

ANGIOLOGIA

Formas clínicas del Síndrome de Obliteración de los Troncos Supr aórticos

Contribución de 3 Casos personales

DR. José Gómez-Márquez G. ()*

El cuadro clínico que caracteriza al Síndrome de Obliteración de los Troncos Supraaórticos se ha popularizado en los últimos años, tanto entre médicos generales como angiólogos y cada día aparecen informes desde los más alejados puntos del planeta. Esto demuestra que este síndrome es mucho más frecuente de lo que se creyó en un tiempo, que no es una mera curiosidad científica, y que su conocimiento es imprescindible para todo médico. En la República de Honduras, describimos con Flores Fiallos el primer caso en 1950 ⁽¹⁰⁾ que es muy factible haya sido asimismo el primero en Centro América. Desde entonces dos nuevos casos se han sumado a nuestra casuística. El objeto de la presente comunicación es doble: por una parte aclarar, puntualizar ciertos conceptos referentes a este síndrome cooperando así con otros autores, en terminar con el confusionismo que ha reinado en torno a su nomenclatura, etiología, anatomía patológica y tratamiento; y por otra, referir brevemente nuestros tres casos, porque cada uno de ellos presenta, dentro de un común denominador, ciertas características diferentes, que precisamente por ello, le dan toda la personalidad al Síndrome ya aludido. No puede ser nuestra intención hacer una revisión exhaustiva de este problema. Varios angiólogos se han ocupado del tema en forma detallada, o abarcando ciertos aspectos especiales del asunto, debiendo destacar muy especialmente el documentado trabajo de Martorell, publicado en 1959 ⁽¹⁴⁾. Pretendemos únicamente, resumir en estas líneas los conceptos relacionados con este Síndrome y sobre todo aclarar ciertos puntos que aún se prestan a controversias.

NOMENCLATURA. Una serie de denominaciones se han usado, habiendo venido a crear una gran desorientación. No mencionaremos sino algunos de los más conocidos: Enfermedad sin pulso. Síndrome del Arco Aórtico. Coartación invertida de la aorta. Enfermedad de Takayashu, etc. Sobre esto hay algo en que es necesario hacer hincapié y es la diferenciación absoluta entre lo que constituye el "Síndrome" y la enfermedad de Takayashu. Respecto a esta última, descrita por este oftalmólogo japonés, tiene como substrato histológico,

{*} Jefe del Departamento de Cirugía General y Vascular de La Policlínica, S. A., Jefe Adhonorem del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General San Felipe. Profesor Adjunto de Cirugía, en la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

un proceso de arteritis inespecífica y desde el punto de vista anatomopatológico, es un proceso inflamatorio granulomatoso o difuso con una marcada arterioesclerosis juvenil secundaria que culmina en una estenosis severa de la luz arterial; y desde el punto de vista sintomático, agrega a los demás propios del "Síndrome", la gran frecuencia de las lesiones del aparato visual. El "Síndrome" por el contrario, constituye un proceso obliterativo de los principales troncos arteriales que emergen del arco aórtico, proceso que puede ser debido a un sinnúmero de causas, entre otras la arteritis inespecífica típica de la enfermedad de Takayashu. Por tanto si el "Síndrome" tiene su característica sintomática, basada en la obliteración de los troncos supraaórticos, lógico es llamarlo con Martorell, Síndrome de Obliteración de los Troncos Supraaórticos. El llamarlo o no, como muchos autores lo hacen, Síndrome de Martorell-Fabré, en honor de los dos médicos que lo describieron por primera vez en un informe magistral, es ya cuestión de apreciación y de sentido de justicia, ya que lo que se persigue con esta denominación es honrar a estos autores, dándole su nombre, a lo que ellos describieron en forma tan completa. Todas las demás nomenclaturas, pecan de algo. El de "Síndrome del cayado de la aorta" que aún sería el más aceptable, porque no lleva consigo claramente el concepto de obliteración de sus troncos; el de "Enfermedad sin pulso" porque es evidente que ello no es aceptable en un análisis serio puesto que en la inmensa mayoría de los casos, estos enfermos sí tienen pulso, aunque éste no se pueda palpar en las arterias donde habitualmente se toma éste, la arteria radial especialmente; pero sí lo hay en las arterias de los miembros inferiores o incluso algunas veces en los superiores aunque débil, bien sea en uno o en los dos lados. El de "Enfermedad de Takayashu" ya hemos dicho por qué debe ser rechazado formalmente. Roszewski ¹⁸ abarca un aspecto puramente embriológico al llamarla "arteritis branquial" por el hecho, de que en los casos clásicos, la arteritis está circunscrita a los vasos derivados de las arterias branquiales originales. Nasu ¹⁶ adopta un criterio, sobre todo histológico, al llamarla "troncoarteritis productiva granulomatosa" y además no hay que olvidar, que en esta ocasión, se está refiriendo exclusivamente al Takayashu. Por estas razones, nosotros creemos que es bien lógico llamar al síndrome de "Obliteración de los Troncos Supraaórticos" o "Síndrome de Martorell-Fabré".

HISTORIA. Primer caso (según Caldwell y Skipper) Descrito por Savory en 1856 ¹³.

Segundo caso: Broadbent en 1857.

Descripción de Takayashu en 1908.

Primero en la literatura americana: Griffin en 1939. Posteriormente siguen los de Eliot, Usher y Stone.

Presentación de F. Martorell y Fabré en 1944 sobre un caso estudiado el año anterior, haciendo una descripción magistral del "Síndrome" y ordenando conceptos y casos que hasta el momento habían estado dispersos en la literatura y sin relación entre sí.

Presentación de Frovig y Locken en 1951: Semejante a la de Martorell y Fabré de la cual no habían tenido conocimiento.

Presentación en 1952 por parte de Cacamise (oftalmólogo) y Whitman (internista) en los EE.UU. de un caso de enfermedad de Takayashu.

CASUÍSTICA.—Se han publicado numerosos casos, especialmente en estos últimos años. Martorell en 1959 ¹⁴ publica la recopilación de 221 casos, de los

cuales, 109 pertenecían a la enfermedad en takayashu propiamente dicha. la mayor parte de los casos han sido publicados en el Japón (16). En otros países las publicaciones son escasas: para el caso en Grecia, solo dos: «1 primero publicado en 1958 por Aravanis y col. (18)». En Honduras hasta el momento tres casos, publicado el primero en 1959 por Flores Fiallos y nosotros (19). No leñemos conocimiento hasta «1 presenta de otros casos publicados en Centro América. Paramo (17) en su Tesis Doctoral en México publica en 1962, la recopilación de 234 casos de los cuales 4 personales.

ETIOLOGÍA. Una vez bien aclaradas las relaciones entre el "Síndrome" y la Enfermedad de Takayashu, se comprueba que el "Síndrome" puede ser debido a cualquier proceso susceptible de provocar la obstrucción de los troncos que emerger. del cayado aórtico y que son (14):

- a) Aneurisma disecante (probablemente el primer caso de Savory fue de este tipo).
- b) Aneurisma sífilítico.
- c) Sífilis aórtica.
- d) Arterioesclerosis.
- e) Trombofilia esencial.
- f) Anomalías congénitas del arco aórtico,
- g) Arteritis inespecificada de las mujeres jóvenes (Enfermedad de Takayashu).

Según la estadística de Martorell, había 47 casos de ateroma comprobados. Capdevilla y col. (20) creen que hoy en día la variedad arterioesclerótica es más frecuente que el Takayashu.

En nuestros casos dos son debidos probablemente a arteritis inespecíficas y otro es una posible trombofilia esencial.

Por lo que se refiere a la etiología de la Enfermedad de Takayashu (no el Síndrome) los conceptos distan mucho de estar claros.

NASA (15) hecho el estudio necroscópico de 21 casos en el Japón.

Examinó n 19 al entre a os por serró-reacción por sífilis, siendo todos negativos. A 15 les hizo tuberculinorreacción y resultaron 11 positivos. Cree que la causa no está establecida hasta el presente a pesar de que algunos casos muestran evidencias sugestivas de tuberculosis; por ello se cree que los agentes pueden ser múltiples. Se piensa en el desarrollo de una arterioesclerosis juvenil secundaria. Es posible, por lo tanto, que ni siquiera el Takayashu sea en realidad una enfermedad autónoma. Ask-Up-mark (19), señala la posible importancia del stress hemodinámico en la localización específica de la obstrucción en los troncos supraaórticos así: "El arco aórtico y sus ramas están sometidos a las mayores fuerzas hemodinámicas en el organismo. La presión arterial media es ahí más alta y disminuye gradualmente hacia la periferia. La función de los grandes vasos elásticos es modelar el efecto del choque de dichas fuerzas manteniéndose así la presión diastólica y el flujo. Aquí también está una explicación de la lesión".

SINTOMATOLOGÍA.—El cuadro sintomático tal como lo plantea Martorell (14) está formado por:

- 1.—Atrofia facial.
- 2.—**Sincope** ortostático y ataques epiléptiformes.
- 3.—Algias cráneo-cervical es, claudicación intermitente maseterina.

- 4.—Necrosis (cara, nariz-, paladar, lesiones isquémicas de la piel del cráneo y con frecuencia piorrea alveolar).
- 5.—Soplo y thrill.
- 6.—Circulación colateral (pueden observarse en algunas ocasiones erosiones costales debidas a los gruesos vasos colaterales que dejan su impresión en la costilla).
- 7.—Hipertensión arterial en los miembros inferiores.
- 8.—Isquemia de los miembros superiores (parentesias o hipoestusias, disminución de la fuerza muscular, atrofia muscular), Pérdida de los **pulsos**. Habitualmente no hay trastornos tróficos de las manos.
- 9.—Hemiplejía y afasia.
- 10.—Trastornos oculares: amaurosis transitorias, cataratas, atrofia del iris, atrofia del nervio óptico sin edema papilar, disminución de la tensión arterial retiniana.

Cabe resaltar que en dos de nuestros casos había hemiplejía concomitante; ésto, según señalan varios autores, pueden ser un acompañante del síndrome, bastante claro por otra parte, de comprender.

En cuanto a la necrosis de los dedos, observada por nosotros en el último caso, se dice que es muy poco frecuente. Existen dos casos referidos, según Martorell, uno por Puente Llopis y Pinto, y otro por Costa Méndez y Fagundes, que serian hasta ahora, los únicos en la literatura mundial, pero haciendo resaltar que eran casos incompletos. El nuestro también era unilateral.

Beretervide y col. ¹³, citan que aunque falta la onda del pulso, la circulación existe, aunque muy restringida. Por ello no se producen trastornos tróficos. Después vienen los dolores en reposo o al menor esfuerzo.

Desde luego, como ya se ha dicho, en los casos de Takayashu predominan los síntomas oculares ¹⁴.

FORMAS CLÍNICAS.—Parecen existir algunos casos familiares. Alonso ^{al}, cita un caso en dos hermanas que cree es el primero en la literatura mundial. Hay formas incompletas en las cuales la obliteración no abarrea todos los troncos sino algunos de ellos y en otras ocasiones, afecta exclusivamente un lado, a los cuales Learmonth en 1953 llamó "Hemi Martorell Syndrome". Así son los citados por Puente y colaboradores y Costa y Fagundes. En nuestros tres casos uno de ellos era unilateral.

Muy interesantes son los casos citados en los últimos años, en los cuales la OTSA se combina con coartación de la aorta unas veces y otras con trombosis de la entrecruzada aorto-iliaca, produciéndose entonces una verdadera enfermedad sin pulso. Tales son los 10 casos referidos por Triada y colaboradores ¹⁵ en que la asociación es con una coartación atípica de la aorta y los referidos por Martorell y Harguindey en los que la OTSA iba acompañada de oclusión trombótica de la bifurcación aorto-iliaca. Estos últimos han recopilado 9 casos ¹⁵ de los cuales cada uno de los autores tiene uno.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Es la propia de la variedad etiológica en cada caso. En lo que respecta al Takayashu, según NASA ¹⁸, esta enfermedad es

esencialmente una **mesoarteritis** del arco aórtico y de los grandes troncos que emergen de ella, que **muestran** una túnica media y una adventicia con un proceso inflamatorio gran ultima toso o difuso, complicado con una marcada arterioesclerosis **juvenil secundaria** y que culmina con una estenosis severa de la luz arterial. El cuadro histológico **de** la arteritis se asemeja al de la sifilitica pero es distinta a la enfermedad de **Buerger**. Los casos que están en período cicatricial, **desarrollan un engrasamiento** de la pared arterial y acortamiento de la arteria, estado **que** puede ser llamado de "**arterioesclerocirrosis** obliterante juvenil".

ESTUDIO RADIOLÓGICO.—Parece ser bastante, interesante a fin de lograr objetivización del cuadro y para llevar a cabo su diagnóstico precoz <⁵>. En cuanto al método a usar varía según los autores. Koszewski <¹³> e Inada y col. <ⁿ> hablan de las ventajas de la aortografía retrógrada. Capdevilla y col. en un detenido trabajo sobre este asunto <^s> **puntualizan** los **diversos** métodos:

- a) Punción **directa** del arco **aórtico**.
- b) Punción directa **uní** o bilateral de [as subclavias.
- r) Punción directa de la carótida primitiva a contracorriente.
- d) Cateterismo de la arteria radial hacia arriba (Técnica de Radner) o su modificación, por la humeral.
- e) Aortografía retrógrada según Seldinger (a través de la femoral).

En nuestra opinión, las tres primeras son peligrosas o insuficientes y sólo merecen atención las dos últimas. En nuestros tres casos, hicimos en los dos primeros, la técnica de Radner modificada (por la arteria humeral) no obteniendo resultados en el **primer** caso por defectos técnicos y muy buen resultado en el segundo, si bien con la desventaja de visualizar sólo un lado. Por otra parte nos parece que el **peligro** de provocar trombosis de la arteria humeral ya de por sí bastante averiada es **grande**. En nuestros dos casos hubo arterioespasmo violento con frialdad de la mano **que** se prolongó por espacio de varias horas. El método de aortografía retrógrada nos **parece** más inocuo y adecuado y es el que usamos *en* el último caso.

PRONOSTICO.—Es más severo en el Takayashu <³>. Algunos calculan que la muerte sobreviene en un lapso muy variable de año y medio a 20 años y que su causa es con frecuencia la isquemia cerebral o la insuficiencia cardíaca. **Martorell** <^m> dice que la muerte suele ser por caquexia progresiva que en **opinión** de algunos, es semejante a la caquexia de Simmonds. por isquemia hipofisaria. En otras ocasiones **sobreviene** la muerte por trombosis de las arterias cerebrales, renales o coronarias.

TRATAMIENTO.— Desde el punto de vista médico, los casos de tipo Takayashu podrán tratarse eventualmente con Fenilbutazona y Prednisolona. En **los demás** casos variará según la etiología. El tratamiento anticoagulante puede **ser favorable** en algunos casos (2-14-18).

Desde el punto de vista quirúrgico, cabe hacer el restablecimiento de la circulación troncular por los procedimientos corrientes de tromboendarterectomía o resección seguida de injerto, si bien es fácil de comprender la enorme dificultad de **este** tipo de operaciones debido a la localización de la lesión. No obstante, los progresos de la cirugía vascular son tan grandes que ya se citan casos de **tales** procedimientos algunos con éxito de los cuales señalamos:

Inada y col (1) hicieron by pass aorto-aórtico en casos acompañados de **coarctación** de la aorta con marcada **mejoría** clínica. Creech y col resección del arco aórtico por aneurisma; los dos **fallecieron**, el primero el primer día y el segundo al 12^o sin presentar lesiones cerebrales. **Davis**, Grave y Julián (17), tromboendarterectomía del tronco braquiocefálico, obteniendo repulsión de la arteria carótida pero no de la subclavia. Julián y Oye, dos casos tratados con tromboendarterectomía. Warren y Triedeman (18) **otros dos casos Iguales** al interior.

INFORME DE LOS CASOS

CASO N° 1 (19). C.A.R. de 18 años de edad. Originario de Yoro, estudiante. HACE- 5 años que se inició su enfermedad por parálisis súbita de brazo y pierna izquierda, acompañado de disartria. Se hospitalizó permaneciendo dos **meses en cama** al cabo de los cuales se inició lenta mejoría. Se observó también desviación de la boca hacia el lado derecho, No hubo trastornos de la sensibilidad. Desde entonces ha habido recuperación parcial de su parálisis observándose contracturas y atrofas **musculares**. La mejoría de su estado le permitió continuar sus **estudios** y con fecha 22 de octubre, de 1959 ingresó al Hospital General de Tegucigalpa, con el objeto de buscar alivio a los trastornos **motores** de los miembros del lado **izquierdo**.

No se encuentran datos de particular en su anamnesis **lejana** ni en su historia familiar. Al **examen físico** se encuentra **psiquis** despejada, panículo adiposo sumamente disminuido. Pares de del brazo **izquierdo** y del miembro inferior del mismo lado con contracturas musculares. Presión arterial **90/60 en el brazo** derecho, con pulso casi imperceptible de 90 por minuto; en el brazo **izquierdo** no se puede apreciar la presión, ni tampoco el pulso. **Tampoco se** encuentran pulsos en la humeral ni carótida izquierdas, ni en la subclavia del mismo lado, Muy leve pulso en la humeral derecha y nada en la carótida ni en la subclavia del mismo lado. 'Thri II' **notable en ambas** carótidas donde a la auscultación se percibe un soplo sistólico y diastólico con propagación a la base del cuello.

En el aparato cardio-respiratorio, soplo holosistólico en todo el precordio con aumento e intensidad al acercarse al cuello en donde se oye un sorlo rudo, **hado 4. continuo**, con **refuerzo** sistólico. El examen del aparato visual es **negativo u como** todos los demás aparatos. Ante este cuadro, tan claramente sugestivo de **síndrome** de obliteración de los troncos supraórticos apuramos el interrogatorio y **encontramos** que el paciente ha notado pequeña claudicación intermitente, maseterina con motivo de la masticación de ciertos alimentos duros, cosa que no le sucedía antes y claudicación intermitente, as mismo, en el brazo derecho con motivo de ejercicio moderado.

En los exámenes complementarios: no se encuentra ninguna alteración.

Examen radiológico de pulmones: normal.

Examen radiológico de corazón y mediastino: normal.

Se hace disección de la arteria humeral derecha <pe se encuentra atrófica y se introduce por allí una sonda ureteral llevándola por control radioscópico hasta el cayado de la aorta donde se inyecta Urografín al 70%. La inyección se **repite** tres veces consecutivas, pero no se logra visualizar el arco aórtico ni sus troncos. Suponemos que la falta de un aparato de hiperpresión y la de un seriógrafo son las causas de este fracaso.

Biopsia de músculo: se informa tejido muscular estriado normal.

La obstrucción arterial se esquematiza *en* la Fig. N° 1.

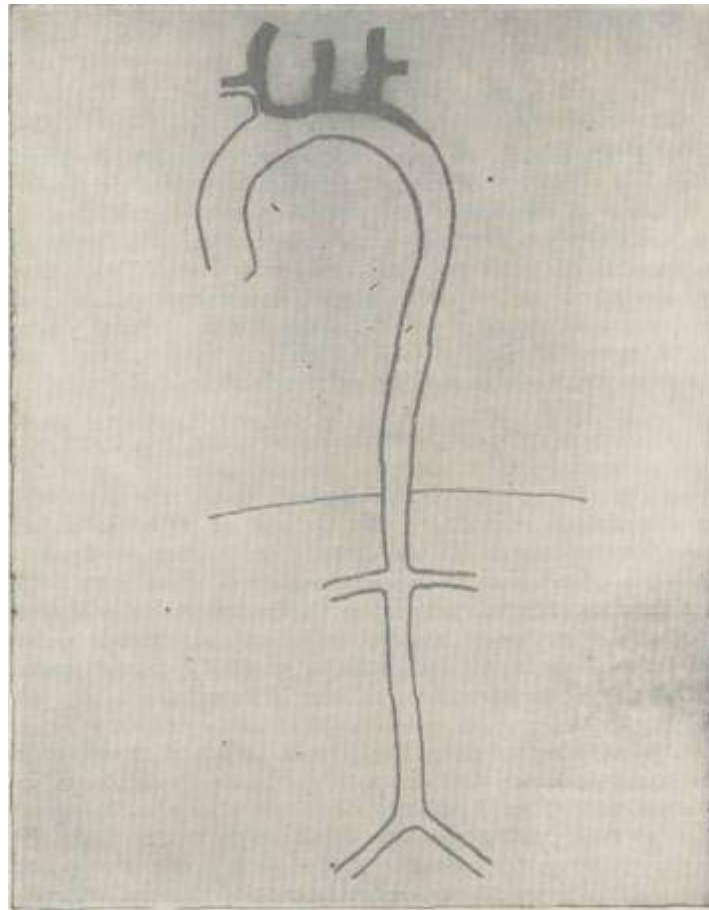


FIG. No- 1 Esquema de la obstrucción arterial en el caso 1°

Nuestro paciente estuvo sometido a un tratamiento a base de anticoagulantes de tipo dicumarínico y Prednisolona. Aparentemente el enfermo experimentó una mejoría alentadora: aumento de peso, hubo regresión bastante acentuada de la claudicación intermitente maseterina y del miembro superior derecho. El estado del pulso en las carótidas, subclavias, humerales, cubitales y radiales continuó siendo el mismo.

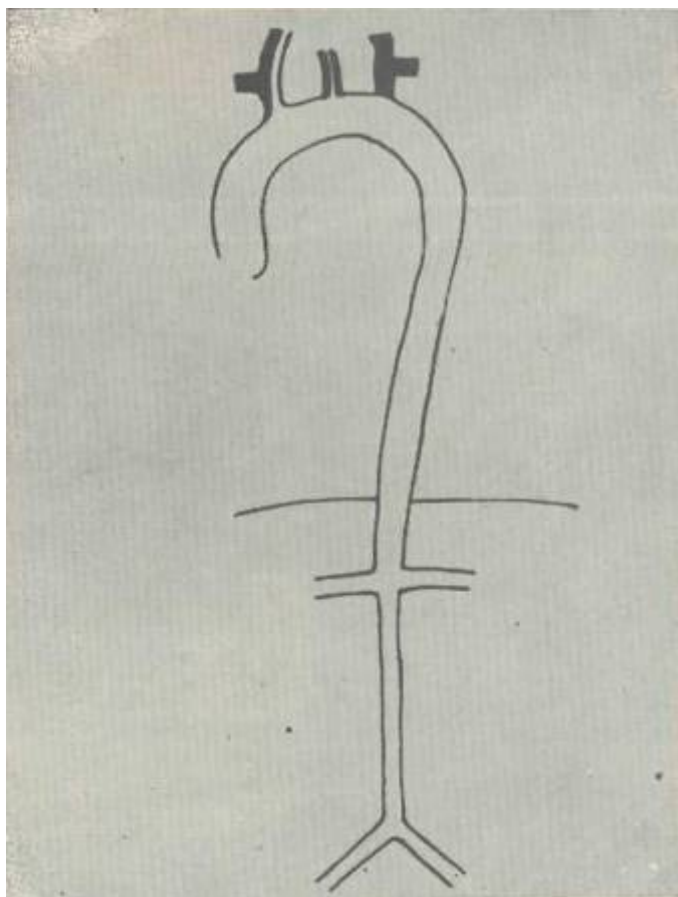
Fue dado de alta y perdido de vista.

CASO N° 2. G.G. de U. de 22 años, sexo femenino, casada. Nacida en Juticaipea y residente en El Zamorano. Ingresó el 9 de septiembre de 1962.

Aproximadamente hace un año sin causa aparente, dolor de intensidad **regular** en cara posterior de la región deltoidea izquierda con sensación de calor en todo el **brazo izquierdo**. Poco después igual sintomatología en el lado opuesto. Desde entonces ha quedado con dolor ligero pero que aumenta con ciertos ejercicios como **lavar, planchar, barrer** y bañarse y se acompañan de sensación de adormecimiento de los dedos **meñique** y anular. Palidez del codo para abajo, hipotermia de toda la mano, cianosis de las uñas, y *con* motivo de los ejercicios, sensación de cansancio del antebrazo. En varias ocasiones cefalea frontonasal con la impresión de perder el conocimiento. Enflaquecimiento generalizado. Cuando siente los dolores en los miembros superiores después del ejercicio, tiene que suspender éste unos minutos para sentir alivio de sus dolores.

Antecedentes Nulípara. **Disminución** de peso desde hace un año. Gran **Disminución** de la libido.

Exploración. **Negativa** salvo lo que se refiere al sistema vascular. La compresión carotídea provoca ataques epiléptiformes.



ne.Mt.1

Esquema da la obstrucción irrtial an al coa 2*

Pulsos; **Presentes** los **carotídeos**. Ausentes los de los miembros **superiores**.

Oscilometría de miembros superiores:

| | <i>Derecho</i> | <i>Izquierdo</i> |
|------------------------|----------------|------------------|
| Brazo | 1/6 | 1/4 |
| Antebrazo | 1/10 | 1/8 |
| Muñeca ... | 1/10 | 1/10 |

Miembros inferiores normales. "

Examen: **Hematocrito: 39 vol.**

Kahn y V. D. R. L: 0.

Eritrosedimentación: 35 xnni.

L.C.R.: Normal.

El resto de los exámenes **complementarios** es **normal**.

En la Fig. N° 2 esquema de la lesión vascular.

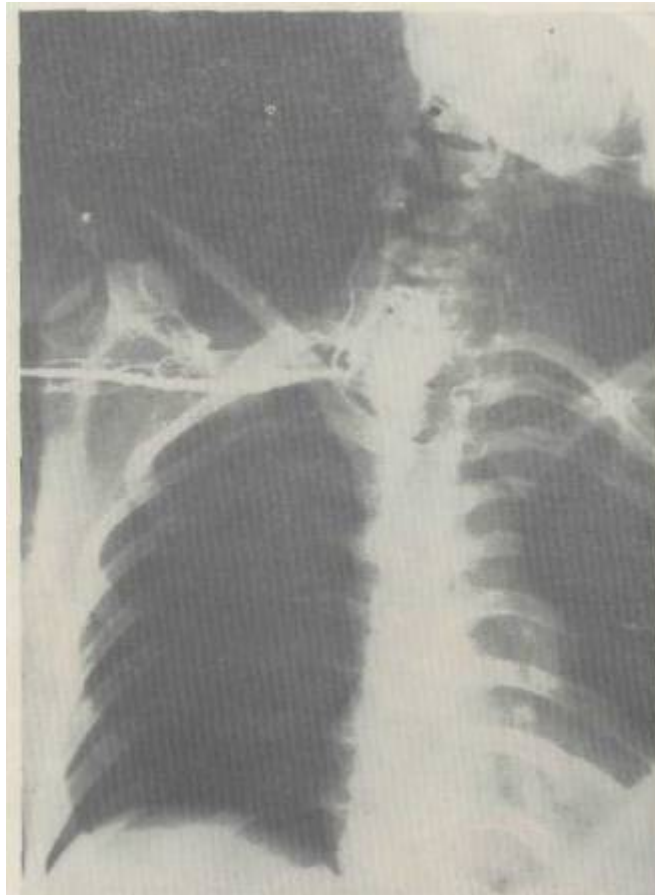


FIG. No. 3

Arteriografía del taso 1°

Radiología. Técnica de Radner modificada con **introducción de catéter** por arteria humeral derecha. El medio opaco sólo incluyó las dos arterias vertebrales y la arteria **subclavia** derecha (**Fig. N° 3**).

Tratamiento Se sometió a **terapéutica** con Prednisolona sin obtenerse mejoría alguna. Ha sido vista periódicamente en el mismo estado.

CASO NC 3. Y.%. **36** años. **Sexo** femenino. **Soltera.** Oficios **domésticos**, procedente del Copantillo-Lepaterique.

Ingreso: 27 de abril de 1963,

Hace 22 días cefalea y ictus con hemiplejía izquierda de instalación súbita. Actualmente se queja de moderada cefalea y la marcha es hemipléjica. T. A. 120/80.

Antecedentes. Hace 3 años, **ataques** con pérdida de conocimiento, seguida de hemiplejía y afasia que duró 2 días. A los 28 años, ataques en tres ocasiones con aura inicial, pérdida de conocimiento sin relajación de esfínteres. Ha tenido 6 embarazos los cuales 5 han terminado en aborto y uno con parto normal.



FIG. No- 4 fotografía
del caso 3

El examen de los distintos aparatos es normal salvo lo que se refiere al sistema nervioso y al vascular.

Exploración.—Se encuentra carótida derecha dura y sin latidos, que rueda bajo el dedo. Hay hemiplejía izquierda. El 24 de mayo de 1963 (Dr. Rafael Molina Castro) se expuso la arteria carótida primitiva que se encontró totalmente trombosada. Se seccionó entre dos ligaduras, se tomó un fragmento de la arteria de 1 cm. de longitud, comprobándose una obstrucción total del vaso. El material se envía a Anatomía Patológica.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Raúl Durón M.)—Lo único evidente en el estudio patológico es la presencia de un trombo organizado en el fragmento de arteria remitido. La impresión inicial de que dicho trombo se haya originado de una placa de ateroma no es sostenible. La presencia del infiltrado pareciera favorecer más la hipótesis de la existencia de un proceso de arteritis en grado mínimo, cuya etiología no es posible determinar por este estudio histológico. Estos cambios infamatorios se observan en sitios bastante alejados del punto de implantación del trombo. La presencia de células leucocitarias dentro del mismo trombo no puede ser considerada como indicio de reacción inflamatoria sino como un elemento acompañante del tejido de granulación.

Reingreso.—El 4 de junio de 1963. Hace 22 días, calambres, piquetazos en el brazo derecho; sensación de frialdad en los dedos, seguido de aparición de una vesícula en el pulpejo del índice. Se produce necrosis de éste, hasta la caída espontánea de la falange. Fig. N° 4).

Exámenes complementarios: Eritrosedimentación 22 mm/h. V. D. R. L.: 0. Resto Normal.

Radiología; Mano derecha. Intensa osteoporosis de los huesos de la mano. La última falange del índice ha sido reabsorbida. Estos cambios son indicativos de un trastorno trófico. Parénquima pulmonar normal. Corazón, aorta y mediastino sin alteraciones. El borde anteroinferior del cuerpo de la C5 y el anterosuperior de la C6 presentan pequeños osteofitos, lo que es indicativo de un proceso de osteoartritis degenerativa. No hay costillas cervicales.

AORTOGRAFIA RETROGRADA: (por arteria femoral derecha) — Sólo se visualizan las arterias carótidas y subclavia izquierda y las vertebrales de ambos lados. (El medio de contraste se ha diluido ostensiblemente).

Examen Angiológico.—**PULSOS:** miembros superiores: derecho: abolición de subclavia hacia abajo. Izquierdo: todos presentes. Miembros inferiores: en ambos lados, **presentes** los femorales. No se encuentran poplíteos, tibiales posteriores o pedios.

OSCILOMETRIA

Miembros Superiores

| | Derecho | Izquierdo |
|----------------|---------|-----------|
| Brazo | 1/10 | 1 |
| Codo..... | 0 | 1 |
| Muñeca _ ... _ | 0 | 1 1/4 |

Miembro inferiores*

| | | |
|---------------|-------|--------------------------------|
| Muslo..... | 1 3/4 | 3/4 |
| Pierna..... | 3/4 | Imposible ¡x»r temblores |
| Maleólo | 1/4 | Imposible por temblores |

En la **figura N" 5**, esquema de la **¡lesión** vascular.

7 ratantiento.—Se **ind'có** terapia a ntj coagulan te, no obteniéndose ninguna me ¡orja.



FIG. No. 5 Esquema ds la obstrucción arterial
del casa 3"

DISCUSIÓN.—Como expusimos en la parte introductiva, perseguíamos el fin de demostrar dos nuevos casos personales cuya sintomatología junto con la presentada por nuestro primer caso quedan esquematizados en el cuadro adjunto.

| | Caso N° 1 | Caso N° 2 | Caso N° 3 |
|--|--------------------|------------------|----------------------|
| Edad | 18 a. | 22 a. | 37 a. |
| Sexo | M. | F. | F. |
| Ataques epileptiformes | No | No | Si |
| Algias musculares | Si | Si | Si |
| Hemiplejía | Si | No | Si |
| Adelgazamiento | Si | Si | Si |
| Ausencia pulsos miembros superiores | Bilateral | Bilateral | Unilateral |
| Disminución notabe índice Oscilométrico | Bilateral | Bilateral | Unilateral |
| Soplo en región carotídea | Presente | Ausente | Ausente |
| Claudicación intermitente maseterina | Si | No | No |
| Claudicación intermitente miembros superiores | Si | Si | ? |
| Sincope a la comprensión carotídea | Si | Si | ? |
| Patología ocular | No | No | No |
| Trastornos tróficos | No | No | Si |
| Etiología | Trombofilia | Arteritis | Arteritis |
| | Esencial | In específica? | Inespecífica? |

Vale la pena hacer notar, **que** en uno de los casos, la obliteración de los troncos **supraórticos fue** unilateral, t-s decir semejante a los casos descritos por Learmonth y Puente y col, y **que** se presentaron severo*; trastornos tróficos, que llevaron consigo la **mutilación espontánea** de un dedo. Desde el punto de vista **etiológico**, el **primero tal ve/ lo** podríamos **considerar** como una **trombofilia** esencial; el segundo y el **tercero parecen obedecer** a arteritis **inespecíficas**.

Estos casos, **demuestran** una vez más **lo ya expresado** por Martorel en tantas ocasiones, **es** decir, el hecho **evidente** de que el síndrome de obliteración **de** los troncos supraórticos, que **lleva su** nombre puede **presentarse** en una forma **completa** o incompleta, **llegando** incluso hasta la **unilateralidad** y que existen una serie de factores etiológicos. uno de los cuales **simplemente**, es la enfermedad de **Takayashu**.

RESUMEN. Se hace una **revisión referente** a los conceptos existentes **sobra** el Síndrome de Obliteración de los troncos Supraórticos, haciendo la presentación de tres **casos personales**, dos de ellos parciales y uno de éstos con **trastornos** tróficos distales.

B I L I O G R A F I A

- 1.—Alonso, T. Enfermedad sin pulso en dos hermanas. *Angiologia* 14:132:1962.
- 2.—Aravanis, C. Michoeldides. *G. Aortic Arch Syndrome, Angiology* 12:595:1961.
- 3.—Beretervide, J. J.—Pereiro Torres, R. A. Rapaport, M. Di Buccio, A. Enfermedad sin pulso. Síndrome de Takayashu. La Prensa Médica Argentina. 49:655:1962.
- 4.—Birke, G. Erjup B. O'hagen. B. Painless Disease, A Clinical Analysis of ten cases, *Angiology* 8:433:1957.
- 5.—capdevilla Mirabet, J. M. Olba Mirallea, L. Rodríguez López, T. Rodríguez Arla3, A. Visualización angiográfica de los troncos supraórticos y sus ramas, *Angiologia* 14:135:1962.
- 6.—Creech, O. De Bakey, M. E. Mahafey. Total resection of the Aortic Arch. *Surgery* 40:871:1956.
- 7.—Davis, J. B.—Grove W, J. Julián, O. C. Thrombotic Occlusion of the branches of the aortic arch. Martorell'Syndrome: Report of a case treated surgically *Annals of Surgery*. 144:124:1956.

- 8 He Medeiros A. Ribeiro. A. P. Enfermedad de Takayashu. Estudio **crítico** <le un caso. *Angiología*: 12:19:1960. 9.—Editorial. Arteritis de Takayashu y el Síndrome del Arco Aórtico. *Revista Clínica Española*. Torno 86:300:1962.
- 10.—Flores Fallos A, Gómez-Márquez G., J. Un nuevo caso de Síndrome de Obliteración de los Troncos Supraórticos. *Angiología* 11:187:1959. 11.—Inada K. Shimizu H. Yokoyama, T. Pulseless Disease and Atypical Coartation of the Aorta with special reference to their génesis. *Surgery*: 52:433:1962. 12.— Julián O. C—Dye W. S. Martorell'Syndrome of the aortic arch. *The Medical Clinics of North America*. Enero 1957. p. J80. :;j. liozzewski B. J. Branchial Arteritis or Aortic Arch Arteritis. A new Inflammatory Arterial disease (pulseless Disease) *Angiology* 9:180:1958. 11. Mailo c 1 F. El síndrme de Obliteración de los Troncos Supraórticos. *Angiología*: 11:1:1959. 15— Martorell F. Sánchez Harguíndey L. Martorell A. Arterioesclerosis de la aorta con oclusión trombótica de sus principales troncos. *Angiología*: 11:1:1959. 18.—Nasu, T. Pathology and Critical' Review of twenty-one **Autopsy** Cases reportes in Japan. *Angiology*-14:225:1963. L7, Paramo, M. Síndrome del cayado de la Aorta (Obliteración de 'os troncos Supraórticos) Díaz Ballesteros, F. *Angiología*. Suplemento I: 15:1:1963. ■ Puente J. L. Llopis Rey J. J. Pintos, C. Un caso de obliteración de los troncos supraórticos. Síndrome unilateral de Martorell *Cirugía Genecología y Urología* 11-303:1957.
19. Warren R. Triedeman, L. Enfermedad sin pulso y trombosis de la arteria carótida. Consideraciones Quirurgicas. *Angiología (ext)* 10:75:1959.