

ARTERIOPATIA ESTENOSANTE ILIACA (*)

Dr. Eduardo C. Palma

con la colaboración de la

Srta. María Passano

En los últimos años hemos tenido ocasión de observar una serie de casos de arteritis obliterantes de los miembros inferiores, cuyas características patológicas y clínicas eran de difícil interpretación, pues no correspondían a ninguno de los tipos de arteriopatías obliterantes bien establecidos hasta el momento.

La mayoría de estos pacientes se presentaba con un cuadro clínico que hacía pensar inicialmente en un síndrome de Leriche, de obliteración de la aorta terminal, pero luego el examen minucioso del caso, las comprobaciones anatómicas, angiográficas y operatorias, no confirmaban esa presunción.

Hemos podido estudiar 12 casos de arteriopatías de este tipo, desde mayo de 1949 hasta la fecha. Ellos presentaban características que justifican a nuestro juicio el establecimiento de un síndrome clínico que denominamos "Arteriopatía estenosante iliaca".

Dentro de este síndrome, diferenciamos por el momento 2 tipos diferentes: los casos en los cuales las lesiones ilíacas tienen caracteres de arteritis arterioesclerótica con localización predominante en los vasos ilíacos, y las observaciones en que las alteraciones ilíacas parecen constituir una entidad localizada, segmentaria, sin signos evidentes de arterio esclerosis.

Esta comunicación representa sólo el comienzo de nuestro estudio, que seguiremos ahondando y completando con el análisis de nuevos casos clínicos, la confrontación de los datos anatomo-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 29 de octubre de 1952.

patológicos, la realización de estudios experimentales y la observación de la evolución prolongada de nuestros enfermos.

He aquí nuestras observaciones:

OBS. N° 1. — M. E. M., 37 años, urug., de profesión changador y conductor de camiones, consulta el 16-V-49, por claudicación intermitente de su miembro inf. der. Sus trastornos se iniciaron hace 5 años con enfriamiento, parestesias del miembro inf. der. y claudicación intermitente, con dolores en el muslo, que toman luego la pantorrilla, nalga y región lumbar; sus molestias fueron en aumento hasta no poder caminar ahora sino 50 metro. Presenta iguales síntomas, del lado izq., aunque más atenuados, presenta además ligera dispnea de esfuerzo desde hace 4 años e impotencia sexual. Al examen se comprueba, buen estado general, con adiposis no muy acentuada. En los miembros inferiores se comprueba insuficiencia circulatoria bilateral, moderada, con enfriamiento y cianosis periférica, pero sin trastornos tróficos. Marcada isquemia de elevación a la der., con eritromelia reaccional. Los fenómenos son menos acentuados a la izq. No se perciben pulsos en toda la extensión del miembro, de ambos lados, y no hay tampoco prácticamente oscilaciones. El examen del resto del aparato cardio-vascular muestra: soplo sistólico de la punta; electrocardiograma: preponderancia vent. izq., onda T positiva en DI y DII, y neg. en DIII; radiológicamente: hipertrofia del vent. izq.; aorta gruesa, larga y opaca; fondo de ojo: muy discreta esclerosis de las paredes arteriales, con papila y retina normales.

Con este cuadro se plantearon 2 posibilidades diagnósticas: arteriopatía obliterante bilateral de las ilíacas, u arteriopatía obliterante de la terminación de la aorta abdominal.

La 1ª intervención, efectuada el 26-V-49, permitió comprobar que existía una arteriopatía obliterante de la ilíaca ext. izq., que era dura, esclerosa y sin latidos, con lesiones extendidas hasta la ilíaca primitiva izq., pero más atenuadas. La extremidad inf. de la aorta estaba contraída y con latidos disminuidos; luego de la simpaticectomía lumbar izq. se restablecieron latidos amplios de la terminación aórtica. No existían lesiones venosas. La evolución post-operatoria, luego de este primer tiempo, fué buena, mejorando netamente la circulación del miembro izq. y aún del der., y recobrando parcialmente su potencia coyundi.

La 2ª intervención, 21-VI-49, consistió en la simpaticectomía lumbar der. y la exploración, mediante 3 incisiones por disociación, de los troncos arteriales hasta la poplítea. Se comprobó una arteriopatía obliterante parcial acentuada de la ilíaca ext., efectuándose la arteriectomía de la $\frac{1}{2}$ superior del vaso. Las venas ilíacas, femorales y poplíteas no presentaban lesiones, lo mismo que las arterias correspondientes. Se efectuó además la liberación de los vasos femoro-poplíteos, con sección del tendón del 3er. add. y de la lámina de Hunter. La evolución post-operatoria fué favorable, mejorando bastante la circulación del M.I.D.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Actualmente el enfermo desempeña normalmente sus tareas de conductor de camión y cargador, no tiene enfriamiento, cianosis, trastornos tróficos, ni parestesias de sus miembros inferiores, que están calientes en toda su extensión. La claudicación intermitente se manifiesta ahora a los 100 a 150 mts.; ha continuado la impotencia genital. El paciente se siente tan mejorado que no se ha dedicado aún a efectuarse el 3er. tiempo operatorio, la arteriectomía iliaca izq.

OBS. N° 2. — J. L. B., 54 años, urug., hacendado, padece de enfriamiento bilateral de sus miembros inferiores desde hace 15 a 20 años. Consulta el 3-I-51 por un síndrome de claudicación arterial intermitente de su miembro inferior der., iniciado hace 7 meses y progresivamente creciente, con dolor en la nalga, que se extiende a la cara posterior y externa del muslo, para predominar en la pantorrilla y acompañarse de calambres, que lo obligan a detenerse a las 2 ½ a 3 cuadras. Padece de impotencia sexual total desde hace 6 meses, habiéndose iniciado su hipofunción sexual un año antes. Como ant. pers. tuvo fractura de su pierna izq. hace 16 años y erisipela hace 12 años. El examen muestra un buen estado general, con enfriamiento distal bilateral de sus miembros inferiores, mucho mayor del lado der., en donde hay discretos trastornos tróficos de piel y faneras, y eritrocianosis moderada del pie. Los pulsos están conservados del lado izq. y abolidos a der., incluso en la arteria femoral. El índice oscilométrico está casi abolido a der., en toda su extensión y conservado del lado izq., aunque algo disminuido. El examen cardiológico (Dr. Amargós) y los exámenes de laboratorio, no revelan nada anormal; en el fondo de ojo las arterias presentan las alteraciones correspondientes a la edad.

El paciente fué operado el 12-I-51, bajo anestesia general, efectuándose una flancotomía der. por disociación y una exploración retro-peritoneal. La arteria iliaca primitiva der. estaba dura, engrosada, sin latidos y con una mínima luz central conservada. No se comprobaron lesiones de la arteria iliaca externa, ni de la aorta, ni de los troncos venosos. Se efectuó una simpaticectomía lumbar der. amplia.

La evolución post-operatoria fué buena, siendo dado de alta a los 7 días. Sus trastornos circulatorios mejoraron, desapareciendo el enfriamiento y eritrocianosis de su pie der. Su impotencia sexual persistió y su claudicación arterial intermitente se produce actualmente a las 3 o 4 cuadras, con las mismas características anteriores.

OBS. N° 3. — L. F. B., 45 años, urug., dentista, consulta el 25-VII-50 por enfriamiento y un síndrome de claudicación arterial intermitente de su muñón de muslo der., luego de caminar 1 cuadra. Había sido amputado en el 1/3 inf. de su muslo der. en Feb. 1944, por una gangrena gaseosa de su pie y pierna der., producida luego de la colocación de un tubo de drenaje en la profundidad de la pantorrilla; padecía, anteriormente, de un síndrome de claudicación arterial intermitente desde hacía

2 años. Luego de su amputación, había logrado reanudar su vida normal, con un miembro ortopédico. Sus trastornos actuales se iniciaron 5 meses atrás luego de un viaje en avión, en que tuvo grandes trastornos, vómitos, dolor en f. il. der. y triángulo de Scarpa, etc.

El examen permite comprobar un buen estado general, con discreto enfriamiento de la periferia de su muñón de muslo der., sin trastornos tróficos, pero con desaparición de pulsos, índice oscilométrico casi abolido y dolor a la palpación de las arterias iliaca externa y femoral primitiva der., que se perciben como cordones duros. El examen del miembro inf. izq. así como el examen cardiológico, de fondo de ojo y exámenes de laboratorio, no ofrecen particularidades.

La intervención realizada el 22-I-51, bajo anestesia general, con abordaje mediante una flancotomía por disociación y decolamiento retroperitoneal der., permitió comprobar la existencia de fibrosis periarterial de las arterias ilíacas y su ausencia de latidos. La arteria iliaca externa estaba reducida a un cordón duro, pequeño, obliterado y la iliaca primitiva se hallaba engrosada, dura y con su luz central sumamente reducida. Se efectuó la simpaticectomía lumbar der. y la arteriectomía iliaca externa der. en una extensión de 2 ½ cmts. La evolución post-operatoria fué buena, siendo dado de alta a los 9 días. El examen de la pieza mostró una endoarteriopatía obliterante, complicada de trombosis central organizada. La mejoría circulatoria que se obtuvo en su muñón fué discreta. Disminuyó el enfriamiento pero la claudicación intermitente ha persistido con las mismas características, hasta el momento actual.

OBS. N° 4. — R. G. M., 48 años, urug., chofer, consulta el 15-III-51 por claudicación arterial intermitente de su miembro inf. der. iniciada 6 meses antes, con dolor en la parte ántero-externa del muslo y luego dolor y calambre en la pantorrilla, que lo obliga a detenerse a 1 ½ cuadra. Anteriormente presentaba ya parestesias y astenia, y sensación de pesantez en la marcha, en el mismo miembro. Padece de impotencia sexual desde hace 10 meses, e hipofunción sexual desde 1 año antes. El examen muestra un excelente estado general, con enfriamiento moderado en el pie der., sin trastornos tróficos, con ausencia de pulsos en todo el miembro, con índice oscilométrico casi abolido, dolor a la compresión de la arteria poplítea y en el canal de Hunter y palidez isquémica de pie a los 45" y 45° de elevación, y a los 8" con una elevación de 90°. El examen del miembro inf. izq., el electrocardiograma, examen cardiológico, exámenes de laboratorio, fondo de ojo, etc., fueron normales. La flebografía profunda del miembro inf. der. mostró venas normales. La arteriografía *efectuada en la femoral primitiva, mostró discretas lesiones de arterioesclerosis en la femoral primitiva y en la femoral superficial, con un "stop" de ½ cmt. en la parte media de la fem. sup.*

La intervención realizada el 21-III-51 bajo anestesia general, y con flancotomía der. por disociación mostró la ausencia de latidos de las arterias ilíacas, con art. iliaca ext. muy reducida de calibre, paredes

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

muy engrosadas y débil luz conservada, y arteria iliaca primitiva dura y casi totalmente obliterada. Los troncos venosos y la aorta eran normales. Se efectuó simpaticectomía lumbar der. La evolución post-operatoria fué buena.

Mejoró apreciablemente de sus trastornos circulatorios, desapareciendo el enfriamiento y produciéndose actualmente su claudicación arterial intermitente a las 3 o 4 cuabras. Su impotencia sexual persistió.

OBS. N° 5. — S. F. L., 53 años, urug., empleado, ingresa al H. Maciel el 2-IV-51, por un síndrome avanzado de claudicación arterial intermitente de su miembro inf. izq., con dolor de reposo. Comenzó 4 años atrás apareciendo luego de caminar 10 cuabras, con dolores en el muslo, en la parte alta ántero-externa y en la zona ántero-interna del 1/3 inferior, para extenderse y predominar luego en la pantorrilla, acompañada de calambres, parestesias y enfriamiento. Fué progresivamente en aumento, teniendo ahora dolor de reposo y pudiendo caminar sólo 40 o 50 mts. El examen muestra un paciente con buen estado general, con trastornos tróficos moderados de su miembro inf. izq., con enfriamiento y eritrocianosis de su pie izq., desaparición de los pulsos arteriales, siendo el femoral apenas perceptible y estando el índice oscilométrico casi abolido en todo el miembro. El examen cardiológico, los exámenes de laboratorio, y del resto del sistema arterial no ofrecen particularidades. El Van Slyke es de 85 %. Hay una catarata en el ojo izq. La flebografía profunda y la arteriografía femoral del miembro inf. izq., son normales.

Fué intervenido el 24-IV-51 efectuándose la simpaticectomía lumbar izq., siendo la exploración de la aorta negativa. En la 2ª intervención, el 9-VIII-51, mediante un Mc Burney izq., y decolamiento retroperitoneal, se comprobaron lesiones estenosantes de la arteria iliaca primitiva y del comienzo de la iliaca externa, existiendo otro gran engrosamiento estenosante en la terminación de la iliaca en el anillo crural. Se efectuó arteriectomía de 1 ½ cmts. en la terminación de la iliaca externa. La evolución post-operatoria fué buena, siendo dado de alta a los 8 días. El paciente mejoró mucho de sus trastornos. Actualmente ha desaparecido el dolor de reposo, el enfriamiento y la eritrocianosis y la claudicación intermitente se produce a las 3 - 4 cuabras.

OBS. N° 6. — L. M. A., 51 años, urug., empleado, consulta el 9-X-51 por enfriamiento y síndrome de claudicación arterial intermitente de su miembro inf. izq. iniciado 1 año atrás, que le permite caminar lentamente sólo 30 metros. El dolor comienza en la nalga y cara externa de muslo, para hacerse dominante en la pantorrilla, acompañándose de calambres. Tiene discreta dispnea de esfuerzo desde hace pocos años. Además ha disminuído su potencia sexual desde hace 1 año. El examen muestra un paciente delgado, de estado general relativamente bueno, con gran enfriamiento, color céreo, parestesias e hipoestusias de pie y pierna

izq., con abolición de todos los pulsos y oscilaciones del miembro inf. izq. y dolor a la presión de la arteria femoral primitiva y poplítea, y en el canal de Hunter. El estudio cardiológico, el electrocardiograma, los exámenes de laboratorio, el fondo del ojo y el resto del sistema arterial no ofrecen particularidades.

Fué operado el 13-X-51, bajo anestesia general, efectuándose la simpaticectomía lumbar izq. y la liberación arterial fémoro-poplítea. Se comprobaron grandes lesiones de atero-esclerosis en las arterias ilíacas externa e interna izq., con gran reducción de calibre, pero con luz parcialmente conservada; existían también lesiones de atero-esclerosis menos acentuadas en la aorta y en las arterias femorales superficial y poplítea. El post-operatorio fué bueno, siendo dado de alta a los 8 días.

Los trastornos circulatorios del miembro inf. mejoraron apreciablemente. Desaparecieron el enfriamiento, las parestesias, la hipoestesia y la palidez cérea. En el momento actual, su claudicación intermitente aparece luego de caminar 1 $\frac{1}{2}$ cuadra. En cambio, su hipofunción sexual se ha acentuado y han aparecido parestesias y enfriamiento en el pie derecho.

OBS. N° 7. — J. R., 43 años, urug., empleado, ingresa al Servicio el 18-VI-51 por impotencia sexual y un síndrome de claudicación arterial intermitente bilateral, comenzado 9 meses atrás, en uno de sus miembros. La claudicación se inicia con sensación de pesantez y astenia en los muslos y llega a convertirse en dolor y calambre, en caso de continuar la marcha a las 2 - 3 cuabras. No ha tenido enfriamiento, ni parestesias. El examen revela un buen estado general, sin enfriamiento de sus miembros inferiores, con muy discretos trastornos tróficos en su pierna izq., y ausencia de latidos perceptibles en ambos miembros. El índice oscilométrico está disminuído en ambos miembros inferiores en toda su extensión. Los exámenes de laboratorio, el electrocardiograma, el estudio cardiológico y el fondo del ojo, no ofrecen particularidades.

Fué operado el 25-X-51, bajo anestesia general, efectuándose una flancotomía izq. por disociación y la simpaticectomía lumbar izq. Las arterias ilíacas primitiva, interna y externa presentaban grandes lesiones de atero-esclerosis, con reducción acentuada de la luz arterial. La aorta terminal presentaba discretas lesiones, mucho menos acentuadas.

Fué intervenido del lado der. el 31-I-52, en las mismas condiciones, efectuándose la simpaticectomía lumbar der. Se comprobaron también grandes lesiones atero-escleróticas de la ilíaca externa, con reducción muy acentuada del calibre y lesiones más discretas de las arterias ilíaca primitiva, ilíaca interna y femoral primitiva. La evolución post-operatoria fué buena.

El paciente obtuvo una mejoría moderada de su circulación, teniendo sus miembros calientes y apareciendo actualmente su claudicación intermitente a las 4 - 5 cuabras. Su impotencia sexual ha persistido.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

OBS. N° 8. — M. F. C., 54 años, español, empleado, ingresa al Servicio el 12-XII-51, por dolor intenso de reposo en su pie y pierna izq., enfriamiento y parestesias bilaterales, y un síndrome de claudicación arterial intermitente bilateral, iniciado hace 2 años en el miembro der. y predominando ahora en el izq. Su claudicación se inicia con parestesias en pierna y pie, pesantez en los muslos y luego dolor y calambre en la pantorrilla, que se produce ahora a los 30 - 40 mts. El examen revela buen estado general, con gran enfriamiento, trastornos tróficos y palidez cérea de ambos miembros inferiores, y eritrocianosis del pie y dedos izq. No se perciben pulsos en todo el miembro inferior izq. y en el derecho hay sólo un pulso femoral muy débil, con arteria engrosada y dura. Dolor a la compresión poplítea bilateral. El electrocardiograma revela signos de arterio-esclerosis coronaria y en el fondo del ojo se comprueba angio-esclerosis retiniana. La prueba de Van Slyke da un promedio de 84 %. Es imposible efectuar arteriografía en la femoral primitiva izq., aún con descubierta, pues la arteria está reducida de calibre, con signos de arterioesclerosis avanzada y su luz obliterada.

Fué intervenido el 3-1-52, bajo anestesia general, efectuándose una flancotomía izq. por disociación y la simpaticectomía lumbar izq. Se comprobaron lesiones arterio-escleróticas ilíacas extensas. Se efectuó además la liberación arterial fémoro-poplítea izq. observándose también lesiones de atero-esclerosis en rosario, con luz parcialmente conservada. La evolución post-operatoria fué normal, siendo dado de alta a los 12 días.

El paciente mejoró sólo discretamente de sus trastornos circulatorios, pero sin desaparecer totalmente el dolor de reposo. Su claudicación intermitente aparecía a los 100 mts.

Ultimamente, el paciente recayó de sus trastornos, siendo amputado a nivel de su muslo izq. (Dr. Sapriza).

OBS. N° 9. — F. M., 43 a., urug., jornalero, ingresa al Servicio el 24-I-52 por dolor permanente de su pie y pierna izq. con claudicación arterial intermitente bilateral de sus miembros inferiores e impotencia genital. Sus trastornos se iniciaron hace 5-6 años con enfriamiento, periférico, comenzando su claudicación intermitente hace 4 años, produciéndose a las 4 cuerdas de marcha con dolor en la parte ant. ext. del muslo izq. y luego dolor y calambre en la pantorrilla; fué progresivamente en aumento, haciéndose bilateral y no permitiéndole últimamente caminar más de 30 mts. Desde hace 3 meses tiene intenso dolor permanente en pie y pierna izq., con cianosis, palidez cérea distal y placa necrótica en el dedo grueso. Padece de várices bil. desde hace 10 años.

El examen revela buen estado general, oligofrenia y gran insuficiencia circulatoria arterial bilateral de sus miembros inferiores con ausencia total de pulsos y oscilaciones, enfriamiento, palidez cérea y trastornos tróficos acentuados. Hay una placa necrótica extensa en el 1er. dedo y célulolinfangitis.

Fué intervenido el 29-I-52, efectuándose la simpaticectomía lumbar

izq. y comprobándose extensas lesiones de atero-esclerosis de las ilíacas. La herida operatoria evolucionó bien, pero los trastornos circulatorios e infecciosos del miembro continuaron agravándose, debiendo amputarse en el 1/3 inf. del muslo izq. el 6-II-52.

Posteriormente, se reprodujeron los mismos trastornos en su miembro inferior der., siendo amputado del lado der., en otro Servicio, 2 meses después.

OBS. N° 10. — D. B., 50 a., urug., jornalero, ingresa al Servicio el 20-VIII-52 por dolor de reposo, claudicación arterial intermitente de sus



FIG. 1. — Obs. N° 10. La aortografía muestra la obliteración total de las 3 arterias ilíacas derechas y de las ilíacas interna y externa izquierda. La arteria ilíaca primitiva izquierda presenta lesiones estenosantes.

miembros inferiores e impotencia genital. Sus trastornos comenzaron hace 7 años con claudicación intermitente, no dolorosa, con sensación de pesantéz y astenia en el muslo der. y luego bilateral. Sus trastornos fueron progresivamente en aumento, comenzando a tener dolores en las nalgas y muslos hace 3 años y luego dolor también en las pantorrillas. Actualmente no puede caminar más de 30 metros. Desde hace 1 año presenta hipofunción genital e impotencia desde hace 2 meses. Finalmente padece

de enfriamiento, palidez y dolor permanente de su pie izq. desde hace 1 mes, que mejoran en la posición vertical. El examen muestra buen estado general, con enfriamiento y palidez bilateral de los pies, discreta atrofia bilat. de la musculatura de las piernas, y abolición total de los pulsos y oscilaciones de ambos lados. La prueba de Buerger muestra palidez isquémica bilat. a los 90° y aparición de dolores a los dos minutos; el ángulo de suficiencia circulatoria está por debajo de la horizontal de ambos lados, apareciendo eritromelia del lado derecho. En el fondo del



FIG. 2. — Obs. N° 11.
La aortografía muestra la obliteración total de las 3 arterias ilíacas izquierdas.

ojo se ve una moderada arterioesclerosis. La radiografía de columna muestra espíndilo-artrosis lumbar. La aortografía efectuada el 2-VIII-52 mostró la obliteración total de las arterias ilíacas primitiva, externa e interna der., y de las ilíacas interna y externa izq. La aorta no presentaba lesiones y la ilíaca prim. izq. estaba parcialmente permeable.

El paciente fué operado el 30-VIII-52 efectuándose la simpaticectomía lumbar der. y arteriectomía de 1 cm. de la ilíaca externa, cuyos cabos no fué necesario ligar, y que se retrajeron. Fué operado en el lado izq. el 20-IX-52, efectuándose igualmente la simpaticectomía lumbar izq. y arteriectomía de 2 cms. de la ilíaca externa, cuyos cabos no sangraron

y se retrajeron. En el post-operatorio supuró la incisión, pero evolucionó bien posteriormente.

El paciente experimentó una mejoría acentuada y progresiva, estando actualmente sin dolor permanente, sin enfriamiento y apareciendo su claudicación a los 100 mts. con dolores bilat. en las nalgas.

OBS. N° 11. — L. G., 46 a., urug., empleado, ingresa al Servicio el 22-IX-52, dolor permanente y claudicación arterial intermitente de su miembro inferior izq. Su claudicación intermitente comenzó hace 1 ½ año, con dolor predominante en la parte anterior del muslo, pero extendido luego a todo el muslo y a la pantorrilla, donde se acompaña de calambres. Actualmente aparece a los 30-40 metros; tiene además enfriamiento periférico y dolor permanente en el pie, pierna, cara externa de muslo y nalga izq. Desde hace 4 años tiene hipofunción sexual, pero realiza aún el acto sin dificultad. El examen revela buen estado general, enfriamiento de pie izq., con moderada atrofia muscular de pierna, ausencia de todos los pulsos del miembro inf. izq. y oscilaciones casi abolidas. El resto del examen no ofrece particularidades (corazón, electrocardiograma, fondo de ojo, etc.). La aortografía efectuada el 26-VII-52, mostró la obliteración total de las arterias ilíacas externa, interna y primitiva izq., sin lesiones visibles en el dedo der., ni en la aorta.

La intervención efectuada el 23-IX-52, confirmó la arteriopatía obliterante de las 3 ilíacas izq. Se efectuó simpaticectomía lumbar izq. y arteriectomía de la iliaca primitiva, con los cabos correspondientes de las ilíacas externa e interna. La evolución post-operatoria fué favorable siendo dado de alta a los 6 días.

Ha mejorado mucho de sus trastornos, disminuyendo sus dolores permanentes que son ahora leves, teniendo su pie caliente y apareciendo la claudicación intermitente a las dos cuerdas.

OBS. N° 12. — O. D., 46 a., urug., empleado, ingresa al H. Maciel el 29-VIII-52, por intensos dolores permanentes de su pie izq. y claudicación arterial intermitente izq. que no le permite caminar más de 20-30 metros. Su claudicación intermitente comenzó hace 2 ½ años, con dolor y calambres en las pantorrillas der., luego de caminar 4-5 cuerdas, para hacerse más tarde bilateral y luego predominar netamente a izq. Actualmente no puede caminar más de 20-30 mts. y tiene dolores permanentes en el muslo y pierna, y sobre todo pie y dedos izq., que se alivian con la posición de pie. Presenta desde hace 6 meses una gran hipofunción genital, pero aún puede realizar el acto. El examen muestra buen estado general, enfriamiento de pie y pierna izq., placas de necrosis en 1° y 5° dedos del pie izq., con eritromelia de pie y dedos, atrofia muscular moderada de pierna y muslo, y ausencia de latidos y oscilaciones en todo el miembro inferior izq. En el miembro der. hay enfriamiento de pie y pierna, eritromelia de los dedos, ausencia de todos los pulsos, y las oscilaciones

están sumamente reducidas en todo el miembro. El examen cardiológico, fondo de ojo, no ofrece particularidades. La aortografía efectuada el 29-VIII-52 mostró la obliteración total de las tres arterias ilíacas izq., en tanto la arteria ilíaca primitiva der. estaba obliterada en 2 cms., frente al promontorio y existían otras lesiones más discretas en las tres arterias ilíacas derechas.

El paciente fué operado el 19-X-52, comprobándose los datos de la aortografía, y efectuándose la simpaticectomía lumbar izq. y la arteriec-

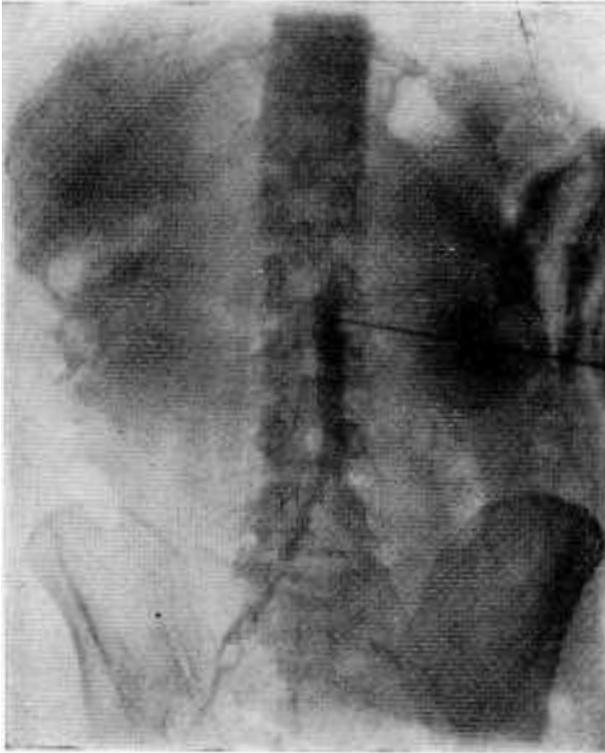


FIG. 3. — Obs. N° 12. La aortografía muestra la obliteración total de las 3 arterias ilíacas izquierdas, la obliteración frente al promontorio de la ilíaca primitiva derecha y lesiones estenosantes del resto de las ilíacas derechas.

tomía de 1 cm. de la ilíaca primitiva, 2 cms. de la il. int. y 4 cms. de la il. externa.

El enfermo ha mejorado mucho, no teniendo ya dolores permanentes, estando su pie caliente y apareciendo la claudicación a los 50-60 mts.

La piel necrótica de su 1° y 5° dedo ha sido reemplazada en más del 50 % por piel nueva.

Consideraciones. — El análisis de las observaciones anteriores nos reafirma en el convencimiento de la existencia del sín-

drome clínico de la Arteriopatía Estenosante Iliaca, que no había sido descrito hasta la fecha. •

Las características generales de este cuadro corresponden a las que se describen en las diversas arteritis obliterantes de los miembros inferiores. Pero, además presenta características propias, que permiten a menudo orientar al clínico hacia el diagnóstico de arteriopatía iliaca. Creemos que deben describirse síntomas

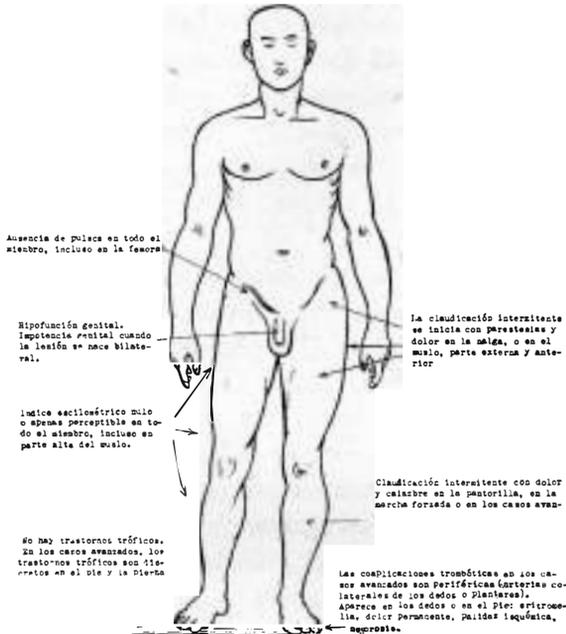


FIG. 4. — Esquema de las principales características clínicas de la Arteriopatía Estenosante Iliaca.

generales de arteritis y síntomas particulares de la localización iliaca.

Los síntomas generales corresponden a los de toda insuficiencia arterial periférica de los miembros y según su grado se encontrará: claudicación arterial intermitente, parestesias, trastornos tróficos, edema, cianosis, alteraciones de los pulsos, de las oscilaciones, atrofiás musculares, palidez isquémica, dolor de reposo, eritromelia, placas de necrosis, etc.

La sintomatología particular está representada por síntomas funcionales y por signos físicos.

Entre los primeros debe señalarse: a) la claudicación arterial intermitente que tiene una etapa inicial con trastornos en la parte

alta del miembro. El paciente experimenta durante la marcha parestesias o sensación de pesantez o cansancio a nivel del muslo o en la nalga, y a veces en la reg. sacra o lumbar. Otras veces la claudicación intermitente comienza con dolor en la nalga o en el muslo, especialmente en la parte externa y anterior. b) Cuando las lesiones son más avanzadas y la insuficiencia circulatoria mayor, o se ha hecho un esfuerzo más prolongado en la marcha, la claudicación intermitente se produce también con dolor en la pantorrilla, siendo este dolor generalmente más intenso y acompañado de calambres a ese nivel. c) Los trastornos de claudicación intermitente se hacen frecuentemente bilaterales, presentando en el lado opuesto características similares. d) A menudo hay disminución de la capacidad genital. Cuando las lesiones ilíacas son bilaterales, la hipofunción genital se agrava, produciéndose habitualmente impotencia sexual.

La sintomatología física particular está representada: a) Ausencia de pulsos en todo el miembro, incluso en la arteria femoral primitiva; b) Gran disminución del índice oscilométrico en todo el miembro, incluso en la raíz del muslo, llegando a veces a ser casi nulo; c) Durante bastante tiempo no existen trastornos tróficos en el miembro inferior, a pesar de existir un síndrome neto de claudicación intermitente. En los casos evolucionados, los trastornos tróficos son discretos en la pierna y en el pie y contrastan con la ausencia de pulso femoral y de oscilaciones en la parte alta del muslo.

Desde el punto de vista etiológico es digno de señalar que todos los pacientes eran del sexo masculino.

En lo que se refiere a la edad, los pacientes me han consultado, en su mayor parte entre los 40 y 50 años de su vida, siendo el promedio a los 47 $\frac{1}{2}$ años, y teniendo el más joven 38 años y el de más edad 54 años.

Comenzaron a percibir sus molestias a los 45 años como término medio de edad. El más joven percibió sus primeros trastornos a los 33 años y el de más edad a los 52 años.

El examen de nuestras observaciones nos permite diferenciar dos grupos de enfermos desde el punto de vista anatómico-clínico. En algunos pacientes, las lesiones de los troncos arteriales pre-

dominan en los vasos ilíacos, pero toman también las arterias femorales, primitiva o superficial. Llamamos a este tipo, forma ilíaco-femoral (o fémoro-ilíaca); su cuadro sintomático es más complejo, y se acompaña de mayor insuficiencia circulatoria en el miembro (Obs. Nos. 2, 4, 6, 7, 8, 9).

En otro grupo de enfermos, las lesiones tomaban solamente los vasos ilíacos, estando libres los grandes troncos arteriales del miembro, arterias femorales primitiva, superficial y profunda, y arteria poplítea. Llamamos a este tipo, forma ilíaca pura o propiamente dicha. Su cuadro clínico es más típico y se acompaña de insuficiencia circulatoria menos acentuada del miembro. (Obs. Nos. 1, 5, 10, 11 y 12).

Creemos también que debe diferenciarse dos formas según ellas sean uni o bilaterales. Los casos bilaterales (Obs. Nos. 1, 7, 8, 9, 10, 12) se acompañan siempre de una claudicación genital progresiva, que lleva a menudo a la impotencia sexual total. En cambio en los casos unilaterales (Obs. Nos. 2, 3, 4, 5, 6, 11), la hipofunción genital es menos acentuada; sólo en dos de estas observaciones, la impotencia sexual era total, correspondiendo a lesiones bilaterales de las arterias hipogástricas.

En lo que se refiere a las características histopatológicas de las lesiones arteriales, creemos que quizás pueden diferenciarse dos tipos de lesiones. Pero esto será motivo de una próxima comunicación, no emitiendo opinión por el momento.

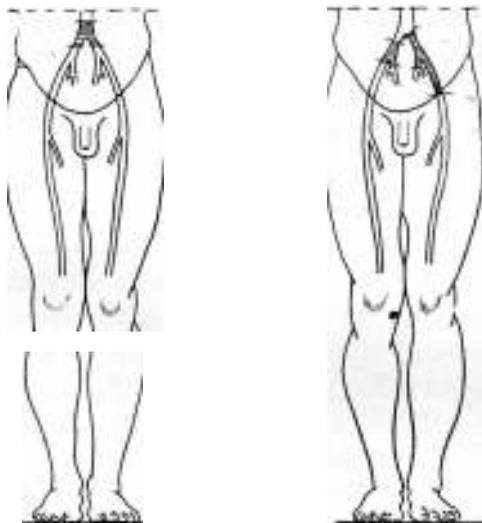
El síndrome clínico de arteriopatía ilíaca había pasado inadvertido hasta la fecha, siendo la mayoría de los casos confundidos con el Síndrome de Leriche, de trombosis de la aorta terminal. Otros han sido diagnosticados como trombo-angeítis obliterantes.

Sin embargo, una vez conocidas las características sintomáticas el diagnóstico positivo de la Arteriopatía Estenosante Ilíaca es relativamente fácil.

El diagnóstico diferencial con el Síndrome de Leriche se basa sobre todo en la sucesión de los síntomas del trípode clínico. En tanto en la trombosis término- aórtica los síntomas de la impotencia sexual y de claudicación circulatoria de los dos miembros inferiores son prácticamente simultáneos, en la arteriopatía ilíaca

bilateral las lesiones son sucesivas, comenzando primero en un miembro, acompañándose de hipofunción genital, para luego tomar el otro miembro y producirse recién entonces la impotencia sexual total.

Tiene también valor diagnóstico diferencial la manera cómo se establece la impotencia sexual, pues en tanto en el Síndrome



SÍNDROME DE AORTA TERMINAL Y AORTO-ILIACA : el tripode sintomático (impotencia genital y claudicación intermitente bilateral) es simultáneo..

SÍNDROME ILIACO BILATERAL : el tripode sintomático (impotencia genital y claudicación intermitente bilateral) es sucesivo y predominante de un lado..

FIG. 5. — Esquema de las diferencias clínicas esenciales entre la Arteriopatía Estenotante Iliaca y el Síndrome de Leriche, de la terminación aórtica.

de Leriche se produce de manera rápida, en la arteriopatía iliaca bilateral, se establece de manera lenta, teniendo una etapa intermedia con sólo hipofunción genital.

En los casos de duda, la aortografía tiene un gran valor diagnóstico (Obs. Nos. 10, 11, 12) permitiendo además establecer exactamente la importancia de las lesiones, su situación, extensión, multiplicidad y el estado de la circulación colateral. Creemos que es un procedimiento de examen sumamente útil y de fácil realización, que estamos dispuestos a utilizar cada día más, pues sus contraindicaciones son pocas y los accidentes excepcionales.

Con respecto a la tromboangeítis obliterante, las diferencias fundamentales de la Arteriopatía Iliaca, residen en primer lugar en que el sistema venoso del miembro y de la pelvis está libre de lesiones, en tanto en la enf. de Leo Buerger se acompaña de trombosis venosas simultáneas. Además la trombo-angeítis es una enfermedad que evoluciona por empujes agudos, y la Arteriopatía Iliaca es una enfermedad progresiva, estenosante, de las arterias

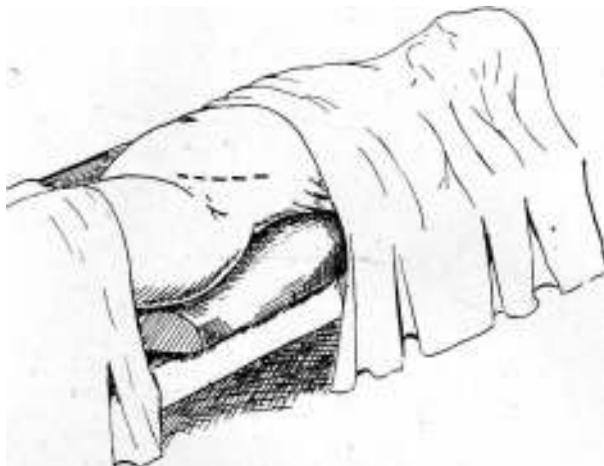


FIG. 6. — Posición del paciente en la mesa de operaciones y línea de incisión, para la flancotomía por disociación.

iliacas, que sólo secundariamente llega a producir la obliteración total de la luz de los vasos.

Las complicaciones que se pueden producir en estos procesos son fundamentalmente trombosis arteriales. Ellas se producen: a) en las arterias iliacas enfermas; b) en las arterias distales del miembro, especialmente colaterales de los dedos o, arterias plantares; c) en la aorta terminal.

Estas trombosis se producen tardíamente, como etapa avanzada de la evolución espontánea del proceso, o como accidente intercurrente, desencadenado por una enfermedad general, una deshidratación aguda, una crisis de insuficiencia cardíaca, etc.

La trombosis de las arterias iliacas es la consecuencia fatal de las lesiones evolucionadas, avanzadas o crónicas.

La trombosis aórtica terminal puede ser sólo la propagación centripeta de las trombosis ilíacas.

La trombosis distal es una complicación aguda que puede simular un empuje evolutivo de la enfermedad (Obs. N° 12). En algún caso la trombosis distal es extensa y progresiva, dando carácter grave al proceso y llevando fatalmente a la amputación

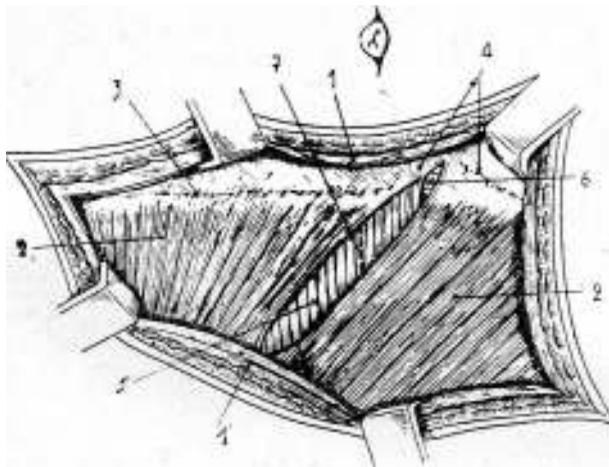


FIG. 7. — Se ha incidido la piel y el músculo gran oblicuo (1 - 1') en la dirección de sus fibras, reclinándolas. También se ha cortado en la dirección de sus fibras al músculo pequeño oblicuo (2 - 2') y la vaina del recto (4), sobrepasando la línea de unión aponeurótica de los oblicuos (3) y viéndose el músculo recto anterior (6). Se ve el músculo transverso (5) y su línea de incisión.

del miembro (Obs. Nos. 8 y 9). Se produce sobre todo en las formas ilíaco-femorales.

En lo que se refiere al tratamiento, consideramos que él debe ser fundamentalmente quirúrgico, siendo los tratamientos médicos de poca eficacia.

Damos importancia a la parte profiláctica del tratamiento médico, para evitar las complicaciones, prohibiendo el tabaco, evitando en todo lo posible las causas de hipovolemia absoluta o relativa, tratando la insuficiencia cardíaca, evitando los enfriamientos, esfuerzos, traumatismos, etc.

Como tratamiento realizamos la simpaticectomía lumbar en todos los casos, ya unilateralmente (Obs. Nos. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 y 12) o bilateralmente (Obs. Nos. 1, 7 y 10), en los casos avanzados y con impotencia genital.

Hemos efectuado la arteriectomía segmentaria en los casos en que la obliteración de la luz arterial era total (Obs. Nos. 1, 3, 5, 9, 10, 11 y 12), y en un caso bilateralmente (Obs. N° 10).

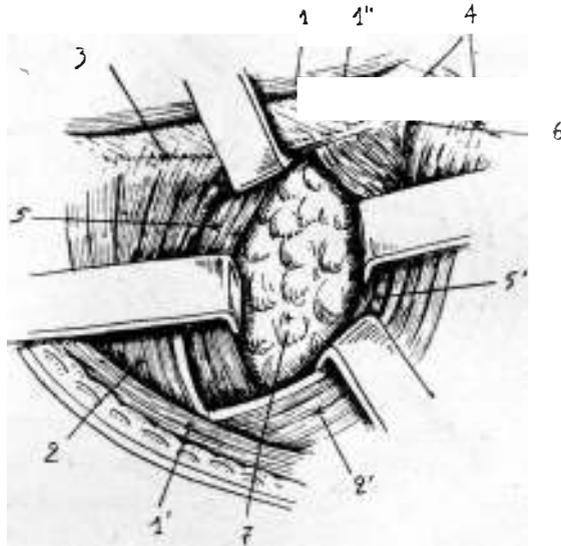


FIG. 8. — La disociación parietal está más avanzada, viéndose la grasa sub-peritoneal (7). 1,1': Músculo gran oblicuo. 2,2': Músculo pequeño oblicuo. 3: Zona de unión de las aponeurosis de los oblicuos. 4: Hoja anterior de la vaina del recto. 5,5': Músculo transverso. 6: Músculo gran recto.

Realizamos la arteriectomía segmentaria de un trozo de la íliaca externa en todos los casos (Obs. Nos. 1, 3, 5, 9, 10, 11 y 12) y en dos observaciones efectuamos la resección de las 3 íliacas en su zona de confluencia (Obs. Nos. 11 y 12).

Como técnica operatoria realizamos un abordaje por flanco-tomía por disociación, con decolamiento retroperitoneal, efectuando en el mismo acto operatorio la simpaticectomía lumbar sola o conjuntamente con la arteriectomía íliaca.

Los resultados en conjunto han sido favorables, fracasándose

sólo en dos casos. En la Obs. 9 no se obtuvo mejoría alguna y el paciente debió ser amputado poco tiempo después. En la Obs. N° 8 la mejoría fué transitoria, siendo amputado el paciente meses después. Ambos casos eran de lesiones fémoro-iliacas y llegaron al cirujano con lesiones muy avanzadas y estado circulatorio grave.

En los otros 10 casos, no sólo se obtuvo la detención de la

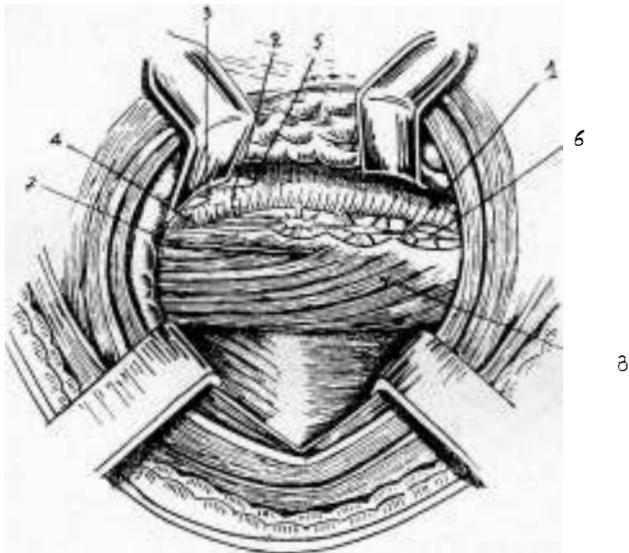


FIG. 9. — Se ha efectuado el decolamiento retro-peritoneal, reclinándose el peritoneo con la masa visceral. 1: Aorta. 2: Arteria ilíaca primitiva izquierda. 3: Arteria ilíaca interna izquierda. 4: Arteria ilíaca externa izquierda. 5: Arteria ilíaca primitiva derecha. 6: Cadena simpática lumbar.

progresividad de la insuficiencia circulatoria, sino que a la vez se consiguieron mejorías muy apreciables.

Consideramos que los mejores resultados se obtuvieron en los casos en que se efectuó a la vez arteriectomía ilíaca y simpaticectomía lumbar; y quizás mejor aún cuando la arteriectomía se realizó en el confluente tri-ilíaca.

Si bien el síndrome clínico de la Arteriopatía Ilíaca no había sido descrito hasta la fecha, varios autores habían encontrado

esporádicamente lesiones en las arterias ilíacas, sin jerarquizar los hallazgos que habían encontrado, ni tampoco interpretarlos debidamente.

Dos Santos (R.), Lamas (A. C.) y Caldas (J. P.) ¹ en 1931, en su libro de Arteriografía y Aortografía dicen: “Fuera del nivel “variable de la bifurcación aórtica, hemos observado dilataciones ateromatosas, aneurismas, desplazamientos, compresiones y “obliteraciones de las ilíacas. Las lesiones más interesantes reveladas por la arteriografía, son las obliteraciones que hemos tenido ocasión de sorprender en la ilíaca externa y en la ilíaca “primitiva (pl. XXXII), esta con una gangrena limitada del 4º “dedo del pie del mismo lado”.

Leriche (R.) y Stricker (P.) ² en 1930, publican un caso de arteritis obliterante de la ilíaca externa, que interpretan como de origen rubeólico, y trataron por arteriectomía (efectuada mediante abordaje con incisión abdominal paralela a la arcada y sección de todos los planos).

Langeron (L.), Desplats (R.), Fournier (A.) y Camus (H.) ³ en 1937, publican una obliteración embólica de la arteria ilíaca primitiva derecha.

Leriche (R.) ⁴ en 1935, al publicar la técnica de la arteriectomía y sus resultados, en 50 observaciones recientes, incluye la arteriectomía de la ilíaca primitiva y la de la ilíaca externa.

Leriche (R.) ⁵ en 1940 describe el síndrome de obliteración término aórtica por trombosis arterítica y su tratamiento mediante la resección de la encrucijada aorto-ilíaca, con doble simpaticectomía lumbar. Considera que lo habitual es que la trombosis aórtica se acompañe de trombosis concomitante y secundaria de las ilíacas. En cambio la obliteración bilateral sola, de las ilíacas es excepcional.

Martorell (F.) ⁶ en 1942 y Morel ⁷ en 1943, confirmaron la descripción de Leriche de la trombosis término aórtica.

Martorell (F.) ⁸ en 1946 considera que en el Síndrome de Leriche, “la obliteración se produce primeramente en las ilíacas y después en la aorta”.

Kügelmeier (L. M.) ⁹ en 1935, publicó un caso de embolia bilateral de las arterias ilíacas primitivas, consecutiva a una en-

docarditis mitral. Su interpretación es objetable, a la luz de nuestras comprobaciones.

Siebner (M.) ¹⁰ publica en 1932 un caso de trombosis de la arteria ilíaca externa consecutiva a una apendicectomía.

Engel (G. C.) ¹¹ publica en 1932 un caso de trombosis de la arteria ilíaca externa izquierda que interpreta como secundaria a un quiste pequeño del ovario izquierdo que apoyaba sobre la arteria.

Fontanesi (E.) ¹² en 1938 publica un caso de gangrena simétrica de los miembros inferiores, por trombosis bilateral de las arterias ilíacas primitivas en un tífico.

Lemierre (A.) y Duruy (A.) ¹³ en 1927 publican un caso de obliteración embólica de la arteria ilíaca primitiva derecha, en una endocarditis mitral, sin gangrena del miembro correspondiente.

Leriche (R.) ¹⁴ cita un caso de falla de su técnica de la tromboangeítis obliterante por medio de suprarrenalectomía y simpaticectomía, debido a la obliteración de las ilíacas.

Leriche (R.), Kunlin (J.) y Boély (C.) ¹⁵ en un estudio sobre resultados de la aortografía, presentan algunas láminas con lesiones obliterantes de las ilíacas. Además, reconocen ya que "Estas obliteraciones aórticas comienzan generalmente en una trombosis ilíaca, primero unilateral y luego bilateral. Pueden originarse en la bifurcación".

Arnulf (G.) ¹⁶ en 1950, al describir la arteriectomía señala que puede hacerse "en la bifurcación ilíaca".

Boyd (A. M.) y Jepson (R. P.) ¹⁷ en 1950 describen 2 casos que interpretan como trombosis unilateral de la arteria ilíaca externa, de origen traumático, externo en una de las observaciones, por esfuerzo físico en el otro.

Leriche (R.), Beaconsfield (P.) y Boély (C.) ¹⁸ en 1952, en un estudio del valor de la aortografía, presentan 1 caso de arterioesclerosis obliterante ilíaca, 1 caso de arterioesclerosis estenosante ilíaca y 1 caso de arteritis obliterante, que denominan mixta, de la ilíaca primitiva.

Wagner (F. B.) ¹⁹ en 1951, describe un caso de oclusión bilateral de las ilíacas, descubierto por la aortografía.

Servelle (M.) ²⁰ en 1952, refiriéndose a la "arteritis del hom-

bre joven", dice, al pasar, que puede localizarse en las arterias ilíacas. Describe también la utilidad de efectuar a la vez la simpaticectomía lumbar, y la arteriectomía término-aórtica y de las ilíacas, por vía retro-peritoneal.

Este trabajo es sólo la primera comunicación sobre la Arteriopatía Estenosante Ilíaca, sobre cuya individualidad como síndrome estamos convencidos y sobre cuya patogenia tenemos una hipótesis de trabajo, que trataremos de desarrollar experimentalmente.

CONCLUSIONES

1) Presentamos 12 casos de un síndrome anatómico-clínico al que denominamos Arteriopatía Estenosante Ilíaca.

2) Describimos su cuadro clínico y sus síntomas propios.

3) Señalamos sus características etiológicas, apareciendo en el hombre y alrededor de los 40 a 50 años.

4) Diferenciamos 2 formas anatómico-clínicas: ilíaca propiamente dicha, e ilíaco-femoral. También señalamos casos unilaterales y casos bilaterales.

5) Establecemos los elementos clínicos para el diagnóstico diferencial con el Síndrome de Leriche y la importancia diagnóstica de la aortografía. Señalamos sus diferencias con la enfermedad de Leo Buerger.

6) Describimos sus principales complicaciones trombóticas, que pueden simular empujes evolutivos, y hacerla confundir con otras enfermedades.

7) Describimos el tratamiento utilizado y los resultados obtenidos, preconizando la realización de la simpaticectomía lumbar, y la arteriectomía segmentaria, cuando las lesiones son obliterantes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) DOS SANTOS, (R.); LAMAS, (A. C.); CALDAS, (J. P.). — Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. Masson et Cie., 1931, Paris.
- 2) LERICHE, (R.); STRICKER, (P.). — Documents anatomocliniques de chirurgie vasculaire. Lyon Chirurgical, T. XXVII, N° 2, mars - avril 1930.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 3) LANGERON, (L.); DESPLATS, (R.); FOURNIER, (A.); CAMUS, (H.). — Les artérites des membres. Etude clinique et thérapeutique, pág. 85. G. Doin & Cie. 1937. Paris.
- 4) LERICHE, (R.). — Conditions nécessaires, résultats et technique de l'arteriectomie dans les oblitérations artérielles, d'après 50 observations récentes. La Presse Médicale, . décembre 1935, N° 97, p. 1953.
- 5) LERICHE, (R.). — De la résection du carrefour aortico-iliaque avec double sympathectomie lombaire pour thrombose artérielle de l'aorte. Le syndrome de l'oblitération terminoaortique par artérite. Press. Méd., Nos. 54 - 55, p. 601, julio 1940.
- 6) MARTORELL, (F.). — El síndrome de obliteración terminoaórtica por arteritis. Revista Clínica Española, N° 2, p. 130, 30 abril 1942.
- 7) MOREL. — Thrombose de la terminaison de l'aorte avec syndrome de Lériche. Artériectomie et sympathectomie lombaire. La Presse Méd., N° 11, p. 137, 20 marzo 1943.
- 8) MARTORELL, (F.). — Accidentes vasculares de los miembros. Páginas 112 - 114. Salvat Editores, S. A. Barcelona - Buenos Aires, 1946.
- 9) KUGELMEIER, (L. M.). — Embolischer Verschluss beider Arteriae iliacae communes nit ischämischer Paraparese der unteren Extremitäten bei Mitralendokarditis. Medizinische Klinik 35:1572-1573; 1939.
- 10) SIEBNER, (M.). — Thrombose der Arteria iliaca externa dextra mit Embolie der Arteria femoralis nach Blinddarmoperation. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 235:770-774; 1932.
- 11) ENGEL, (G. C.). — Thrombosis of the left external iliac artery secondary to a left ovarian cyst. J.A.M.A., 99:1343 - 1344, 1932.
- 12) FONTANESI, (E.). — Trombosi bilaterale delle arterie iliache primitive in un malato di ileotifo. (Delle gangrene simmetriche — Tentativo di interpretazione del loro meccanismo). Il Policlinico. 45:249 - 266, 1938.
- 13) LEMIERRE, (A), DURUY, (A.). — Oblitération embolique de l'artère iliaque primitive droite sans gangrène du membre correspondant. Bull, et Mém. de la Soc. Med. del Hôpitaux. 51:385 - 393; 1927.
- 14) LERICHE, (R.). — Causes of Failure of Suprarenalectomy and Ganglionectomy in Thromboangiitis obliterans on the Basis of 898 operations. Angiology, I: 432 - 437, 1950.
- 15) LERICHE, (R.); KUNLIN, (J.); BOELY, (C.). — Lessons of Aortography. Angiology. I: 109 - 132, 1950.
- 16) ARNULF, (G.). — Chirurgie artérielle. Technique - Indications - Résultats. Pág. 133. Masson et Cie. Paris. 1950.
- 17) BOYD, (A. M.); JEPSON, (R. P.). — External iliac artery thrombosis. British Med Jour, 1:1457 - 1460, Jne 24, 1950.
- 18) LERICHE, (R.); BEACONSFIELD, (P.); BOELY, (C.). — Aorto-

- graphy: Its interpretación and value; a report of 200 cases. Surg. Gyn. Obst. 94:83-90; 1952.
- 19) WAGNER, (F. B.). — Present status of arteriography of peripheral vessels. Angiology, 499-516, 1951.
- 20) SERVELLE, (M.). — Pathologie vasculaire. Médicale et Chirurgicale. Masson et Cie. 1952, Paris.

Dr. Roglia. — Considero muy interesante el trabajo del Dr. Palma, dado que él hizo hincapié sobre que el síndrome de Leriche no es tan frecuente como se cree, y que se inicia en un gran número de los casos en las arterias ilíacas.

Precisamente si yo tomé la palabra no es por mi versación en el tema, sino orque en este momento tengo en tratamiento y he realizado el primer tiempo de la operación de Leriche en un enfermo que muestra en una aortografía la aorta trombosada de la mesentérica para abajo, no se vé la ilíaca izquierda, es decir, la arteria del miembro que presenta gangrena de los dedos, y se vé la ilíaca externa derecha, y desde luego, se vé una rica circulación colateral lumbar, y también mesentérica inferior seguramente llevando la sangre colateral por intermedio de las arterias del recto.

Es una aortografía muy buena y quería destacar que ese síndrome es unilateral; en el miembro derecho, a no ser la ausencia de pulso, no existe ninguna sintomatología funcional, absolutamente ninguna.

Es un síndrome unilateral, y sin embargo existe una trombosis de aorta, que tiene casi 5 cmts.

En la primera operación que le hice, que lleva ya dos semanas de operado, le hice una simpaticectomía lumbar del lado izquierdo y además una arterectomía de la ilíaca externa y de la ilíaca primitiva, desde el anillo crural hasta la bifurcación aórtica. Estas arterias estaban trombosadas y calcificadas. Esta operación, debo manifestar, que no dió por ahora, el resultado esperado; los dolores siguen iguales, pero espero hacerle la segunda operación del lado izquierdo, que consistirá en extirparle la aorta y la ilíaca primitiva, trombosadas (la ilíaca externa se vé en la aortografía) y además una simpaticectomía lumbar derecha, y ver el resultado producido por esa operación, que es aconsejada por algunos cirujanos, pero no aceptada por otros.

Bien, termino diciendo que me parece muy interesante el problema que ha planteado el Dr. Palma.

Dr. Suzacq. — Yo voy a hablar un poco de colado aquí, porque fui invitado por el Dr. Chifflet para mostrar, si puedo, una aortografía a propósito de un síndrome de Leriche, que nos encontramos en la Sala 7 del Servicio del Dr. Urioste. De manera que, como dice el Dr. Roglia, aprovecho el caso que él también lo conoce, y si se me permite; si no lo veremos al final en otro momento.

Pero quería decir una cosa que Leriche hizo hincapié al definir su síndrome, en que éste comienza por una de las ilíacas, especialmente por

la derecha, y que así progresa hacia la aorta terminal, después de la cual descendía hacia la otra iliaca, para tomar la encrucijada. De manera que yo creo, no hablo de mi experiencia, porque no tengo más que este caso, de que debe ser muy difícil establecer una diferencia entre la enfermedad de una iliaca y el síndrome, que éste más bien es inicial, y el período inicial del síndrome de Leriche porque en su estudio y la aortografía que sacó Leriche de su síndrome, él mostró que por la placa de calcificación o la placa arterio-esclerótica de la iliaca, es punto de partida de la trombosis, en ella, de manera que si él después siguiendo esos enfermos encontró que había una propagación posterior de la trombosis hacia la aorta, me parece que es un poco difícil de hacer diferenciación entre la enfermedad de la iliaca propiamente y el período inicial del síndrome de Leriche; eso es lo que yo pongo aquí a consideración porque precisamente el síndrome de Leriche comienza en la gran mayoría de los casos por una trombosis de iliaca y muy rara vez por una trombosis de la aorta terminal que se propaga a las iliacas, caso que también se ve.

Dr. Chifflet. — La circunstancia de haber intervenido recientemente dos enfermos por manifestaciones clínicas de impotencia de miembros inferiores, nos permite acompañar al Dr. Palma en su planteamiento de este problema. El primer enfermo presentaba el clásico síndrome de Leriche en forma típica y por dificultad para hacer la aortografía pre-operatoria, fué intervenido. Encontramos en el acto operatorio la normalidad prácticamente absoluta de la arteria aorta, con lesiones que estaban únicamente en las arterias iliacas.

El segundo caso que intervinimos hace poco es precisamente el que se refiere al colega Dr. Suzacq; era un enfermo que presentaba el mismo síndrome y la aortografía pre-operatoria permitió localizar la lesión en la aorta e ir a una intervención quirúrgica sabiendo ya que existía la obstrucción de la aorta.

Probablemente esa placa sea similar a la que se refiere el doctor Roglia.

Dr. Otero. — ¿Quiere presentarla?

Dr. Suzacq. — Se han sacado aortografías, en la cual, parte por defecto de técnicas y parte porque la placa es chica, no se vé el límite superior de la trombosis, pero de todas maneras se ve bien el relleno del riñón; nosotros podemos suponer que la trombosis comienza por debajo de las arterias renales. Aquí se vé bien la falta absoluta de la visión de la aorta, lo mismo que la iliaca izquierda y sus ramas. En cambio, vemos la derecha y sus ramas que son muy finitas y toda una circulación colateral muy marcada aquí y posiblemente sea la lumbar y sea posiblemente la mesentérica inferior.

Nosotros creemos interesante mostrar esta aortografía.

Dr. Chifflet. — En la operación se reconoció una falta del latido de todo el segmento de la aorta por debajo de las renales y obturación de la iliaca primitiva izquierda. Como intervención quirúrgica se hizo sobre

la aorta nada más que la liberación y simpaticectomía del lado izquierdo.

Dr. Palma. -- Yo agradezco especialmente al Prof. Chifflet, a su colaborador Dr. Suzacq y al Prof. Roglia, sus comentarios a esta comunicación. En lo que se refiere al Prof. Chifflet, me place que una persona de la capacidad de él tenga un concepto concordante con el nuestro. Creemos, de acuerdo con nuestra pequeña experiencia, e incluso con las modificaciones de criterio del propio profesor Leriche, que el síndrome de Leriche es menos frecuente que el síndrome de las arterias ilíacas. Cuando luego de largá evolución, la arteriopatía de las ilíacas toma la aorta terminal, ya no se trata en realidad del síndrome de Leriche propiamente dicho. Leriche lo describió como propio de la aorta terminal; fué Martorell, en 1946, que describió su iniciación en las arterias ilíacas. Posteriormente Leriche, en un trabajo en 1950, admite que en un porcentaje importante de casos comienza en las arterias ilíacas.

De estas placas, que nos ha mostrado el Dr. Suzacq, no se pueden sacar conclusiones, porque no se ve la punta de la aguja y no sabe en que arteria se ha hecho la inyección. No se vé la aorta y se vé la arteria mesentérica; las anastomosis que se han señalado corresponden a las ramas y arcadas de la mesentérica. Es posible que haya puncionado la arteria aorta, pero es más probable que corresponda, como en un caso que vi recientemente en el Hospital Maciel, a una punción de la arteria mesentérica. Basta un pequeño desplazamiento para que se puncione el tronco de la mesentérica en vez de la aorta. En estas placas no se vé la aguja llegar o penetrar en la aorta, ni se visualiza la aorta en la más mínima porción, ni se ven las renales o sus ramas inferiores. En consecuencia, no se puede asegurar que ha sido puncionada la aorta. En lo que se refiere a la visualización del riñón en la placa, no tiene valor probatorio, porque los estudios recientes demuestran que a los pocos segundos de inyectada la sustancia opaca, se hace visible el riñón en las radiografías.

Varios autores han mostrado en el reciente Congreso Internacional de Radiología, que el riñón puede ser visualizado totalmente a los efectos de la nefrografía (no de la urografía), con placas seriadas, a los pocos segundos de inyectada la sustancia opaca en cualquier vaso del organismo. Si la arteria aorta hubiera sido inyectada por encima de la segunda lumbar, posiblemente al nivel de la 1ª lumbar o de la 12ª dorsal, tendrían que verse las arterias renales o sus ramas y algo mismo del parénquima renal, que no se vé en las primeras placas de la serie. En cambio están llenas las arterias mesentéricas, por lo que creo que se ha puncionado directamente el tronco de la mesentérica superior, o a lo más la aguja ha atravesado la aorta y ha penetrado en la mesentérica superior.

El aporte que nos trae el Dr. Roglia es interesante. Desde luego el síndrome de Leriche existe, y no lo negamos. Nosotros insistimos, de acuerdo con nuestra experiencia, que la arteriopatía obliterante de las ilíacas, constituye otro síndrome bien definido, con sus signos propios y que es más frecuente de lo que puede pensarse a primera vista.