta para las obliteraciones agudas, siempre hemos creído imprescindibles la práctica de un estudio angiográfico seriado mediante aortografía, complementada en muchos casos con una arteriografía femoral en los enfermos portadores de una obstrucción baja en los que queríamos conocer con detalle el estado de los vasos distales a la misma, al objeto de establecer correctamente la indicación de cirugía directa (figs. 1-A, B y C).

Esta sistemática exploración angiográfica no nos ha permitido, en algunas ocasiones, conocer con exactitud la situación de las arterias distales a la obstrucción, por lo que a veces hemos considerado necesaria la exploración quirúrgica de estos vasos antes de renunciar a la cirugía directa o de no conseguir un buen resultado colocando un injerto por debajo del cual no existe una permeabilidad aceptable.

Gangliectomía lumbar. Indicamos esta técnica hiperemiante en:

1. Enfermos en los que un estado general deficitario o una tara orgánica, metabólica, etc., contraindica formalmente una cirugía de larga duración.
2. Obstrucciones arteriales distales y generalizadas con escasa circulación colateral.
3. Enfermos con lesiones tróficas o úlceras muy distales (por lo común en la planta del pie y región metatarsofalángica de los dos primeros dedos) con completa conservación de los pulsos distales y absoluta integridad arteriográfica, siendo causa de la lesión una afectación arteriolar pura.
4. Como técnica quirúrgica, en los fracasos de la cirugía arterial directa.

Entre las ventajas de esta técnica hemos de resaltar: su fácil realización, su escaso riesgo y un 50 % de resultados aceptables en los casos del grupo III de Fontaine y el evitar amputaciones mayores en el grupo IV.

Suprarrenalectomías. En una época pasada las hemos realizado con cierta prodigalidad, esperando interferir con ellas en la patogenia de las enfermedades

obstructivas. En la actualidad sólo pensamos en ellas en los casos de tromboangeítis obliterante, en los que al menos conseguimos cierta mejoría transitoria. Siempre la practicamos asociada a una gangliectomía lumbar, por lo que extirpamos la suprarrenal del lado más afectado por la vasculopatía.

Tromboendarteriectomía. En la actualidad la practicamos en las obstrucciones localizadas de etiología ateromatosa del territorio fémoroiliaco, con posterior sutura directa o con angioplastia navicular mediante «patch» de safena o de teflon.

Estamos satisfechos de ella cuando se realiza con meticulosidad, pues no lesiona la circulación colateral. Ampliando la luz del vaso desobstruido y con la fijación final de la íntima mediante puntos de Kunlin hemos obtenido bastantes buenos resultados. No obstante, como es bien sabido, no puede ser llevada a cabo en vasos calcificados o demasiado finos.

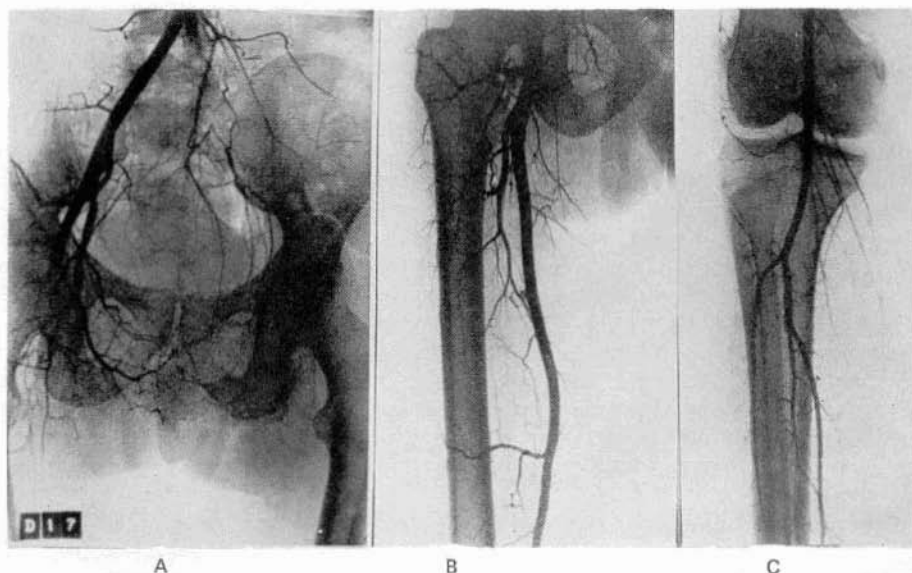


Fig. 1: Arteriografías previas de comprobación, antes de la indicación quirúrgica.

Cirugía arterial directa. En lo que respecta a este tipo de cirugía con colocación de un injerto establecemos las siguientes indicaciones y consideraciones:

1. En aquellos enfermos con buen estado general para resistir esta intervención quirúrgica de mayor gravedad y duración.
2. En las obstrucciones arteriales crónicas de cualquier etiología; aunque en las de causa inflamatoria esperamos por controles analíticos la inactividad del proceso, siendo sus resultados inferiores a los obtenidos en las debidas a arteriosclerosis obliterante.

3. En los pacientes que por su edad o actividad profesional deben llevar después una vida activa habitual.

4. Siempre hay que asociar la reparación de posibles estenosis proximales al sector injertado, si existieran, para asegurar así un aporte sanguíneo suficiente en volumen y presión al injerto.

5. Aunque en teoría es posible utilizar injertos tan largos como sea necesario, creemos que a mayor longitud mayores y más precoces son las posibilidades de obstrucción; riesgo que aumenta si el injerto sufre angulaciones a nivel de los pliegues de flexión de los miembros o si se colocan con demasiada holgura.

6. En cuanto concierne al calibre de los vasos obstruidos, no hemos tenido oportunidad de practicar injerto alguno en los vasos tibio-peroneos. Aunque de mayor riesgo, la experiencia de otros Servicios nos anima a intentarlos en el futuro. En nuestros casos hemos llegado distalmente hasta la arteria poplítea.

7. En casos de obstrucción muy extensa de la femoral superficial, precario lecho distal e integridad y permeabilidad completa de la femoral profunda o al menos mínimas lesiones a este nivel, como con tanta frecuencia vemos en los arterioscleróticos a diferencia de los arteríticos (hecho de gran valor diferencial

para algunos), consideramos viable y obtenemos buenos resultados con conservación y calentamiento del miembro, recanalización y gran mejoría subjetiva, mediante la implantación distal del injerto a nivel de la femoral profunda.

8. En las derivaciones aorto-ilíacas preferimos los injertos de material sintético ya que, aun considerando más idóneos en general los autólogos de safena, el menor calibre de ésta y su menor resistencia no los hacen indicados en esta localización. Por el contrario, siempre que vamos a tratar una obstrucción por debajo del arco crural utilizamos un injerto autólogo de safena (figuras 2-A y B).

9. En contados casos hemos practicado la anastomosis

términoterminal del injerto. Prácticamente siempre lo hacemos látero-terminal, respetando al máximo la circulación colateral existente y realizando la clásica anastomosis en «zapatilla». Sin embargo, la anastomosis distal la practicamos con bastante frecuencia término-terminal, consiguiendo así un excelente flujo pulsátil con mínima disección.

10. Como material de sutura empleamos hilo de teflon trenzado 0000 a

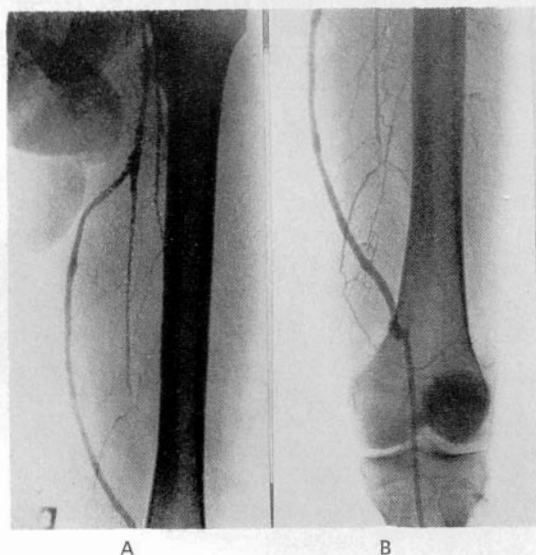


Fig. 2: Injerto autólogo de safena.

000000, según el calibre de los vasos. La sutura es continua o entrecortada, según el mayor o menor grosor del vaso.

11. Carecemos de experiencia con injertos homólogos y hereterólogos frescos o conservados.

12. En aquellos enfermos en los que está contraindicada una intervención de esta importancia y que presentan una obstrucción unilateral del sector ilíaco creemos interesante practicar una derivación fémoro-femoral contralateral supra-pública, que puede ejecutarse con anestesia local, o bien una derivación áxilo-femoral.

13. No nos parece conveniente efectuar una gangliectomía previa a la cirugía arterial directa, ya que pensamos que la apertura de nuevos vasos y la dilatación de los ya existentes puede disminuir la presión a nivel del injerto y aumentar con ello los riesgos de trombosis postoperatoria. Por otro lado, aunque por fortuna poco a menudo, se describen casos de trombosis masiva del miembro inmediatamente después de la gangliectomía.

RESUMEN

Los autores exponen su experiencia en el tratamiento quirúrgico de las arteriopatías crónicas obstructivas, analizando los resultados que les han llevado a la adopción de su criterio terapéutico. En este aspecto se analizan la simpatectomía lumbar, la suprarrenalectomía, la tromboendarteriectomía y los injertos.

SUMMARY

Author's experience with surgical treatment (lumbar sympathectomy, suprarrenalectomy, thromboendarterectomy and grafts) in chronic obstructive arteriopathies is exposed. Results to adopt their therapeutical criteria are analyzed.