

Oclusiones arteriales crónicas de miembros inferiores

(Indicaciones y Resultados del tratamiento quirúrgico)

Dr. PATRICIO WELSH

La oclusión arterial crónica de los miembros inferiores es producida en la inmensa mayoría de los casos por la aterosclerosis. La tromboangeitis obliterante de Buerger y otros tipos de arteritis no corresponden a más del 2 ó 3 % de los casos y generalmente comienza antes de los 40 años. Pero es, asimismo, importante considerar que vemos con cierta frecuencia lesiones ateroscleróticas en personas menores de 40 años.

El diagnóstico de la oclusión arterial crónica de los miembros inferiores se hace prácticamente siempre con un buen examen clínico. La exploración instrumental agrega muy poco en la práctica clínica. En los últimos años hemos utilizado la medición segmentaria de presiones en ambos miembros inferiores con el detector ultrasónico de sonido (Doppler), tanto en reposo como en ejercicio, y creemos que éste es un método muy útil para poder objetivar el grado de isquemia cuando se presentan algunas dificultades de diagnóstico como ser las estenosis leves, la asociación con problemas venosos, los diabéticos con neuropatía y el control postoperatorio alejado.

La arteriografía debe ser efectuada solamente cuando se considera la probabilidad quirúrgica, pues no tiene sentido efectuarla como simple medio diagnóstico. Cuando está indicada, nosotros somos partidarios de la aortografía por punción translumbar en las oclusiones aorto-ilíacas o la arteriografía femoral por punción de femoral común en las oclusiones femoro-poplíteas, obteniendo radiografías de las zonas a estudiar. En más de 2.000 arteriografías no hemos tenido ninguna complicación con este método. Otros prefieren el cateterismo y la cineangiografía, pero este procedimiento es más complicado, requiere un equipo radiográfico más complejo y, por lo tanto, más caro y puede ocasionar la trombosis de la arteria humeral. La definición que brinda la radiografía para observar lesiones leves en el lecho distal es muy superior al que se observa en el cine.

La indicación quirúrgica se establece fundamentalmente en base a los síntomas de isquemia y la presencia de enfermedades asociadas.

Los pacientes asintomáticos (grado I) con una oclusión arterial periférica no requieren ningún tipo de tratamiento quirúrgico.

La claudicación intermitente (grado II) tiene una indicación quirúrgica electiva, pues en este estadio no hay riesgo de pérdida de la extremidad. Si la claudicación es de tal magnitud que limita la actividad diaria del paciente y no existen enfermedades asociadas (renales, cardíacas, pulmonares) de importancia, el tratamiento quirúrgico es lo más aconsejable, pues los vasodilatadores tienen muy poca eficacia. Por el contrario, si la claudicación es leve (300-400 m.) y existen afecciones asociadas graves, es preferible abstenerse de la cirugía. Entre estos dos extremos existe una variedad de situaciones clínicas que deberán ser resueltas en forma individual de acuerdo al grado de isquemia, la gravedad de

las enfermedades asociadas, la localización de la oclusión y el tipo de cirugía que requeriría su corrección. En general el tratamiento quirúrgico de una oclusión aorto-ilíaca requiere que el enfermo se halle en mejores condiciones que para operar una oclusión poplítea, pues en estos casos el riesgo quirúrgico es mucho menor. Asimismo, nosotros hemos operado varios pacientes de más de 70 años con claudicación a los 100 m. por una oclusión ilíaca unilateral en los que se pudo hacer un bypass femoro-femoral cruzado, operación de muy bajo riesgo (1 %) y con excelentes resultados.

El dolor de reposo (grado III) y los trastornos tróficos como la ulceración o gangrena (grado IV) imponen la necesidad de un tratamiento quirúrgico, pues en estas condiciones la evolución natural a corto plazo es la pérdida de la extremidad. En estos enfermos el tratamiento médico no tiene ninguna indicación y sólo consigue dilatar la única posibilidad de curación que es la revascularización.

El tipo de operación a efectuar, su riesgo y los resultados dependen principalmente de la localización de la obstrucción y del grado de isquemia.

Las oclusiones aorto-ilíacas son tratadas preferentemente mediante un bypass aorto-bifemoral con prótesis bifurcada de Dacron. En general nosotros somos partidarios del método del bypass y recurrimos sólo excepcionalmente a la endarterectomía. Toda la cirugía arterial directa se basa sobre el hecho de contar con un sector permeable distal a la oclusión para poder construir así una derivación en bypass. Las oclusiones aorto-ilíacas tienen prácticamente siempre un lecho distal permeable y en nuestra experiencia, sobre más de 450 enfermos operados de esta localización, solamente en 3 no pudimos efectuar una adecuada revascularización. En el 70 % de las oclusiones aorto-ilíacas se encuentra una oclusión asociada femoro-poplítea y en éstos se puede obtener una adecuada revascularización en la femoral profunda. En estudios intraoperatorios de medición de flujo sanguíneo hemos observado que con esta sola arteria se pueden obtener flujos de alrededor de 280 ml/min., en tanto que cuando la femoral superficial también se halla permeable llega a los 415 ml/min. En estas lesiones asociadas la corrección del segmento aorto-ilíaco solamente es suficiente en el 90 % de los casos.

El bypass aorto-bifemoral tiene una mortalidad quirúrgica del 3 a 4 %. En nuestra experiencia, al cabo de 8 años se halla permeable el 90 % de aquellos operados por claudicación, el 85 % de los operados por dolor de reposo y el 80 % de los operados por gangrena.

El bypass aorto-bifemoral no debe realizarse si coexisten severas lesiones cardiopulmonares, por lo que cuando estos enfermos llegan a isquemias graves (grados III y IV) es necesario efectuar otro tipo de operación para evitar la amputación. Nosotros hemos empleado el bypass axilo-femoral y el femoro-femoral en unos 100 enfermos, operación que puede hacerse con anestesia local y muy bajo riesgo quirúrgico y hemos obtenido buenos resultados alejados en el 80 % de los casos. El flujo que brinda esta operación es similar al bypass aorto-femoral, pero como sus resultados alejados no son tan buenos debe reservarse para los pacientes en los cuales no se puede hacer una laparatomía. Pensamos, sin embargo, que mediante su utilización pueden evitarse el 80 % de las amputaciones en este grupo de pacientes de alta gravedad.

Los enfermos con una oclusión arterial más periférica, es decir, aquellos que tienen presente un buen pulso femoral, tiene un lecho distal permeable en el 80 % de los casos. Es decir, que en un 20 % no podrá hacerse cirugía arterial directa. Este grupo es sólo pasible de beneficiarse con una simpaticectomía lumbar, pero en nuestro concepto esta operación está indicada solamente en los casos de dolor de reposo leve o lesiones tróficas muy localizadas. La simpaticectomía no evita amputaciones mayores ni mejora la claudicación.

En los pacientes con una oclusión de femoral superficial y/o poplítea alta la operación más adecuada es el bypass femoro-poplíteo con vena safena autóloga.

La calidad del lecho distal (bueno, regular, pobre, según el estado de las arterias tibiales) tiene un valor pronóstico de importancia. Asimismo, el calibre de la vena safena es un factor muy importante. Por estos motivos pensamos que los pacientes con claudicación solamente no deben ser operados si el lecho distal es malo o la vena safena de pequeño calibre. Pero los enfermos de grados III o IV deben ser revascularizados cualquiera sea el tipo de lecho distal. En algunos casos hemos recurrido al homoinjerto venoso cuando el paciente carecía de vena safena.

La mortalidad quirúrgica de esta operación es menor del 1 %. Los fracasos inmediatos se deben fundamentalmente al tamaño inadecuado de la vena y a factores técnicos. El uso de un medidor de flujo intraoperatorio nos ha sido de gran utilidad para el pronóstico inmediato de un bypass. En nuestra experiencia, al cabo de 7 años la permeabilidad alejada del bypass femoro-poplíteo es del 70 %. Esta cifra es algo más elevada en los casos de lecho distal bueno.

Los fracasos alejados se deben fundamentalmente a la progresión de la enfermedad aterosclerótica. Pero también existe una patología propia de la vena safena implantada. Se puede observar en algunos casos una fibrosis subintimal o bien una hipertrofia de las válvulas. Es necesario un control cada seis meses de estos enfermos para detectar la presencia de un soplo o bien la determinación segmentaria de presiones con el Doppler. Estas lesiones pueden corregirse antes de que ocasionen la trombosis del injerto.

En caso de lesiones más extensas, que afecten también la poplíteo y el origen de sus ramas, puede extenderse el bypass hasta la tibial posterior a nivel del maleolo, a la peronea o aun a la arteria pedia. Esto es de suma utilidad especialmente en diabéticos, en que hemos podido obtener adecuadas revascularizaciones llevando el bypass a la peronea o a la pedia, que son las arterias que menos se afectan. Hemos observado que el flujo promedio de este bypass a las arterias tibiales es de 124 ml/min., en tanto que el bypass femoro-poplíteo tiene un flujo promedio de 140 ml/min. Estas revascularizaciones las hemos limitado a los grupos III y IV, o sea isquemias graves y hemos obtenido un 80 % de buenos resultados inmediato y un 60 % de permeabilidad alejada a los 6 años.

La cirugía arterial directa de las oclusiones crónicas de los miembros inferiores da en general muy buenos resultados con una baja morbimortalidad. En nuestra experiencia no hemos debido nunca efectuar una amputación a una extremidad operada por claudicación intermitente. Los fracasos inmediatos son generalmente debidos a factores técnicos y rara vez al mal estado del lecho distal. Los fracasos alejados son ocasionados habitualmente por el progreso de la enfermedad aterosclerótica y se ha observado que es mayor en aquellos que continúan fumando.

Los factores fundamentales que aseguran un buen resultado en esta cirugía son: adecuada selección del enfermo pero sin rechazar ninguno con isquemia grave, buen estudio arteriográfico y técnica quirúrgica depurada y sin errores.