

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE 202 EMBOLECTOMIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (*)

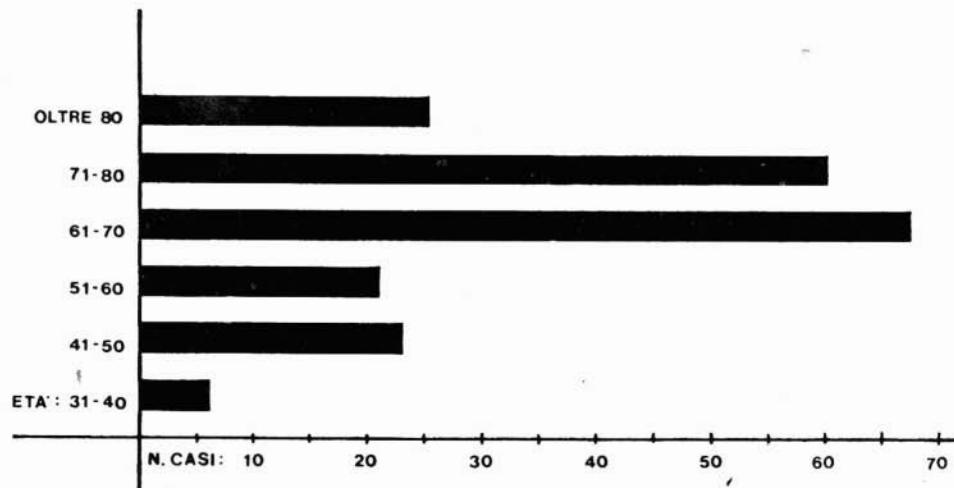
G. LA MARCA, M. ARICÒ, G. DE LUCA y A. MARTINO.

Ospedale Civico e Benfratelli. Ente Ospedaliero Regionale Generale. Divisione di Chirurgia Vascolare (Prof. S. Bosio). Palermo (Italia)

En la Divisione di Chirurgia Vascolare del Ospedale Civico de Palermo (Italia), entre el 18-X-1968 y el 22-V-1982, se han efectuado 1.012 intervenciones por isquemia aguda de los miembros, de naturaleza embólica, 202 casos de ellos (20 %) en los miembros superiores y el resto en los inferiores. La baja incidencia de los superiores respecto a los inferiores está en relación ya porque la arteria subclavia tiene un calibre inferior al de la ilíaca, ya por el notable peso específico del émbolo que viene impulsado hacia la concavidad del arco aórtico (Baird 1964, Champion 1973).

La incidencia de las embolias de la extremidad superior en relación al sexo es de un 33,2 % en hombres y de un 66,8 % en mujeres; y en cuanto a la edad, la mayor parte tienen lugar entre los 60 y 80 años (Tabla I).

TABLA I - INCIDENCIA SEGUN LA EDAD.



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

Entre nuestros pacientes la etiología de las embolias del miembro superior se expone en la Tabla II.

En 135 pacientes (66.8 %) la obstrucción se localizaba en la arteria humeral, mientras que en 67 casos (33.2 %) lo hacía en la axilar o subclavia. Hemos considerado embolia humeral también las obstrucciones concomitantes de la radial y cubital. Nunca hemos tratado quirúrgicamente las obstrucciones de una sola rama de la bifurcación humeral.

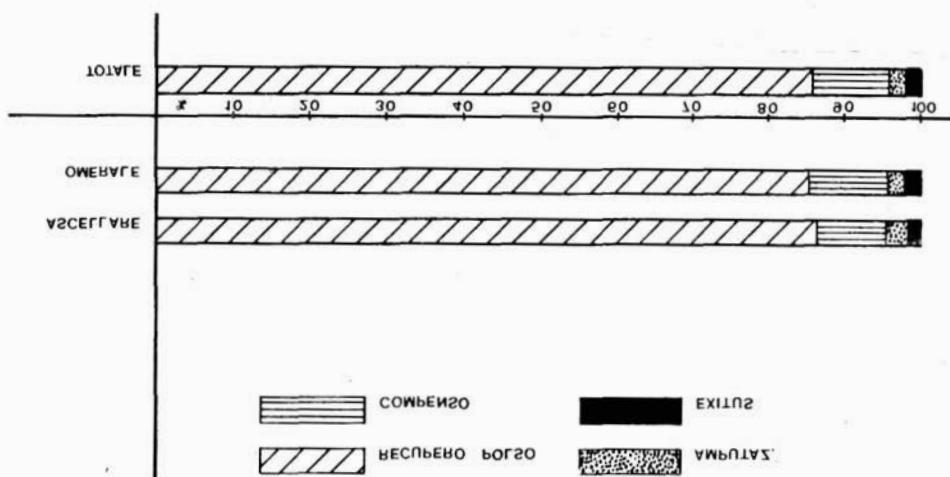
TABLA II - ETIOLOGIA DE LAS EMBOLIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR.

ETIOLOGIA	TOTALE		CON FIBRILLAZ.	
	N. CASI	%	N. CASI	%
VIZIO MITRALICO	57	28.2	40	70.1
MIOCARDIOSCLEROSI	113	55.9	102	90.2
INFARTO	15	7.4	4	26.6
ENDOCARDITE BATTERICA	5	2.5		
ANEURISMA	1	0.5		
IDIOPATICA	4	2		
MIOCARDIOPATIE CON ALTRE ARITMIE	6	3		
ALTRO	1	0.5		

Nuestra técnica quirúrgica es la embolectomía con carácter de Fogarty (Fogarty 1963), después de la preparación de la arteria humeral en el pliegue del codo. Esta vía de acceso permite sondar, además de la axilar y la subclavia, las arterias radial y cubital.

Los resultados conseguidos por nosotros en relación a la localización de la obstrucción (Tabla III) son superponibles en porcentaje en las dos localizaciones, axilar y humeral.

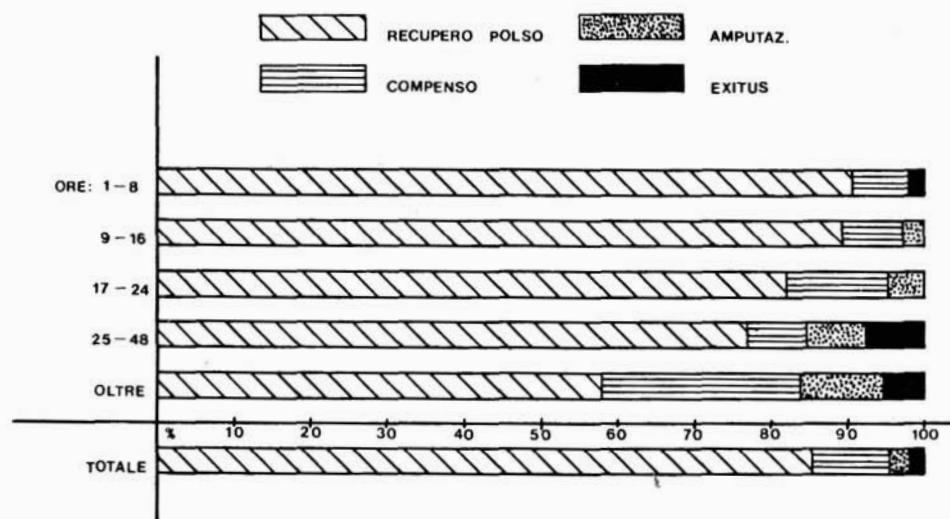
TABLA III - RESULTADOS PORCENTUALES SEGUN LA LOCALIZACION.



Los resultados en cuanto al tiempo de latencia (Tabla IV) son menos favorables para las isquemias que sobrepasan las 24 horas que para las tratadas antes, ya en cuanto al porcentaje de recuperaciones de pulso, ya en cuanto al de amputaciones.

Comentario aparte merecen los casos en los que se obtiene la revascularización pero sin una completa recuperación funcional del miembro. Ello porque las particulares y muy especializadas funciones que desarrollan los músculos del brazo,

TABLA IV - RESULTADOS PORCENTUALES SEGUN EL INTERVALO ISQUEMICO.



del antebrazo y de la mano, junto a la fina sensibilidad perceptiva de esta última, pueden quedar dañadas en breve período de isquemia, independientemente del lugar de detención del émbolo. De nuestros pacientes, 20 han presentado tales déficits funcionales, de diferente intensidad, incluso habiendo obtenido una completa revascularización del miembro.

Al contrario, hemos observado parecidos pacientes que, a pesar de un período de isquemia prolongado, presentaban una escasa claudicación de los músculos del miembro como único déficit funcional. En efecto, en el miembro superior es posible que a distintos niveles se instaure una circulación de suplencia tal como para no determinar impotencia funcional más que de poca entidad. A este propósito recordamos las anastomosis entre las ramas de la arteria subclavia, la presencia de la arteria humeral profunda, las ramas colaterales del codo. También en estos casos hay que proceder, sin embargo, a la desobstrucción del árbol arterial principal y garantizar, en consecuencia, un mayor aporte de sangre.

En conclusión, nosotros tratamos quirúrgicamente las embolias del miembro superior, a pesar de la incidencia del 11,6 % de déficits funcionales observados en los pacientes en los que hemos conseguido una revascularización. En realidad, tal incidencia sería mayor con cualquier terapéutica médica adoptada. Con ésta, si se mejora la circulación colateral y por ello la sintomatología clínica, a pesar de ello no se restablece el flujo en la vía principal, de la cual las masas musculares pueden obtener un mayor aporte sanguíneo.

RESUMEN

Los autores examinan 202 casos de sus observaciones de isquemia aguda por embolia de los miembros superiores. Tras subdividir los pacientes según los tradicionales parámetros, sexo, edad, etiología, localización, valoran los resultados obtenidos en relación a la localización de la obstrucción y al tiempo de isquemia. Por último, resaltan aquellos casos en los que se obtiene la revascularización pero no la completa recuperación funcional del miembro, por el daño causado por períodos de isquemia incluso breves, confrontándolos a los que con períodos de isquemia largos no provocan trastornos funcionales evidentes por el papel desempeñado por una rica circulación colateral del miembro.

SUMMARY

The cases (202) of ischaemia of the arm because arterial embolism are studied subdivided in several parameters: age, sex, etiology, and location. The results are evaluated related to the occlusion location and the ischemic duration. Also, the brief ischemic cases with revascularization, but no complete functional recovery, are compared with long instaured ischemia, but without evident functional troubles due to an effective collateral circulation.

BIBLIOGRAFIA

1. BASILE, M.; MELITA, P.; ARSENA, A.; CELI, S.; DATTOLE, P.; CALBO, L.: L'embolectomia degli arti superiori: tecniche e risultati. *«Atti. 3º riun. Gr. Ital. Chir. Vasc.»*, 1977.
2. CHAMPION, N.R. y GILL, W.: Arterial embolus to the upper limb. *«Brit. J. Surg.»*, 60: 505, 1973.
3. FARINA, G.P.; SCINTU, F.; POMATA, M.: Le tromboembolie degli arti superiori. *«Atti 3º riun. Gr. Ital. Chir. Vasc.»*, 1977.
4. FOGARTY, T.J.; CRANLEY, J.J.; KRAUSE, R.J.; STRASSER, E.S.; HAFNER, C.D.: A method for extraction of arterial emboli and thrombi. *«Surg. Gynec. Obst.»*, 116: 241, 1963.

5. FRISCH, R. y cols.: Les ischémies aigues spontanées des membres supérieurs. «Ann. Méd. Reims», 85, 1975.
6. KIEFFER, E.: Les embolies artérielles du membre supérieur. «Ann. Méd. Reims», 77, 1975.
7. ROSSI, N.P.; EHRENHAFT, J.L.; SENSENING, D.M.: Acute brachial artery occlusion. «Ann. Surg.», 161: 195, 1965.
8. SAVELYEV, V.S.; ZATEVAKHIN, I.I.; STEPANOV, N.V.: Artery embolism of the upper limbs. «Surgery», 81, 4, 367, 1977.
9. SACHATELLO, C.R.: Technique for subclavian, axillary, and brachial artery embolectomy. «Arch. Surg.», 97: 836, 1968.
10. SACHATELLO, C.R.: The acutely ischemic upper extremity: Selective management. «Surgery», 76: 6, 1974.