

A propósito del tratamiento de las arteritis obliterantes.

(En discusión)

Dr. PRAT.—

La interesante comunicación de los doctores Montes Pareja y Maisonnave sobre "Inyección de alcohol en el nervio tibial posterior en el tratamiento de la arteritis obliterante", nos da la oportunidad de exponer nuestra opinión sintética sobre tan importante tema.

Empezaremos por considerar la observación de los colegas mencionados, para terminar con consideraciones generales sobre las arteritis obliterantes.

Los doctores Montes Pareja y Maisonnave presentan un caso de arteritis obliterante doble, en el que tuvieron que amputar el miembro derecho, por gangrena progresiva, mientras que consideran haber tenido un éxito franco en el tratamiento de la gangrena inicial del pie izquierdo del mismo enfermo, que trataron con simpaticectomía infructuosamente, y luego inyecciones de alcohol en el nervio tibial que, según los colegas, logró vencer el espasmo arterial permanente, causa de los accidentes.

Del análisis de los hechos no surge el convencimiento clínico del éxito terapéutico, tan fácilmente como lo admiten los autores de la comunicación. Por lo pronto, tiene interés el tipo anatómico de arteritis que se nos presentó: ¿es una arteritis obliterante sífilítica o es una tromboangeitis obliterante de Buerger? La comunicación no lo dice categóricamente y no obstante establecerse en la observación que el paciente tuvo, hace diez y seis años, un chancro sífilítico, como no se le ha hecho ningún tratamiento antiespecífico, quiero suponer que la sífilis fué descartada en absoluto en este caso, cosa que quizás hubiera convenido, no hacer tan categóricamente en estos enfermos, porque no obstante su Wassermann negativo, estamos ya muy habituados a confirmar sífilis en enfermos con Wassermann negativo, en pacientes que nunca fueron tratados por ningún antiespecífico y, como comprobación, les puedo citar un caso reciente de mi clínica, que con esa reacción francamente negativa, presentó gigantescas gomas sífilíticas, como ja-

más había visto y que, seguramente, nunca más veré, y que durante mucho tiempo fueron confundidas con una generalización sarcomatosa. Parece deducirse que los doctores Montes Pareja y Maisonnave, aceptan en su paciente una arteritis obliterante de Buerger, y aunque el caso tiene las características clínicas y anatomo-patológicas de ese tipo de tromboangeítis obliterante, no se cita la clásica mejoría de los dolores y los trastornos, con la posición declive. Aceptado que se trata de una arteritis obliterante tipo Buerger, corresponde analizar el éxito terapéutico de la inyección de alcohol y si la gangrena era debida al espasmo arterial permanente.

No se puede negar la extrema sensibilidad reaccional vascular de las arteritis obliterantes, especialmente a los agentes físicos y, en particular, al frío y a los traumatismos. Pero en el caso en cuestión hay un factor de isquemia, al que creo no se le ha dado el verdadero valor que tiene; me refiero a la continuada compresión que el talón izquierdo del paciente tuvo que sufrir al apoyarse en la cama, y que puede haber sido el agente localizador de la gangrena, en un miembro con arteritis obliterante que en ningún momento la oscilometría pudo provocar ninguna oscilación de origen arterial.

Antes de pensar en el espasmo arterial permanente y concomitante con él, convendría analizar la acción de la compresión de decúbito, cuyos efectos corrientemente observamos como productor de úlceras, en enfermos con buena irrigación y que se constata en los fracturados, ya sea en el talón o en las partes salientes de la región sacra de los denutridos. Nada de particular tendría que en un sujeto con un déficit grande de irrigación por su arteritis, la compresión continuada del talón en la cama ocasionara una gangrena; localización que, si bien no descarta en absoluto la acción del espasmo, no es ella la más común y corriente, pues éste tiende a iniciar sus efectos gangrenosos en los extremos de los dedos, donde la red capilar es más fina y sufre mayormente la acción del espasmo.

Los autores de la comunicación aseguran categóricamente, que los accidentes circulatorios eran debidos, en su mayor parte, a fenómenos espasmódicos; respetamos y aceptamos ese convencimiento clínico, pero nos parece que nuestras consideraciones sobre ese punto, son atinadas y lógicas, y que están justificadas porque la veracidad del hecho aceptado no está indiscutiblemente demostrado. Quizá una arteriografía con sales de torio, hubiera contribuído mejor a obtener ese convencimiento.

En lo que se refiere al tratamiento, representado por una simpati-

cectomía y la alcoholización del tibial posterior, siendo esta última a la que se adjudica los honores del éxito, si bien fué una mejoría franca y un cambio fundamental de la lesión, no podemos considerar que fuera una cura radical, desde el momento que la sobrevida no alcanzó más que al restringido tiempo de un mes de tratamiento. Recordemos que las remisiones son frecuentes en la arteritis obliterante y consecutivas a cualquier tratamiento, a veces, después de afecciones intercurrentes o después de operaciones que nada tenían que ver con la arteritis. Es por esto, que Silbert exige, antes de hablar de curación en la arteritis obliterante, que transcurra un período de cinco años, en que no sólo han desaparecido los dolores, sino que no haya habido que recurrir a la amputación.

Se ha considerado, en este caso, la simpaticectomía como un fracaso; sin embargo, cabe considerar la inyección de alcohol del nervio tibial, como una simpaticectomía química. La elongación o el "hersage" de los nervios, tiene una feliz acción sobre las mortificaciones o gangrenas parciales del pie, cambiando y mejorando mucho el metabolismo de los tejidos del miembro, algo semejante sucede con las inyecciones de alcohol, y ha sido Gosset quien ha puesto bien de manifiesto, por sus hermosas láminas histológicas, la endarteritis obliterante de la arteria nutricia del nervio tibial posterior. Si bien el alcohol pudo actuar sobre los haces nerviosos del sistema espinal, no puede negarse que su acción pudiera hacerse efectiva y por acción química sobre los filetes nerviosos de los vasos nerviosos, y es en ese sentido que decíamos que la terapéutica empleada podía actuar como una simpaticectomía. De cualquier manera que sea. Montes Pareja y Maisonanve, nos han demostrado con su caso, que aun cuando fracase la simpaticectomía, antes de ir a la amputación, se puede tentar una terapéutica activa en los nervios principales regionales.

Pasando a las consideraciones generales de las arteritis obliterantes, debemos destacar un hecho estadístico de gran valor y que se refiere a la poca frecuencia con que observamos actualmente la arteritis obliterante y, en especial, la arteritis sífilítica. No he tenido tiempo de hacer una estadística completa sobre esta afección vascular, pero recuerdo perfectamente la frecuencia de los casos de arteritis sífilítica, en las clínicas de nuestros hospitales, cuando cursamos medicina, frecuencia que se ha trocado en una relativa rareza. Esto nos hace suponer que el rol del Instituto Profiláctico de la Sífilis ha sido beneficioso y que la falta de comprobación de una de las frecuentes consecuencias del

treponema, como es la arteritis obliterante, es un resultado feliz de la profilaxis y del tratamiento de la sífilis en nuestro país.

Algunos números pueden comprobar la poca frecuencia actual de la arteritis obliterante: en 1927 y 28, en quince meses de actuación en la Sala Cabrera, sólo se trataron cuatro arteritis, de las cuales dos del tipo Buerger. En 1931, en el H. Pasteur, sólo se operó una gangrena por arteritis (descartada la gangrena diabética), e igual cosa podemos decir de 1932 y 1933. Quiere decir, pues, que la gangrena por arteritis obliterante es relativamente poco frecuente y más rara aún, la tromboangeítis obliterante. De acuerdo con lo observado, nos había sorprendido la gran cantidad de casos que pudo reunir Diez, en una sola clínica de Buenos Aires, 68 tromboangeítis obliterantes en seis años, cosa que se explica en una gran ciudad como Buenos Aires, donde acuden tantos inmigrantes, especialmente de la raza judía, que es la más perseguida por esta enfermedad, ya que el criollo parece ser un terreno poco propicio al Buerger.

En ciertos casos la etiología de la arteritis no puede llegar a determinarse, mientras en otros sólo se encuentra como agente el tabagismo, que parece constituir un factor no despreciable de intoxicación en los grandes fumadores y, posiblemente, único agente patogénico de la arteritis en determinados casos.

Se ha dicho y con razón, que la absorción en los tejidos isquémicos o en evolución gangrenosa, está muy atenuada o suprimida, verdad a medias, pues la gran mayoría de los enfermos con gangrena seca o húmeda, presentan un grado más o menos pronunciado de toxemia. Cuando tuve el honor de suplir al profesor Lamas en su clínica del H. Maciel, teniendo que retirarme cierto día temprano de la clínica, dejé la indicación de que se amputara una gangrena muy avanzada, que no había hecho el surco de eliminación. El médico que debía amputarlo lo vió tan mal, que optó por no operarlo; al día siguiente lo encontré en cama, a pesar de todo y contra la opinión del personal de la Clínica llené la indicación operatoria, amputé en el tercio inferior del muslo y el enfermo se salvó. La toxemia en las gangrenas repercute fundamentalmente sobre el estado general de los enfermos y cuando éstos empiezan a desmejorarse, no hay que titubear en suprimir de inmediato el foco de intoxicación.

En materia de arteritis obliterante siempre ha constituido una seria preocupación de los cirujanos, el determinar el sitio donde debe efectuarse la amputación del miembro en las gangrenas. Del viejo y empírico método clásico que indicaba el sitio de la amputación, según la

invasión gangrenosa del miembro, se ha evolucionado y progresado mucho con el empleo de la oscilometría, de la prueba de Moskowicz y de la moderna arteriografía. La oscilometría, método preciso, pues constituye el explorador ultrasensible del pulso, suele dar resultados paradójales, vale decir, que a veces el Pachon revelará latidos y oscilaciones en plena gangrena y, otras veces, silencio oscilométrico en tejidos de apariencia normal. Jeanuenez, ha puesto bien de manifiesto esto con sus expresivos esquemas. El Pachon hace hacer sacrificio inútil del miembro, si se amputa como lo establece el precepto clásico, donde el índice oscilométrico es normal; a veces hemos amputado en sitios que no oscilaba el Pachon y la cicatrización ha sido normal. Esto tiene gran valor en la enfermedad de Buerger, donde se trata de sujetos jóvenes que a menudo hay que amputarles ambas piernas y si la operación se hace alta, la prótesis ortopédica puede ser difícil o imposible. La oscilometría, que parecía tan segura y absoluta, no toma en cuenta la circulación colateral y eso puede hacer fallar fundamentalmente el método, si no fallar en el sentido estricto de la palabra, por lo menos puede perjudicar al enfermo portador de la gangrena al hacer suprimir inútilmente una parte útil y conservable del miembro.

La prueba de Moskowicz, que ha sido considerada como peligrosa y brutal, y que fué desplazada por la oscilometría, gana terreno día a día y se ha comprobado que es un medio excelente para establecer el sitio de la amputación, si se le emplea correctamente y con la técnica precisa indicada por su autor. Quizás tenga el defecto inverso de la oscilometría, que localiza muy abajo la amputación; por eso, quizás, el término medio y justo, consistirá en determinar la irrigación del miembro por ambos métodos y tomar como resultado el término medio de ambas pruebas.

La arteriografía ha venido, en último término, con pretensiones de suplantar a los demás métodos y es indudable que en estos últimos tiempos se ha vulgarizado mucho. El empleo del yoduro de sodio, muy irritante, fué sustituido por el abrodil y uroselectan con ventajas y éstos, por el torotrast. El empleo de esta sal ha representado un perfeccionamiento técnico muy importante, pues la inyección permite suprimir la anestesia y la descubierta de la arteria que había que hacer con los otros métodos, y ha permitido que se utilice en la práctica en gran escala como lo ha preconizado y realizado recientemente Leriche, en veintiocho arteriografías, cosa que le ha permitido afirmar "que ningún procedimiento da datos tan precisos sobre la circulación de un miembro enfermo".

Desde que apareció el torotrast nos propusimos emplearlo en la arteriografía, práctica que nunca quisimos emplear anteriormente con las otras sustancias, que reputamos que no eran anodinas para el organismo. Sobre el mismo torotrast, se ha dado la voz de alarma en "El Día Médico", de Buenos Aires, pero refiriéndose a su empleo en las hepatografías. De acuerdo con nuestra práctica, debemos declarar que en dos casos en que tentamos hacer la arteriografía, tanto mi Interno como yo, fracasamos en el intento, pues no pudimos penetrar con la aguja en la luz de la arteria femoral, lo que me hizo suponer que, frecuentemente, la trombosis acompaña la arteritis y esa obliteración tiene que haber sido la causa del fracaso para inyectar el torotrast.

En resumen, los métodos para establecer el sitio donde se ha de efectuar la amputación en las gangrenas por arteritis se han perfeccionado bastante y hasta permiten realizar el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de arteritis. A pesar de todo, la localización frecuente y segura de la amputación persiste, siendo el tercio inferior del muslo lo que autoriza al cirujano a realizar aquí la amputación cuando no cuente o no pueda efectuar los métodos modernos de investigación de la circulación arterial de los miembros.

En lo que se refiere a la terapéutica de la arteritis obliterante hemos usado los diferentes procedimientos clásicos sin mayor éxito, puesto que casi siempre hemos tenido que recurrir finalmente a la amputación. En general, hemos agotado la expectación con el tratamiento médico, recurriendo al calor en todas sus formas (Bier, baños, etc.), los vasodilatadores (acetilcolina) y toda la medicación recomendada en estos casos, insistiendo en el tratamiento antiespecífico en los sifilíticos. A menudo hemos recurrido a la simpaticectomía arterial, la que si no nos dió éxitos francos y categóricos, casi siempre contribuyó a mejorar la irrigación y el trofismo del miembro. En cambio, con la simpaticectomía hemos obtenido un brillante éxito bilateral en una gangrena doble de los pies, por congelación.

Nunca hemos hecho la suprarrenalectomía, operación preconizada por Oppel en el Buerger, que tanto ensalza este autor y que ha sido muy criticado por otros cirujanos. Tampoco hemos querido hacer la resección del plexo lumbar en la tromboangeítis obliterante, operación que Díez, en la Argentina, ha considerado como la operación de elección. Nuestra práctica, en la gangrena inminente por arteritis obliterante, se ha limitado a realizar un tratamiento médico activo y lógico, dirigido al agente causal de la arteritis, cuando éste era conocido; más o menos empírico cuando nos era desconocido. Cuando la gangrena estaba ins-

talada o los casos no llegaban en ese estado, recurríamos a la amputación del miembro o a amputaciones parciales del pie, cuando se trataba de gangrenas parciales y limitadas. La anestesia empleada corrientemente ha sido la raquianestesia y, en los casos graves y avanzados, la local. La amputación más corrientemente empleada ha sido en el tercio inferior del muslo, y en algún caso realizamos la amputación osteoplástica a expensas de la rótula.

Consideraciones sobre tres casos de cirugía de las vías urinarias.

Por los Doctores D. PRAT, A. LOUBEJÁC y Pract. BARBEROUSSE

Tres casos clínicos de cirugía de las vías biliares que, simultáneamente, han sido tratados en nuestra clínica del Hospital Pasteur, con características clínicas y anatomo-patológicas que consideramos interesantes, nos han inducido a presentarlos a la Sociedad de Cirugía de Montevideo.

He aquí las observaciones clínicas:

1.º caso: Colecistitis calculosa y pancreatitis concomitante en un páncreas en posición anormal.

Rosalía M. de P., italiana, casada, 36 años de edad.

Enfermedad actual: Se inicia hace tres días, con un cuadro agudo de vientre; bruscamente, con intensos dolores continuos en el epigastrio, irradiados al hipocondrio derecho y región escapular del mismo lado. Los dolores persistieron durante siete horas, calmándose únicamente y sólo en parte, después de una inyección de morfina. Vómitos biliosos. Tenesmo rectal, con defecación normal. Orinas muy oscuras ese mismo día. No ha tenido fiebre ni ningún otro trastorno, ni se ha notado ictericia.

Antecedentes personales: Menstruaciones siempre normales. Dos embarazos, el último hace tres años. Es en el quinto mes de este embarazo que siente por primera vez ese tipo de dolor que, visto por el médico, es interpretado como cólico hepático. Se repite a los dos meses y al año. Pasa un año bien. Hace dos meses fuerte cuadro agudo de vientre que, considerado como peritonitis de origen apendicular, obliga a la intervención (Dr. Artagaveytia). Se constata apéndice sano y la exploración vesicular no parece dar la seguridad de la existencia de cálculos. Alta a los siete días y tres días después, nuevo cuadro semejante, que exige su nueva hospitalización. Mejora, pero repitiéndose sus dolores, a pesar de hacer la enferma un riguroso tratamiento. Son esos intensos dolores los que motivan su ingreso a nuestro Servicio.

Examen: Nuestra enferma presenta un buen estado general. Apirética, sin ictericia, ni estado saburral de las vías digestivas. Corazón y pulmones normales.