

DOS CASOS CON SINDROME ISQUEMICO AGUDO DE EXTREMIDADES INFERIORES

Dr. A. AMATLLER TRIAS

Del Servicio de Cardiología de la Clínica Médica B del Prof. Dr. Soriano
y del Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Clínica de
Patología Quirúrgica A. del Prof. Dr. Arandes

CONSIDERAMOS de interés el comentario clínico de estas dos observaciones, por la importancia que revisten en la práctica clínica diaria.

Síndrome de embolia en una trombosis de extremidad inferior

Esta observación, que fué presentada en la Sesión de Angiología del curso anterior, se refiere a una enferma de 54 años que ingresó en el Servicio del Prof. ARANDES por gangrena de su extremidad inferior izquierda, debida a un cuadro de isquemia agudo e intensamente doloroso, de comienzo brusco, que obligó a la amputación.

Durante unos tres años antes de este accidente, y por presentar intensa disnea de esfuerzo, fué considerada afecta de estenosis mitral, y tratada con tónicos cardíacos. Pero la atenta exploración de esta enferma no permitió confirmar este diagnóstico y, en cambio, puso de manifiesto una anemia intensa, hipocrómica, que obedecía a una hernia de hiatus ignorada por completo.

El interrogatorio minucioso no pudo evidenciar que hubiera precedido a este grave accidente vascular el menor síntoma expresivo de un trastorno del riego sanguíneo de extremidades inferiores.

Es, por lo tanto, evidente que la disnea de esfuerzo que desde hacía años padecía la enferma, obedecía a una anemia crónica simultánea a una cardioesclerosis, y que su accidente vascular agudo debía ser calificado de trombosis aguda post-hemorrágica (está demostrado el aumento de coagulabilidad sanguínea posthemorrágica) en una enferma con arterioesclerosis de sus extremidades. La anatomía patológica de la pierna amputada confirmó que esta interpretación era correcta.

Síndrome de trombosis de extremidad inferior en un caso de embolia

Vimos de urgencia, por haber presentado súbitamente una paraplegia de ambas extremidades inferiores, precedida de ligeras parestesias y sensación de peso en el hipogastrio y muslo izquierdo, a

un enfermo de 56 años, con una estenosis mitral y arritmia completa por fibrilación auricular, de una tolerancia perfecta, por cuyo motivo fué ignorada dicha cardiopatía durante muchos años.

La exploración demostró una hipotermia y anestesia táctil e impotencia muscular absoluta, con ausencia de pulso y oscilometría de 0 a lo largo de ambas extremidades inferiores, junto con un estado colapsiforme, con sudor frío, pegajoso e intenso.

Se administró por vía venosa 0,35 gr. de papaverina, anticoagulantes y analépticos, sin conseguir la más mínima mejoría del cuadro, en vista de lo cual fué establecida la indicación de embolectomía, que practicada por el Prof. ARANDES, extrajo un émbolo a nivel de bifurcación aórtica que ocluía completamente la íliaca izquierda, e iniciaba el cabalgamiento de la derecha, comprobándose la integridad de la pared arterial.

Inmediatamente después de la embolectomía, reapareció el latido de la arteria íliaca derecha, mientras en la izquierda, a pesar del evidente flujo sanguíneo, no se consiguió que pulsara. En el muslo derecho apareció una oscilometría de uno, mientras en el resto de la pierna y toda la extremidad inferior izquierda continuó siendo de cero.

Durante las primeras 24 horas, el estado del enfermo se mantuvo estacionario, volviendo a cero la

oscilometría en el muslo derecho, muriendo con un cuadro de colapso a raíz de un dolor abdominal súbito e intenso.

Creemos interesante reseñar que unas tres semanas antes de este cuadro fué tratado de un proceso pulmonar calificado de congestión pulmonar, y a los pocos días por un supuesto cólico nefrítico.

El comentario de estos casos sugiere las siguientes observaciones:

¿Qué medios precisos de exploración local permiten diferenciar estos casos de embolia indolora (poco frecuentes) de la trombosis y, a la inversa, diferenciar las trombosis agudas dolorosas de la embolia?

¿Cuál es el valor de la anestesia y cuándo es más precoz su aparición, en la trombosis o en la embolia?

Debemos reconocer no haber hallado una respuesta concluyente a estas preguntas y la indudable dificultad y aun imposibilidad en el diagnóstico diferencial entre embolia y trombosis, únicamente por la exploración local, especialmente en los enfermos de avanzada edad, con cardiopatía embolígena e indudable arterioesclerosis más o menos intensa de sus extremidades.

El hecho de que el dolor súbito e intenso sea más frecuente en la embolia y falte en la trombosis, como vemos, no puede en un caso determinado considerarse como es-

pecífico de ninguna de las dos causas de isquemia de las extremidades, y continúa siendo la exploración clínica completa del enfermo el medio más eficiente de diagnóstico causal del síndrome isquémico de las extremidades.

Este diagnóstico es de trascendencia, no sólo para la terapéutica inmediata del síndrome, sino también para su profilaxis.

En la embolia debemos señalar el reconocimiento actual, por todos los autores, de la necesidad del diagnóstico y terapéutica desfibri-

latoria precoz para restablecer el ritmo sinusal.

Por último, no queremos silenciar que, en el segundo enfermo, es evidente que días antes de su accidente isquémico agudo de ambas extremidades inferiores, tuvo unos accidentes microembólicos, no tratados como tales, y que en caso de haber sido correctamente diagnosticados, la terapéutica anticoagulante adecuada posiblemente hubiese evitado el crecimiento del trombo auricular y con ello el cuadro embólico final, del que el enfermo no pudo sobrevivir.