



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

ETIOPATOGENIA, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO GENERAL DE LA  
 INSUFICIENCIA ARTERIAL CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Dr. Raúl Domínguez A.

En un porcentaje estimable en un 96% en nuestra casuística, la insuficiencia arterial de los miembros inferiores reconoce como factor patogénico a la arteroesclerosis. Dentro de los elementos que favorecen el desarrollo de esta enfermedad se encuentran factores genéticos, de alteración metabólica ( elevación del colesterol ) y de los fosfolípidos plasmáticos ), de trastornos neurovegetativos que conducen a la vaso-constricción sostenida ( donde el cigarrillo juega un importante papel ) y por último la inactividad muscular propia de la vida sedentaria. El 4% de las obliteraciones arteriales son producidas por la tromboangietis obliterante, arteriopatía juvenil muy rara entre nosotros.

El diagnóstico general de insuficiencia arterial de los miembros inferiores se basa en las consideraciones anamnéticas de claudicación intermitente, dolor de reposo y aparición de lesiones tróficas ( necrosis y gangrena). Debemos insistir en que el reconocimiento adecuado de la claudicación intermitente es fundamental, ya que ésta es una manifestación patognomónica de la insuficiencia arterial.

En el examen físico la detección de los pulsos permite no sólo confirmar la obliteración arterial sino también clasificar al enfermo en relación con la altura de la obstrucción del vaso. Si los pulsos femorales se encuentran abolidos o disminuidos de intensidad con soplo sistólico presente, uni o bilateralmente, concluiremos que la obliteración se encuentra a nivel de las ilíacas o de la aorta.



Este enfermo será catalogado como portador de una Obliteración Aorto-Iliaca. Si los pulsos femorales son normales y faltan los pulsos distales ( poplíteo, tibial posterior y pedio ), la obstrucción estará situada en cualquier altura de las arterias femoral superficial poplítea o tibiales y el paciente llevará el diagnóstico de Obliteración fémoro-poplítea.

En la obliteración aorto-iliaca el método radiológico a usar es la aortografía translumbar que permite la visualización de toda la aorta abdominal y las arterias de los miembros inferiores. En la obliteración fémoro-poplítea es la arteriografía femoral la base del estudio radiológico, dándosele especial importancia cuando es necesario a las placas tardías para visualizar las arterias de la piena distales y los vasos del pie ( especialmente en diabéticos ). A medida que se ha ido incrementando la experiencia en cirugía arterial, la aortografía ha ido reemplazando a la arteriografía femoral por la necesidad de obtener una información más amplia del árbol arterial.

En líneas generales el tratamiento de la insuficiencia arterial de los miembros inferiores puede ser médico o quirúrgico.

El tratamiento médico lo utilizamos básicamente en dos circunstancias:

- 1° En la insuficiencia arterial crónica de cualquier tipo en que la claudicación intermitente sea moderada ( sobre 250 metros ) o en pacientes con condiciones generales que no hacen aconsejable la cirugía. En estos casos el tratamiento consiste en el uso de Silpromín o Complamina por vía intramuscular y oral combinadas ( 1 ampolla y 4 tabletas diarias ) o bien solamente la vía oral.
- 2° En la trombosis arterial aguda de cualquier localización, con excepción de dos situaciones:
  - a. En la trombosis aguda ascendente de la aorta; y
  - b. Cuando los signos isquémicos son excepcionalmente intensos y progresivos.



En nuestra experiencia, la mayor parte de los enfermos con trombosis agudas permite el tratamiento médico inicial que tiene la triple ventaja de dar tiempo para la evaluación completa del enfermo, para estimular el desarrollo de circulación colateral y para detener la actividad plasmática trombógena siempre presente en estos casos. En la trombosis aguda utilizamos lo que denominamos tratamiento intensivo de la insuficiencia arterial. Este consiste en:

- a. Reposo en cama en posición de Trelenburg invertido;
- b. Heparina 50 mgrs. endovenosa cada 6 horas durante 4 días, cada 8 horas durante 3 días, cada 12 horas durante 2 días, y una sola dosis el último día;
- c. Simultáneamente, Silpromin 2 ampollas y 4 tabletas diarias hasta el décimo día. Posteriormente estudio radiológico y cirugía de revascularización de acuerdo con el caso.

La vía intraarterial para la introducción de un cóctel de vasodilatadores constituye también una medida eficaz de tipo médico en el tratamiento de la insuficiencia arterial.

El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia arterial involucra la rigurosa selección de los enfermos en dos sentidos.

- a. Determinando la real incapacidad física a través de la distancia de claudicación, y
- b. Evaluando el estado circulatorio coronario, cerebral y renal, como asimismo considerando la presencia de hipertensión arterial y diabetes.

En nuestra experiencia hemos utilizado esencialmente el principio quirúrgico del by pass, que permite la derivación del flujo sanguíneo hacia las partes distales permeables de la arteria obstruida.

En la obliteración aorto-iliaca efectuamos el by pass aorto-femoral bilateral con una prótesis bifurcada de Dacron. Es importante hacer notar que las anastomosis distales se ejecutan frente a la bifurcación de la arteria femoral común, permitiendo que el flujo siga la vía de la femoral profunda, lo

La vía intraarterial para la introducción de un cóctel de vasodilatadores constituye también una medida eficaz de tipo médico en el tratamiento de la insuficiencia arterial.



que es particularmente importante cuando está obstruída concomitantemente la femoral superficial. Cuando esta última arteria está ocluída, la femoral profunda adquiere un rol compensatorio de primera importancia, lo que se manifiesta por su elongación y aumento del calibre. Junto con el by pass aorto-femoral practicamos una simpatectomía lumbar bilateral con el doble objetivo de irrigar la piel y disminuir la resistencia periférica distal de la extremidad, creándose un gradiente presoria que asegura un mejor funcionamiento del by pass.

En la obliteración fémoro-poplítea efectuamos el by pass con vena safena interna del propio enfermo desde la femoral común a la poplítea distal por debajo de la interlínea de la rodilla. Las operaciones de by pass distales a las arterias pedias o tibial, efectuadas con vena, las reservamos como medida de salvataje de la extremidad en pacientes con intenso dolor de reposo o necrosis incipiente del pie. Requisito indispensable para esta forma de revascularización es la demostración arteriográfica de arterias distales permeables y la comprobación operatoria del estado de la arteria y su flujo retrógrado desde el pie.

La simpatectomía lumbar tiene un rol bien definido en la complementación de la reconstrucción arterial a cualquier nivel que ésta se efectúe, por las razones ya expuestas. También tiene una indicación cada vez más restringida en pacientes con un árbol arterial no susceptible de revascularizar o cuando el equipo quirúrgico no tiene los medios o la experiencia para efectuar cirugía arterial.

En general, no efectuamos intervenciones de tromboendarterectomía de largos segmentos arteriales ( tipo Vollmar ). En cambio este procedimiento lo practicamos frecuentemente a nivel de la femoral común y profunda en el by pass aorto-femoral. En las obstrucciones segmentarias de femoral superficial preferimos el by pass fémoro-poplíteo a la endarterectomía localizada seguida o no de parche venoso.