

COMENTARIOS

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

¿EXISTE LA ARTERIOPATIA DIABETICA? (*)

JEAN F. MERLEN

Lille (Francia)

René Leriche ha escrito «No existe arteritis diabética sino arteritis en los diabéticos». Y, sin embargo, hay casos de arteriopatía propios de la diabetes y de su terreno. Una encuesta efectuada en los pasillos al término del último Congreso del «Collège de Pathologie Vasculaire» en París en marzo de 1975 permite deducir su existencia y su realidad clínica. Ella tiende al substratum de una microangiopatía orgánica, específica si no muy particular, que descansa sobre la estasis capilaro-venular y la disreactividad de las anastomosis arterio-venosas y sirve de punto de partida a la macroangiopatía del diabético.

La arteriopatía diabética existe, se observa en ambos sexos, es precoz y el papel del tabaco parece negligible. La localización de sus lesiones es distal y predominan los trastornos tróficos. La claudicación es rara, interesando apenas la planta de los pies: la isquemia permanente predomina sobre la isquemia de esfuerzo. Los pulsos están presentes en los grandes troncos. Gangrena distal de sobreinfección fácil, mal perforante y osteoartropatía revelan la intervención de la neuropatía diabética.

Radiografía: calcificaciones en «anillos» o «pila de platos» y obliteraciones bajas a nivel del trípede de la pierna o de la pedia, así como lesiones de las colaterales y las arterias distales del pie, diferentes a las que se observan en la arteriosclerosis y en los grandes troncos.

La histología es, de igual forma, distinta: respecto de la elástica interna, calcificación de la media, depósitos glucoproteicos en las arteriolas y que preceden a la esclerosis y aunque se colorean por el P.A.S. no lo hacen por el Azul Alcian y el Hierro coloidal; por último neogénesis capilar exagerada. La afectación de las anastomosis arteriovenosas glómicas de la pulpa digital es, asimismo, muy particular. Las células mioepitelioides del sector intercalar se modifican: citoplasma claro y débilmente eosinófilo, núcleo pequeño alargado o en «crois-

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

sant», siempre en el centro, con aspecto en «panal de abejas» descrito por **S. Curri** o en «célula vegetal» por nosotros. En resumen, se trata de una arteritis de gran «débit» (**Royer**), hiperpulsátil en grandes troncos a veces con inercia vasomotriz en los troncos de la pierna, que semeja en régimen de vasodilatación y ensombrece el pronóstico.

La evolución de la arteriopatía diabética siempre se halla en función del tratamiento de la diabetes y los cirujanos son quienes lo han afirmado más, ya que se contentan con actitudes limitadas y económicas. Amputaciones parciales de un dedo o del pie, supresión de la sobreinfección, junto a la simpatectomía precoz y casi sistemática, son la base del tratamiento. No obstante, no hay que descartar la idea de una reconstrucción arterial y de actuar sobre las lesiones altas.

Incluso si se sostiene que la arteriopatía diabética no es propia de la diabetes y que sólo es una forma de «senectud precoz», queda como la más bella expresión de un terreno propio de la diabetes. Correr el riesgo de ignorarla sería exponer al paciente a «una causa de muerte llena de futuro».