

TRES OBSERVACIONES OPERATORIAS SOBRE SINDROME DE CANAL DE HUNTER EN ARTERIOPATIAS CRONICAS (*)

Dr. Fernando M. Bustos (Bs. As.)

Guiado por los conceptos expresados por el Profesor Palma en el último Congreso Internacional reunido en Bs. Aires, he explorado el canal de Hunter en tres casos de arteriopatías crónicas y he encontrado allí alteraciones anatomopatológicas tan groseras, del tipo fibro adhesivo, englobando a la arteria femoral, que no dejaban lugar a dudas sobre su acción perniciosa sobre la circulación subyacente.

Considero de utilidad hacer conocer estas observaciones cuyas historias clínicas, muy resumidas, son las siguientes:

1er. CASO. — Historia N° 45561. 3ª Cátedra de Clínica Quirúrgica. Cama 10. Hospital Ramos Mejías. Bs. As. E. D., de 47 años de edad, italiano. Padece de claudicación y dolores en miembro inferior izquierdo desde hace un año. Ha sido tratado con cianuro, Priscol (80 inyecciones), papaverina, novocaína intraarterial, y por fin, una gangliosimpaticectomía lumbar izquierda.

Las mejorías fueron precarias y breves.

Luego se practica tratamiento con Etamonio, con resultado pasajero. Al ingresar al Servicio el enfermo no puede marchar más de 40 metros debido a los dolores y a la claudicación.

Pie pálido, con manchas cianóticas, frío. Dolor a la presión de las masas musculares de la pantorrilla. No se perciben latido en pedía, tibial posterior ni en femoral.

Oscilaciones Ñ en tercio medio de pierna: no hay. En tercio medio de muslo, se comprueba media división.

No hay ningún antecedente de importancia.

Tensión arterial tomada en el brazo: Mx. 180, mn. 100.

Operación: 11 de agosto de 1950.

F. M. Bustos. Ayudantes: Dres. Cavanagh, Petisco, Calzetta.
Raquianestesia.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 29 de noviembre de 1950.

Se abre el canal de Hunter.

Descripción de lesiones: "Este canal está ocupado por un magma de tejido fibroso de neoformación que oculta a los elementos, envolviéndolos y aprisionándolos. Con prolija disección se individualiza a la arteria. No late. Está adherida a la vena y a las paredes del canal por intermedio del tejido de neoformación ya mencionado. El nervio safeno también está envuelto en el mismo tejido.

Se punza la arteria con aguja fina y apenas se consigue un poco de sangre por aspiración, en algunos puntos; en otros, no.

Resección de un trozo de arteria de 3 centímetros de largo. La luz está ocupada por tejido friable, amarillento.

Pasando el anillo del 3er. adductor, en dirección del hueso poplíteo, los vasos están libres.

Hacia arriba, hacia la vaina femoral, el aprisionamiento de los vasos por tejido fibroso, continúa.

Se secciona el tendón del tercer adductor. Cierre por planos.

Evolución. — A los 15 días de la operación caminaba 400 metros, sin molestias. En la actualidad, puede caminar una legua si es necesario. Hace todos los días 32 cuadras para ir y volver a su trabajo. Puede andar en bicicleta.

Resultado del examen anatomopatológico del trozo de arteria resecada: "Arteriopatía crónica obliterante con trombo organizado. Se ve un filete nervioso rodeado de tejido fibroso." (Informe del Dr. Eguía). Inclusión histológica N° 13380.

2º CASO. — Historia N° 45846. Del mismo Servicio de cirugía. R. B. español, de 45 años. Ingresó en diciembre del año 1949. Claudicación y dolores desde hacía un año. En los últimos tiempos los dolores se acentuaron de tal manera que le hacían insostenible la existencia. La claudicación llegó hasta impedirle caminar pocos metros.

Pie y pierna fríos, con placas de cianosis. No se palpan latidos arteriales ni en muslo ni en cuello de pie. No se registran oscilaciones ni en muslo ni en pierna. Se registra un chancro en uña ante edentes; hace 10 años.

Se hace tratamiento antilúético y bloqueo de simpático lumbar. No mejora.

Simpaticectomía lumbar en enero de 1950 (Dr. García Rubio).

Reaparece un poco de calor en el miembro, pero el alivio del dolor fué pasajero. Aparece una placa de gangrena en talón.

Mayo, 1950: Resección de 3 centímetros de iliaca primitiva trombada (Dr. Basch).

Calmaron los dolores, cae la escara del talón. Queda una úlcera sin tendencia a cicatrizar. El enfermo no ha podido caminar.

31 de agosto de 1950: Operación sobre el canal de Hunter.

Dr. F. M. Bustos. Ayudantes: Dres. Cavanagh, Bustos (h.) y Kitainik. Raquianestesia.

Se abre el canal de Hunter.

Descripción de lesiones: Al abrir la pared anterior del canal se abre la vena femoral que está literal pegada a las fibras arciformes. Se liga. Cuesta mucho reconocer la arteria, que es un cordón sólido pegado íntimamente a la aponeurosis del vasto interno. El canal es un espacio virtual, que cuesta reconocerlo. La arteria se hace permeable del anillo del 3er. adductor hacia abajo. Se reseca un trozo de 10 centímetros a la altura del canal de Hunter. Este trazo está obturado.

El informe anatomopatológico (Dr. Eguía), dice: Arteríopatía obliterante por hiperplasia fibrosa de la íntima con calcificación. Fibrosis periarterial, que engloba pequeños paquetes vásculo nerviosos.

Hiperplasia de la íntima y esclerosis perivenosa, con filetes nerviosos englobados. (Inclusión N° 13108).

Evolución. — La ulceración que era átona, sin ninguna tendencia a cicatrizar, rápidamente cambió de aspecto y fué reduciéndose de tamaño hasta cicatrizar del todo. En la actualidad, puede caminar apoyado en bastón.

3er. CASO. — Historia N° 45751. De la misma Sala. L. K., de 55 años, yugoeslavo. Claudicación intermitente que comienza hace 5 años. Enfriamiento del miembro y dolores. Hace variados tratamientos médicos sin resultado práctico.

Al ingresar, la claudicación no le permite marchar 80 metros. Se palpa latidos en femoral, tibial posterior y pedia.

Pie frío. Dolor en hueso poplíteo.

Oscilometría: en tercio medio de pierna: 1 división y media. En tercio medio de muslo: 2 divisiones. Antecedentes sin importancia.

Operación: Setiembre 27 de 1950. Dr. Fernando M. Bustos. Ayudantes Dres. Basch y Kitainik. Raquianestesia. Se abre el canal de Hunter.

Descripción de lesiones: El paquete vásculo nervioso está aprisionado en un block de adherencias que une todos los elementos a las paredes del canal, especialmente al tendón del tercer adductor y a las fibras arciformes. La arteria no late en absoluto.

Se explora hacia arriba: en el canal femoral, la arteria es de mayor calibre (3 veces el volumen que en el canal de Hunter), pero tampoco late.

Hacia abajo el conducto se estrecha cada vez más y en el anillo del tercer adductor se comprueba que la arteria está comprimida por una hoz fibrosa. Se secciona esta brida fibrosa y la arteria comienza a latir inmediatamente.

Sección del tendón del tercer adductor. Por debajo del anillo los vasos están libres.

Se hace simpaticectomía periarterial. Sección del safeno que está adherido a la arteria.

Evolución. — A los doce días de operado caminaba sin dolor y podía andar diez cuerdas. A medida que pasaban los días aumentaba la capacidad de marcha.