

Obstrucciones arteriales aguda *

P. J. ALJAMA PEREZ DE LA LASTRA, A. GARCIA VILLANUEVA y
F. HIGUERO MORENO

Departamento de Cirugía (Prof. F. de la Cruz Caro)
Facultad de Medicina de Cádiz (España)

Recogemos en esta Comunicación los resultados obtenidos en la desobstrucción de un grupo de 12 enfermos tratados en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Cádiz en los Servicios de Patología Quirúrgica de los Profesores **F. de la Cruz Caro** y **F. Garrido García**.

Las obliteraciones arteriales agudas comprenden un capítulo de extrema importancia dentro del ejercicio habitual de la Medicina, donde el factor tiempo tiene un valor decisivo en el porvenir del miembro y en la vida del paciente. Son, pues, fundamentales la apreciación de los signos de frialdad, palidez marmórea, dolor e insensibilidad que nos ponen de manifiesto la existencia de un miembro en isquemia, ante el cual no existe dificultad en sentar un diagnóstico con gran precisión y, en la mayoría de los casos, con verdadera exactitud topográfica y decidir el tratamiento desobstructivo. Otras veces, la existencia de una estenosis mitral, arritmia, fibrilación, infarto, etc., nos inclina a pensar, según la edad y sexo, en un cuadro embólico o bien, si el paciente con anterioridad padecía una claudicación, diabetes y una edad avanzada, en un proceso trombótico.

No es infrecuente que el proceso se manifieste por síntomas menos llamativos, donde la palidez se sustituye por cianosis, el dolor es soportable y la sensibilidad y los movimientos estén conservados, es decir, el déficit circulatorio es ligero de inicio. Son precisamente en estos casos, en los que con frecuencia se distancia o prolonga la indicación quirúrgica, en los que obtenemos los resultados más precarios.

Con arreglo a estos criterios pasamos a comentar los aspectos peculiares de nuestros enfermos:

A) Edad

Se distribuyen de la siguiente manera:

Menos de 30 años	0	
De 31 a 40 años	1	(6,66 %)
De 41 a 50 años	2	(13,33 %)
De 51 a 60 años	5	(33,33 %)

(*) Comunicación a las XIX Jornadas Angiológicas Españolas. Mayo 1973. Jerez de la Frontera (Cádiz).

De 61 a 70 años	3	(20,00 %)
Más de 70 años	4	(26,66 %)

Edad Media: 59,66 años

Observamos que la mayor incidencia corresponde a los enfermos de edades comprendidas entre 50 y 60 años.

B) Sexo

El predominio corresponde a las hembras con el 66,66 %.

Varones	5	(33,33 %)
Hembras	10	(66,66 %)

C) Causas de la obliteración

Hemos observado 8 casos de trombosis agudas y 7 de embolias. Entre los primeros tenemos 5 debidas a isquemia crónica arterioesclerótica; 1 por herida quirúrgica de la arteria iliaca izquierda en el curso de una histerectomía; 1 a causa de accidente en una arteriografía renal; y, 1 de origen desconocido, en una enferma joven que de manera brusca e inesperada presenta una ascitis importante acompañada de hidrotórax derecho y que las pocas horas de sufrir sendas punciones evacuadoras presenta un cuadro obstructivo agudo que nosotros atribuimos a la brusca deplección ascítica.

Dentro del segundo grupo de causas de obliteración recogemos 7 casos de embolias distribuidos de la siguiente forma: 5 estenosis mitrales con arritmia completa y fibrilación auricular; 2 casos en los que no se pudo evidenciar la causa embolígena responsable del cuadro.

D) Localización de la obstrucción

Sector aorto-iliaco	1	(6,66 %)
Iliaca	4	(26,66 %)
Femoral	8	(53,33 %)
Poplítea	1	(6,66 %)
Axilar	1	(6,66 %)

Como puede apreciarse existe una mayor frecuencia de obstrucción a nivel del sector ilio-femoral, lo que concuerda con las observaciones de la mayor parte de los autores.

E) Tratamiento

Creemos de interés exponer cuáles son las pautas que seguimos en el curso del tratamiento de estos enfermos:

1) Preparación previa:

- Heparina intravenosa: 75-100 mg./3-4 horas.
- Espasmolíticos intensos: Papaverina endovenosa a dosis de 500 mg./8-12 horas.

- c) Analgésicos no depresores del centro respiratorio.
- d) Tratamiento general del paciente con vistas a la intervención quirúrgica, sin que ello pueda significar en general una demora injustificada para la práctica de la intervención.

2) Anestesia:

La mayor parte de nuestros enfermos han recibido una anestesia general, aunque en algunos casos en los que existía gran deterioro del estado general con evidente riesgo para este tipo de anestesia han sido intervenidos previo bloqueo epidural anestésico.

3) Intervención quirúrgica:

Ha sido llevada a cabo con arreglo a los tiempos y maniobras clásicas: Disección de la arteria femoral con exposición de las dos ramas, superficial y profunda; arteriotomía transversal a nivel de femoral común; Introducción del balón-sonda de Fogarty; desobstrucción en ambas direcciones y ambas femorales; lavados con suero heparinizado; cierre de la arteriotomía con sutura eversante continua con seda atraumática de 0000-000000 (Figs. 1, 2, 3 y 4).

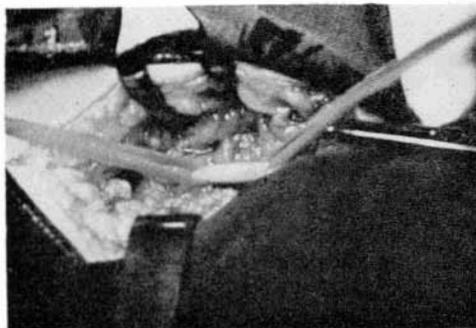


FIG. 1

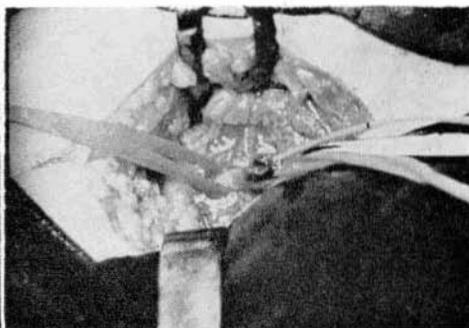


FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4

4) Cuidados postoperatorios:

- a) Cobertura del miembro para disminuir las pérdidas de calor.
- b) Heparinización en los casos en los que el estado de las paredes arteriales o la naturaleza del proceso causal así lo indiquen.
- c) En los enfermos de avanzada evolución o en los que tras la desobstrucción se aprecian importantes territorios isquemiados, recomendamos el empleo de «plasma-exapanders».
- d) En los casos muy evolucionados, con edemas del miembro, durante el mismo acto quirúrgico o inmediatamente posterior hacemos fasciotomías, para evitar compresiones a nivel del territorio de la arteria tibial anterior.

F) **Resultados**

En principio queremos hacer resaltar la importancia que para la evaluación de los resultados tiene la antigüedad de la obstrucción. En nuestros casos, solamente un 20 % nos llegó dentro de las primeras 10 horas. Entre las 10 y 24 horas tuvimos un 33,33 %; otro 20 % entre 1-2 días, y un 26,66 % con más de 48 horas obstruido.

Como es lógico, tenemos los mejores resultados dentro de los del primer grupo, como puede apreciarse en la tabla correspondiente, alcanzando un 66,66 % de resultados óptimos, con un fallecimiento por causas ajenas al proceso obstructivo (corresponde a la enferma de la ascitis e hidrotórax ya comentada).

Entre los del segundo grupo (10-24 horas de evolución) se aprecia un 80 % de buenos resultados y una amputación diferida en un enfermo al que se practica desobstrucción por una trombosis surgida en el curso de una exploración arteriográfica y en el que posteriormente aparece una gangrena, pese a la gangliectomía lumbar practicada, amputándosele a nivel del tercio inferior de muslo.

Entre los enfermos que nos llegaron con más de un día de evolución, se observa buenos resultados en el 66,66 % y una amputación diferida en un enfermo al que hubo que desobstruir en dos ocasiones y cuya heparinización estaba imposibilitada por la coexistencia del proceso arterial con una neoplasia gástrica sangrante.

Por último, entre aquellos pacientes que nos llegaron con más de 48 horas en obstrucción registramos los peores resultados: un 25 % de buenos resultados y 3 amputaciones inmediatas con una muerte.

RESULTADOS

Tiempo evolución	N.º	%	Buenos	Amputación		Muerte
				Inmediata	Diferida	
Menos de 10 horas	3	20	2 (66,6 %)			1 (33,3 %)
De 10 a 24 horas	5	33,3	4 (80 %)		1 (20 %)	
De 24 a 48 horas	3	20	2 (66,6 %)		1 (33,3 %)	
Más de 48 horas	4	26,6	1 (25 %)	3 (75 %)		1 (25 %)
TOTAL	15		9 (60 %)	3 (20 %)	2 (13,3 %)	2 (13,3 %)

RESUMEN

Se exponen los resultados habidos en las desobstrucciones arteriales en los casos de obstrucción aguda, analizando la edad, sexo, causas de la oclusión, localización y tratamiento.

SUMMARY

A personal approach to the treatment of lower arterial acute occlusion is described. Desobstruction using a Fogarty catheter is employed.