

Cartas al director

Miguel A. Marco Luque
Director de la revista «Angiología»

Sr. Director:

Hemos leído con especial interés el artículo «Necrosis glútea tras reparación quirúrgica de un aneurisma aorto-ilíaco: A propósito de un caso» de los Dres. I. Vega Encina et al. publicado en *Angiología*, 1998; 2:87-90.

El motivo de la presente «Carta al Director» es plantear una serie de consideraciones en relación al caso clínico publicado. Según los autores, la fisiopatología de la necrosis cutánea es la no reimplantación de las arterias hipogástricas, con ligadura proximal y distal de ambos ejes ilíacos con el fin de excluir sendos aneurismas ilíacos. A nuestro entender no se puede excluir que la mencionada necrosis glútea fuera el resultado de una embolización cutánea en la región pélvica procedente del trombo mural aórtico y desencadenada por el clampaje (1, 2, 3). Con el fin de aclarar ciertas dudas, nos sería de utilidad conocer algunos datos técnicos que no constan en la descripción del Caso Clínico: ¿se realizó una biopsia cutánea de la piel afectada por la necrosis para descartar un ateroembolismo como causa de la complicación?; ¿se utilizó heparina sódica sistémica previa al clampaje aórtico?; ¿se clamparon las arterias ilíacas antes del clampaje de la aorta infrarenal?

A pesar de ser una entidad clínica poco frecuente, existen varias series publicadas en la literatura médica que hacen referencia a esta grave complicación (1, 2, 3, 4, 5, 6). La mayoría de los casos de ateroembolismo son consecuencia de estudios angiográficos o cirugía del sector aorto-ilíaco en pacientes con enfermedad arteriosclerótica o aneurismática de la aorta, aunque tam-

bien puede ser una manifestación inicial de la enfermedad vascular. El órgano o nivel anatómico afectado puede ser, por orden de frecuencia, la piel de los pies («trash foot» en terminología anglosajona), los riñones, la piel de la región pélvica, la musculatura gemelar y el aparato digestivo (3, 4, 5, 6). Se recomienda la biopsia cutánea o muscular para confirmar el diagnóstico clínico (3, 4, 6) y la tomografía computerizada y la angiografía para la localización topográfica de la enfermedad vascular aórtica y su extensión. La estrategia terapéutica consiste en tratamiento trombolítico, anticoagulante o antiagregante plaquetario como tratamiento «específico» del cuadro ateroembólico, además de la frecuente amputación o desbridamiento amplio del órgano o zona cutánea afectada y la sustitución quirúrgica del sector arterial para prevenir nuevos episodios ateroembólicos (1, 2, 3, 5), en el caso de que el ateroembolismo sea la forma de presentación clínica inicial de la enfermedad vascular. Si el órgano afectado es el riñón, es frecuente la hemodiálisis por insuficiencia renal irreversible (3, 6). Para finalizar, podemos señalar que algunos autores consideran el ateroembolismo distal una complicación muy grave, con mortalidad comparable a la de los aneurismas de la aorta abdominal con ruptura asociada (5) o como signo de mal pronóstico de la enfermedad vascular (3).

BIBLIOGRAFIA

- SHARMA, P. V. et al.: Changing patterns of atheroembolism. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1996; 5:573-79.

2. KEEN, R. R. et al.: Surgical management of atheroembolization. *J. Vasc. Surg.*, 1995; 21:773-80.
3. KAUFMAN, J. L. et al.: Disseminated atheroembolism from extensive degenerative atherosclerosis of the aorta. *Surgery*, 1987; 102:63-70.
4. PIZZOLITO, S. et al.: Atheroembolism: A form of systemic vascular disease. *Pathologica*, 1991; 83:147-58.
5. BAXTER, B. T. et al.: Distal embolization as a presenting symptom of aortic aneurysms. *Am. J. Surg.*, 1990; 160(2):197-201.
6. DUMAZER, P. et al.: Renal cholesterol embolisms: A propos of 6 case reports. *Nephrologie*, 1988; 9:67-72.

Atentamente,

*Dr. Carles Corominas Roura
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital SON DURETA
Palma de Mallorca (I. Balears)*