# INDICACIONES DE LOS INJERTOS BIFURCADOS EN EL SECTOR AORTO-ILÍACO. EXPERIENCIA PERSONAL DE 27 CASOS

E. Viver Manresa, N. Galindo, R. Castromín, R. C. de Sobregrau

Las lesiones obliterantes del sector aorto-ilíaco, pueden corregirse quirúrgicamente, en líneas generales, según las siguientes técnicas: la tromboendarterectomía con o sin patch, la resección seguida de la colocación de un injerto o la práctica de un by-pass.

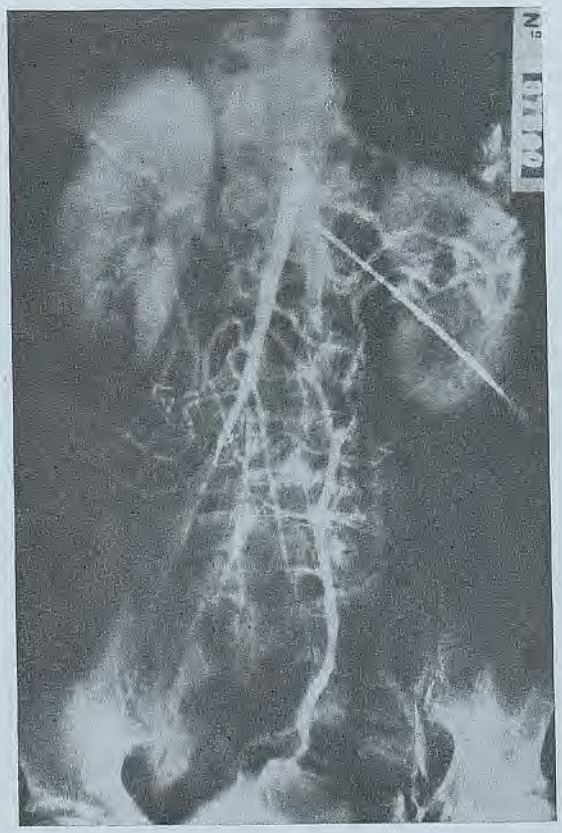

Fig. 1. — Obliteración aortoiliaca completa.

FIG. 1a. — Detalle operatorio del caso anterior donde se ve la luz arterial completamente ocupada.

FIG. 1b. — Fotografía de la pieza sacada al practicar la tromboendarterectomía de la aorta antes de la colocación del injerto.

FIG. 1c. — El injerto bifurcado en su sitio.

FIG. 1d. — Arteriografía de comprobación del mismo enfermo.

La elección de una de estas técnicas, estará condicionada a los datos obtenidos por la exploración clínica, el examen arteriográfico y sobre todo por los hallazgos operatorios.

Los enfermos tributarios de cirugía arterial directa, independientemente de la técnica elegida, deben reunir unas condiciones, que vamos a señalar:

*A*) Estado general satisfactorio. Enfermos con historia reciente de un infarto, con una función respiratoria limitada, o un proceso renal importante no son candidatos a este tipo de cirugía.

*B*) Claudicación inferior a los 150 metros.

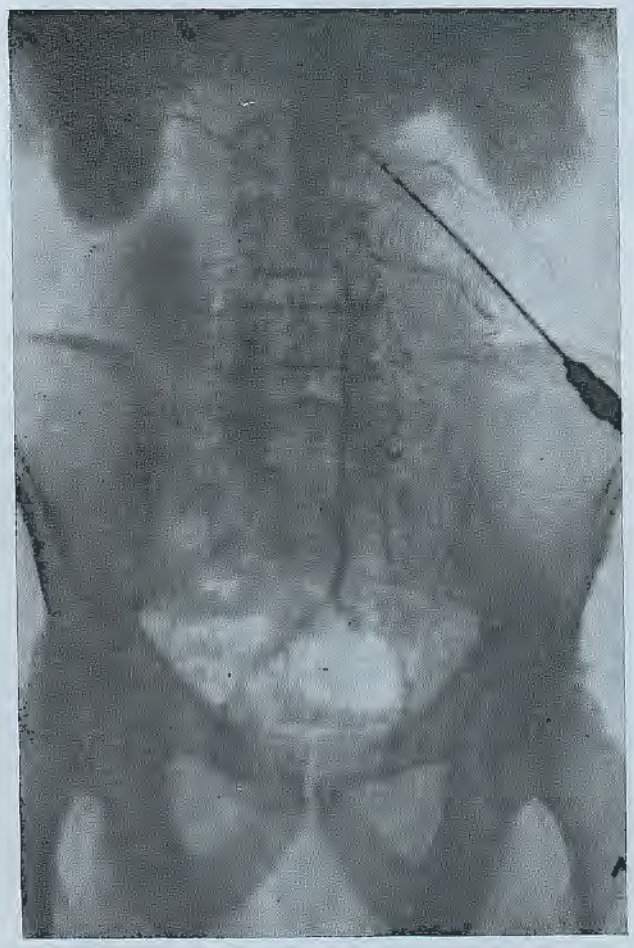

Fig. 2. — Obliteración de ambas ilíacas común y externa.

C) Dolor en reposo, lesiones tróficas o gangrena distal tributaria de una amputación mínima.

Cumplidas estas premisas y realizando un examen arteriográfico, nosotros indicamos la práctica de un injerto o by-pass bifurcado en los siguientes casos:

1) Enfermos que presentan una obliteración completa de la aorta terminal e ilíacas común y externa (figs. 1, 1-a, 1-b, 1-c, 1-d).

FIG. 2a
Arteriografía de comprobación donde se ve la prótesis ya colocada.

2) Enfermos con lesiones obliterantes o estenosantes extensas de ambas ilíacas común y externa, con repermeabilización de la femoral común, estando la femoral superficial permeable u obliterada (figs 2, 2-a).

3) Enfermos con lesiones estenosantes extensas de la bifurcación aórtica con lesiones extensas de las ilíacas (figs. 3, 3-a).

4) En los aneurismas de la aorta terminal, con afectación de las ilíacas. En los casos en que la lesión aneurismática está limitada a la aorta terminal, es preferible practicar la resección seguida de la restitución de la continuidad arterial mediante la colocación de un injerto en posición término terminal sustituyendo el segmento de aorta resecado (figs. 4, 4-a, 4-b, 4-c).

FIG. 3. — Arteriografía donde se ven las lesiones extensas de ambas ilíacas y femoral en el lado derecho.

FIG. 3a. — El mismo caso con el injerto colocado.

FIG. 4. — Detalle operatorio del caso anterior.

FIG. 4a. — Aneurisma aorta abdominal.

5) Cuando en el curso de una endarterectomía se presentan dificultades técnicas o algún accidente.

6) En los jóvenes, siempre que sea factible deberá intentarse la práctica de una tromboendarterectomía, sin embargo en aquellos casos en que

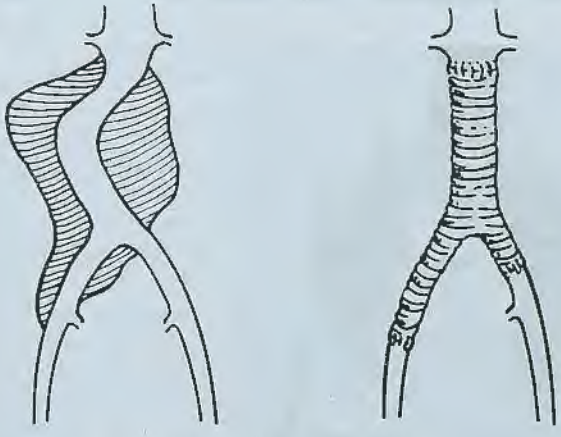

FIG. 4b. — Dibujo de la lesión y del injerto.

FIG. 4c Fotografía del injerto colocado en el caso del aneurisma.

existe un grado importante de calcificaciones en la pared arterial, y las ilíacas común y externa sean de pequeño calibre, nos inclinamos por la práctica de un by-pass.

En los casos de aneurismas de la aorta terminal, es aconsejable practicar las anastomosis de las ramas del injerto a nivel de la ilíaca común o externa, usando la anastomosis término lateral.

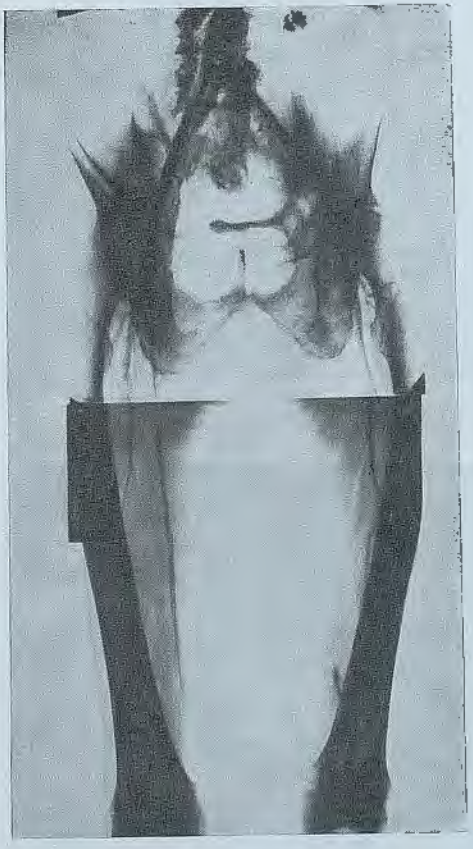

FIG. 5. — Arteriografía de comprobación donde se puede apreciar el by-pass aortofemoral y en el lado izquierdo el by-pass con safena fémoro-poplíteo.

Para asegurar la permeabilidad del injerto, tenemos que estar seguros de que la luz arterial, ya sea de la femoral profunda o la femoral superficial, o si es posible de las dos mejor, esté patente, para conseguir así, un buen run-off imprescindible para el buen funcionamiento del injerto. Si al abrir la femoral común nos encontramos con que la boca de la femoral profunda está estenosada por una placa de ateroma, debemos proceder a practicar una endarterectomía de dicha arteria.

En la mayoría de los casos, la práctica de un injerto aorto-femoral, es suficiente para mejorar las manifestaciones clínicas del enfermo, a pesar de presentar éste, lesiones obliterantes en el sector femoro-popliteo. Sin embargo en algunos casos, y a pesar de la revascularización de la femoral profunda, persisten las lesiones isquémicas, debiéndose por lo tanto intentarse la repermeabilización distal al sector obliterado. En la figura 5, enseñamos la arteriografía de comprobación de un enfermo al cual se le practicó en un primer tiempo un by-pass aorto femoral, y fue preciso en una segunda intervención la colocación de un by-pass con safena en la extremidad izquierda desde la femoral superficial a la poplítea.

Nuestra estadística personal es de 27 casos, todos ellos de sexo masculino, siendo el más joven de 52 años y el más anciano de 68 años.

En la Tabla 1, detallamos los datos referentes a la edad, tipo de lesiones y localizaciones, así como los resultados obtenidos.

Referente a los resultados obtenidos, damos la calificación de excelentes cuando aparecen los pulsos distales en pedia o tibial posterior, con curación completa de sus lesiones y manifestaciones clínicas. En los casos en que la femoral superficial está afectada, como es lógico, no pueden aparecer pulsos distales, catalogando nosotros entonces los resultados como buenos si hay pulsos en femoral común, curación de sus lesiones isquémicas y desaparición o disminución de la claudicación intermitente. Damos la puntuación de regular cuando la mejoría sólo es en una extremidad, como es en uno de nuestros casos, en el cual se presentó una trombosis inmediata de una rama del injerto.

TABLA 1

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número de casos | 27 | Art. obliterante | 23 |
| Aneurismas | 4 | Con F.S. permeable | 6 |
| Art. obliterante | 23 | Con F.S. afectada | 17 |
| Sexo | Masculinos | Excelente | 6 |
| Edad | 52-68 | Bueno | 16 |
| Aneurismas | 4 | Regulares | 1 |
| Excelentes | 4 | Mortalidad | 2 |

Los dos éxitus, fueron uno por infarto de miocardio y el otro por un accidente vascular cerebral, ambos diagnósticos comprobados por autopsia. En el momento de fallecer, que fue a las 48 horas en el primer caso y a los 6 días en el segundo, ambos presentaban pulsos en ambas regiones inguinales, motivo por el cual los hemos incluido dentro de los enfermos catalogados como buenos.

*Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Barcelona. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio de Cirugía A.* (*Dr.* SOLER-ROIG.)