

Tratamiento de las arteriopatías en el III y IV estadio mediante simpaticolisis peridural

Nuestra Experiencia *

G. BIANCHI, U. MACCARINI y G. KRON

I División Chirúrgica (Primario: Prof. A. V. Bo)
Ospedale Civile di Manerbio-Brescia
(Italia)

La cirugía arterial directa es actualmente practicable en las más variadas condiciones patológicas agudas o crónicas, con posibilidades terapéuticas verdaderamente notables. Existen, sin embargo, condiciones particulares en las cuales no cabe la intervención quirúrgica específica en presencia de arteriopatías en el III y IV estadio, condiciones que están representadas por:

- I. Rechazo por el paciente de cualquier tipo de intervención quirúrgica.
- II. Condiciones cardiorespiratorias y cerebrales asociadas, lo bastante deterioradas como para no tolerar el menor traumatismo.

Ante tales contraindicaciones de la intervención, las posibilidades quedan limitadas al ámbito farmacológico con todas las prerrogativas de suficiencia de ellas conocidas.

Por tanto, desde hace casi tres años, hemos asociado a la terapéutica normal específica la infiltración peridural con marcaina 0,5 % en el tratamiento de las arteriopatías crónicas en el estadio III y IV y de las arteriopatías agudas embólicas o trombóticas de los miembros inferiores dentro de las dos categorías antes mencionadas.

La infiltración peridural con marcaina permite, en efecto simpaticolisis prolongada (6 a 8 horas) paragonable, por su efecto vasodilatador periférico, a la gangliectomía lumbar quirúrgica, y una anestesia de discreto grado que permite la supresión de los dolores de origen vascular.

Además, la notable vecindad de las raíces nerviosas posteriores a la región infiltrada permite a su vez la conservación de una cierta movilidad de los miembros inferiores. Por último, el método permite la ejecución de la angiografía diagnóstica y el eventual aplazamiento de la cirugía directa (R. C. Martin, 1945; R. A. Hingson, 1947; S. M. Smith, 1948; M. Florena, 1971).

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

Método y casuística

Se han presentado a nuestra observación, en este período, 32 pacientes vasculares periféricos en los cuales hemos empleado este método terapéutico por imposibilidad de efectuar cirugía específica. Hemos observado 9 casos de obliteración arterial aguda y 23 de obliteración crónica en el estadio III y IV.

La **Patología aguda** se especifica en la Tabla I. Las lesiones gangrenosas eran circunscritas o difusas. Todos fueron tratados con infiltración peridural con Marcaina 0,5 % asociada a terapéutica anticoagulante i.m. o vasocinética por vía venosa. Las infiltraciones eran una o dos al día, durante siete días como máximo.

El síntoma dolor desapareció con rapidez en las embolias, en el curso de la acción farmacológica, persistiendo la regresión unas ocho horas.

En los restantes siempre se obtuvo un mínimo de cuatro horas de analgesia. En aquellos casos con gangrena periférica evidente (digital o de la celda tibial anterior) fueron tratados con doble infiltración, ya que la sintomatología dolorosa tendía a reaparecer con mayor rapidez.

En las trombosis el tratamiento epidural permitió un resultado más constante en el tiempo y, salvo en un caso, con una sola infiltración diaria.

De los 23 casos de **Patología crónica** (Tabla I) 12 se hallaban en el estadio de dolor en reposo y 11 en el estadio de lesiones necróticas.

El tiempo de aparición de la sintomatología variaba entre 12 meses y 20 días, con oscilaciones sintomatológicas e isquémicas variadas. De ellos, 7 habían sido tratados antes médica o quirúrgicamente con discreto resultado. En otros 2 a su arteriopatía esclerosa se asociaba una arteriopatía diabética.

La simpaticolisis epidural se practicó un mínimo de cuatro sesiones y un máximo de diez (dos casos) y estandarizada a las tardes.

Cada día se efectuaba tratamiento endovenoso vasoactivo y soluciones macromoleculares. En siete casos se practicó anestesia con xilocaína de los nervios safeno accesorio, peroneo y tibial posterior.

La remisión del dolor fue constante en todos y la duración de la analgesia después de la tercera sesión tendió a aumentar de las 6-8 horas a las 12 o más. En aquellos casos en que desaparecía a las 24 horas, se insistía durante dos días más a fin de consolidar el resultado y reforzar la acción terapéutica.

Como efecto colateral desagradable hemos comprobado una hipotensión acentuada (70 mmHg sistólica) compensada no obstante con la normal terapéutica. En un caso tuvimos que recurrir a la intubación rápida del paciente y al respirador automático por un probable fenómeno de regurgitación ascendente del anestésico hasta el bulbo con detención respiratoria, recuperándose luego el paciente.

Resultados

Los resultados han sido en conjunto buenos.

En los fenómenos agudos se ha conseguido delimitar con claridad la gangrena en los tres casos que presentaban necrosis, conservando el miembro con amputaciones parcelares. En los seis casos restantes de patología aguda,

TABLA I

Diagnóstico	N.º	Duración síntomas	Gangrena	N.º infiltraciones- día	Patología asociada	Evolución
Embolia poplitea	1	2 horas	—	1	—	Favorable
Embolia femoral	1	30 horas	sí	2	—	Amput. 1.º y 2.º
Trombosis femoral	1	4 días	sí	2	—	Amput. 2.º, 3.º y 4.º
"	1	12 horas	—	1	—	Parálisis
"	1	7 días	—	1	—	Parálisis
"	1	2 días	sí	2	—	Amput. 1.º
Trombosis aneurisma popliteo	1	4 horas	—	1	—	Favorable
Trombosis rama by-pass aortobi- femoral	1	10 días	—	1	—	Favorable
	1	7 días	—	1	—	Favorable
Patología aguda (9 casos)						
III Estadio:						
Obliteración femorotibial	3	—	—	1	—	Favorable
Obliteración femoral y estenosis iliaca	7	—	1	1	By-pass femo- rotibial	Favorable Amput. Chopart
Obliteración femoropoplitea	2	—	—	1	—	Favorable
IV Estadio:						
Obliteración iliofemorotibial	4	—	sí	1	1 diabetes	Favorable 1 amput. transme- tatarsal 1 amput. digital
Obliteración femoropopliteotibial	6	—	sí	1	1 diabetes	Favorable 1 amput. transme- tatarsal 2 amput. digital
Obliteración tres femorales Drs. oblit. iliaca I.	1	—	sí	2	—	Amput. trans. bil.

Edad media: 70,5 años. Resultados: 20 favorables, 10 amputaciones parciales, 2 parálisis.

aunque conservaron el miembro, en dos quedó una parálisis en equinismo del pie.

En la patología crónica, más favorables respecto a la simpaticolisis dada la presencia de una circulación colateral, los resultados han sido mejores.

De los 12 pacientes que aquejaban dolor en reposo, sólo uno sufrió una agravación de la sintomatología con sucesiva aparición de necrosis periférica, siendo sometido a un «by-pass» fémoro-femoral izquierdo-derecho por la obliteración iliaco femoral derecha y a amputación transmetatarsal según **Chopart**, siempre bajo anestesia peridural.

Los restantes 11 pacientes en el III Estadío presentaron al término del tratamiento una claudicación entre los 30 y 150 metros, aceptable dadas las condiciones vasculares en que se hallaban, habiendo desaparecido la sintomatología en reposo.

De los 11 pacientes en el IV Estadío, dos de ellos, diabéticos, fueron amputados a nivel transmetatarsal, uno sufrió la misma amputación pero bilateral y los restantes delimitaron la necrosis a uno o dos dedos, siendo amputados sólo parcelariamente.

En todos los enfermos de esta categoría la claudicación pasó, después del tratamiento, a más de treinta metros.

Comentario y conclusiones

Los resultados globales conseguidos en ambas categorías de pacientes son muy alentadores si pensamos por una parte en la edad promedio (70,5 años) y por otro en las prohibitivas condiciones negativas presentes.

La posibilidad de conservar un miembro isquémico que se halla en condiciones tan precarias o cuando menos lograr una gangrena seca y delimitada, con sucesivas parcelares destrucciones, aumenta luego gracias a la asociación de este método con los comunes tratamientos vasocinéticos y farmacológicos de tipo médico con fenómenos negativos bastante modestos y circunscribibles a una esporádica hipotensión y a la excepcional parálisis bulbar.

Naturalmente, los pacientes sometidos a esta terapéutica deben ser atendidos, al menos en las primeras cuatro horas, con un control sistemático y continuo de sus condiciones generales por personal paramédico preparado. Pasado dicho período, cualquier fenómeno negativo es excepcional.

Los resultados son tanto más alentadores si se piensa en la importancia de la conservación del miembro, siempre conseguida, y en la regresión del estadío de isquemia con recuperación de una deambulación aceptable.

Por último, el método permite retrasar la eventual intervención quirúrgica, siempre posible bajo anestesia peridural, y la acción de un largo período de preparación médica, en especial de las condiciones cardiorespiratorias, que si no consienten el inmediato tratamiento de la arteriopatía son susceptibles de mejorar y dar lugar a un eventual reestudio táctico quirúrgico.

RESUMEN

Basándose en la experiencia personal de 32 enfermos afectos de lesiones isquémicas agudas y crónicas periféricas tratados por el método de simpaticolisis terapéutica, vía peridural, con Marcaina 0,5 %, exponen su casuística y los resultados obtenidos en el curso de tres años empleando esta terapéutica, resaltando su eficacia en aquellos enfermos de riesgo excesivo y condiciones quirúrgicas prohibitivas.

SUMMARY

Peridural therapeutic sympathicolysis with Marcaina 0,5 % has been employed in acute and in chronic ischemic cases not suitable for surgery.

BIBLIOGRAFIA

- Martin, R. C.; Livingston, H.; Hellman, V.: Continuous spinal anesthesia; observation on 1.200 patients. «Arch. Surg.», 50:130, 1945.
- Hingson, R. A. y Southworth, J. L.: The use of continuous caudal and continuous spinal analgesia in the diagnosis, prognosis and rehabilitation of the peripheral vascular diseases of the lower extremity. «Mil. Surgeon», 100:474, 1947.
- Smith, S. M. y Rees, V. L.: The use of prolonged continuous spinal anesthesia to relieve and pain in peripheral embolism. «Anesthesiology», 9:229, 1948.
- Florena, M. y Mangione, S.: Il trattamento antalgico delle arteriopatie obliteranti croniche periferiche degli arti inferiori. «Arch. atti Soc. it. Chir.», 1:253, 1971.