

# **ENFERMEDAD OCLUSIVA ATEROSCLEROTICA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES JOVENES: EXPERIENCIA CLINICA \***

D. PODDIE, E. PICCININI y V. STANCANELLI

**1.<sup>a</sup> División Quirúrgica. Hospital de Ravenna.**  
**48100 Ravenna (Italia)**

## **Introducción**

Hasta hace pocos años las enfermedades arteriales que afectaban a pacientes jóvenes (considerando convencionalmente como tales a los pacientes de 40 años o menos) recibían el nombre de enfermedad de Buerger o enfermedad de Takayasu. Posteriormente se comprobó que la diabetes mellitus y la aterosclerosis, individualmente o asociadas, eran un factor etiológico incluso más frecuente y de forma abrumadora sobre otras formas de enfermedad arterial (inflamatoria, infecciosa, displásica, traumática, tóxica e yatrogénica).

Nuestra mira es exponer la experiencia de la División Quirúrgica de un Hospital General en el tratamiento de la enfermedad oclusiva arterial de las extremidades inferiores en pacientes jóvenes, sin considerar los aspectos etiopatogénicos y epidemiológicos, pero señalando dos aspectos de importancia práctica como son la localización de las lesiones obstructivas y estenóticas y la efectividad del tratamiento quirúrgico.

## **Pacientes y métodos**

Durante el período de 10 años, comprendido entre 1974 y 1984, 1.065 pacientes fueron admitidos en la 1.<sup>a</sup> División Quirúrgica del Hospital General de Ravenna, por enfermedad oclusiva aterosclerótica de las extremidades inferiores. De ellos, 29 (2,7%) tenían edades comprendidas entre 26 y 38 años; 27 pacientes eran varones y 2 hembras. La admisión hospitalaria fue debida a: claudicación intermitente, 20 pacientes (69%); dolor en reposo, 4 pacientes (13,7%); lesiones ulcerosas isquémicas, 5 pacientes (17,3%). La admisión en ningún caso fue debida a isquemia aguda.

La evaluación de los factores de riesgo arrojó el siguiente resultado: fumadores, 72,5%; hiperlipidemia, 17,2%; diabetes mellitus, 10,3%; hipertensión arterial, 3,4%. Coexistían dos factores de riesgo simultáneamente en 5 casos (17,2%), tres factores de riesgo en 1 caso (3,4%), no existían factores de riesgo en 6 pacientes (20,7%).

Los hallazgos angiográficos mostraron lesiones aorto-ilíacas estenóticas y/u obstructivas en 14 casos (48,3%), lesiones fémoro-poplíticas en 12 (41,4%) y poplítico-

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

tibiales en 3 (10,3%). Una paciente diabética presentaba lesiones de doble localización, aorto-ilíaca y tibial.

Se llevaron a cabo 31 intervenciones quirúrgicas en 28 pacientes: únicamente no se intervino a un paciente que presentaba una coartación de aorta asociada.

Los procedimientos quirúrgicos están reflejados en la Tabla I, una simpatecto-

TABLA I

**Tratamiento inicial de 28 pacientes con enfermedad vascular periférica**

Tratamiento	Nº	%
Injerto aorto-ilíaco de Dacron	3	10,72
Injerto aorto-bifemoral de Dacron	3	10,72
«By-pass» fémoro-poplíteo (vena safena autógena)	2	7,14
Tromboendarterectomía aorto-ilíaca	6	21,43
Profundoplastia femoral	2	7,14
Excisión de quiste adventicio de la poplítea	1	3,57
Simpatectomía lumbar	11	39,28

TABLA II

**Intervenciones subsiguientes en 3 pacientes**

Tipo de procedimiento	Nº
«By-pass» fémoro-poplíteo	1
Simpatectomía lumbar	2
Amputación por encima de rodilla	1

mía lumbar bilateral en dos tiempos fue llevada a cabo en dos pacientes, mientras otra fue seguida por un «by-pass» de vena safena autógena. No se observó ninguna complicación precoz en el período postoperatorio (Tabla II).

## Resultados

Los resultados a corto plazo pueden considerarse buenos y se han mantenido hasta la fecha, pero la media de seguimiento es demasiado corta (4 años) para considerarlos como definitivos. Los resultados fueron evaluados como sigue:

1. Recuperación clínica completa en 15 pacientes (53,5%).
2. Mejoría de los síntomas en 12 pacientes (42,8%).
3. Empeoramiento de los síntomas en 1 paciente (3,6%).

Se entendió por «recuperación clínica completa» la disminución o desaparición de la claudicación; «mejoría de los síntomas» se refiere a los casos con disminución del dolor en reposo y cicatrización de las lesiones isquémicas; «empeoramiento de los síntomas» se refiere naturalmente a los casos en los que la intervención no dio resultado. Los resultados y procedimientos quirúrgicos se comparan en la Tabla III.

TABLA III

### Resultados clínicos y procedimientos quirúrgicos de 28 pacientes con enfermedad vascular periférica

Resultado clínico	Procedimiento quirúrgico	Nº	%
<b>Recuperación clínica completa:</b>			
	Injerto aorto-ilíaco	3	10,72
	Injerto aorto-bifemoral	3	10,72
	«By-pass» fémoro-poplíteo	2	7,14
	TEA aorto-ilíaca	6	21,43
	Excisión quiste poplíteo	1	3,57
<b>Mejoría de los síntomas:</b>			
	Simpatectomía lumbar	10	35,71
	Profundoplastia	2	7,14
<b>Empeoramiento de los síntomas:</b>			
	Simpatectomía lumbar (seguida de «by-pass» fémoro-poplíteo)	1	3,57

## Discusión

La enfermedad oclusiva aterosclerótica en pacientes jóvenes es bastante poco frecuente. En 1964, DeBakey y col. (1) informaron de 47 pacientes menores de 40 años con enfermedad oclusiva de extremidades inferiores entre 3.500 casos, lo que

representaba sólo 1,4% en su serie total. **Najafi** y col. (2), en 1970, informaron sobre 59 pacientes con un promedio de edad de 40,9 años, lo que representaba el 4% de su total de 1.500 pacientes con insuficiencia arterial de extremidades inferiores. **Pairolero** y col. (3) informa sólo de 24 pacientes menores de 35 años, durante un período de 30 años en la Clínica Mayo. **Mc Cready** y col. (4) identificaron 25 pacientes que requirieron reconstrucción vascular periférica.

El diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con enfermedad oclusiva arterial incluye arteriosclerosis obliterante, traumatismo, enfermedad de Buerger, arteritis de Takayasu, ergotismo, collagenosis vasculares, enfermedad fibromuscular, coartación de aorta, fibrosis de la aorta por irradiación, síndrome de atrapamiento de la poplítea y enfermedad quística de la adventicia de la arteria poplítea (3). Excepto en lo que se refiere a la arteriosclerosis y traumatismo, las otras etiologías son totalmente poco comunes.

Cerca de la mitad de nuestros pacientes presentan lesiones aorto-ilíacas, lo que apoya la naturaleza degenerativa de la enfermedad arterial en contraste con la típica localización distal de la enfermedad de Buerger. Por otra parte, en todos los pacientes que sufrieron tromboendarterectomía se encontró fácilmente un plano de disección. Es nuestra opinión que los pacientes jóvenes con enfermedad oclusiva aterosclerótica presentaban un estadio «temprano» de enfermedad, por lo menos en la mayoría de los casos, la evolución del cual se ve ciertamente afectada por las condiciones metabólicas y por los hábitos de vida de los pacientes (5, 6, 7).

Encontrar el «primum movens», es decir, si se trata de una enfermedad arterial degenerativa primitiva o de una enfermedad degenerativa que afecta a las arterias deterioradas por el efecto crónico de los factores externos es difícil y constituye también el límite de un tratamiento etiológico, ya que es a menudo necesario planificar intervenciones subsiguientes en años sucesivos (4).

En cuanto a lo que a la elección terapéutica se refiere, de acuerdo con nuestra experiencia podemos manifestar que únicamente la cirugía demuestra ser efectiva. Esta efectividad puede parecer fuera de toda duda para las lesiones aorto-ilíacas, en las cuales el único problema es la elección de un «by-pass» en lugar de una tromboendarterectomía, según las preferencias del cirujano y su personal experiencia (8). La misma opinión no es tan ampliamente aceptada cuando se refiere al tratamiento de lesiones más distales. Sin embargo, nosotros creemos que en tales casos, a condición de que la indicación quirúrgica sea correcta y basada en la evaluación de los hallazgos angiográficos, fotopletismografía, presiones segmentarias y el índice de presión del tobillo evaluada mediante Doppler, los resultados que podemos obtener son satisfactorios; es decir, la completa curación de las lesiones isquémicas, el paso de un estadio III a un estadio II o desde un avanzado estadio II a un estadio II intermedio o precoz. Por otra parte, está fuera de duda que se consigue un beneficio social y psicológico en estos pacientes.

Un cirujano que trata pacientes con enfermedad oclusiva aterosclerótica debe tener en cuenta todas estas posibilidades y por lo tanto considerar que tales pacientes pueden requerir ulteriores intervenciones, siempre que modificaciones debidas al tratamiento inicial hagan posible llevar a cabo una segunda y más radical intervención que se ajuste a la nueva situación y a la poca edad de los pacientes.

## RESUMEN

Los autores exponen su experiencia en materia de enfermedad oclusiva aterosclerótica de las extremidades inferiores en un grupo de 29 pacientes, de 40 años o más jóvenes, discutiendo las causas de admisión hospitalaria, la localización de las lesiones y el tipo de tratamiento quirúrgico llevado a cabo. Los resultados, incluso teniendo en cuenta que la media de seguimiento no supera los 4 años, confirman la efectividad del tratamiento quirúrgico, por medio del cual ha sido posible conseguir en todos los casos un cambio en el estadio clínico de la enfermedad arterial.

## AUTHORS'S SUMMARY

The Authors report their experience in matter of atherosclerotic occlusive disease of the lower limbs in a group of 29 patients, 40 years of age or younger, discussing the causes of hospital admission, the site of lesions and the type of surgical treatment performed. The results, even if the mean follow-up period is not longer than 4 years, confirm the effectiveness of the surgical treatment, by which it was possible to achieve in all cases a change in the clinical stage of the arterial disease.

## BIBLIOGRAFIA

1. DEBAKEY, M. E.; CRAWFORD, E. S.; GARRET, E.; COOLEY, D. A.; MORRIS, G. C. Jr.; ABBOT, J. P.: Occlusive disease of the lower extremities in patients 16 to 37 years of age. «Ann. Surg.», 159: 873, 1964.
2. NAJAFI, H.; OSTERMILLER, W. E.; ARDEKANI, R. G.; DYE, W. S.; Javid, H.; HUNTER, J. A.; JULIAN, O. C.: Aortoiliac reconstruction in patients 23 to 45 years of age. «Arch. Surg.», 101: 780, 1970.
3. PAIROLERO, P. C.; JOYCE, J. W.; SKINNER, C. R.; HOLLIER, L. H.; CHERRY, K. J. Jr.: Lower limb ischemia in young adults: prognostic implications. «J. Vasc. Surg.», 1: 459, 1984.
4. MCCREADY, R. A.; VINCENT, A. E.; SCHWARTZ, R. W.; HYDE, G. L.; MATTINGLY, S. S.: Atherosclerosis in the young: a virulent disease. «Surgery», 96: 863, 1984.
5. HUGHSON, W. G.; MANN, J. J.; GARROD, A.: Intermittent claudication: prevalence and risk factors. «Br. Med. J.», 1: 1379, 1978.
6. JUERGENS, J. L.; BARKER, N. W.; HINES, E. R. Jr.: Arteriosclerosis obliterans: review of 520 cases with special reference to pathogenetic and prognostic factors. «Circulation», 21, 188, 1960.
7. KANNEL, W. B.; MCGEE, D.; GORDON, T.: A general cardiovascular risk profile: the Framingham study. «Am. J. Cardiol.», 38: 46, 1976.
8. PICETTI, C.; ZUCCHELLI, A.: Las arteriopatías arterioscleróticas de los miembros inferiores del adulto joven. «Angiología», 36: 244, 1984.