

Presentación de un caso de injerto aorto-femoral bifurcado en una enferma de 75 años de edad, histerectomizada y radiada

ALFONSO LOPEZ-QUINTANA, LUIS RIERA y
RICARDO GOMEZ, Médicos Residentes

LUIS ALONSO-CASTRILLO, Jefe de Sección

Servicio Central de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la S. S.
(Jefe: Prof. Cristóbal Martínez-Bordiu)
Residencia Sanitaria «La Paz»
Madrid (España)

Se presenta un caso de injerto aorto-femoral bifurcado, teniendo en cuenta los parámetros hasta el momento aceptados de relativas contraindicaciones (7).

El interés de presentar este caso radica, quizás, en que con la evolución de los medios paraquirúrgicos podemos adoptar en determinadas ocasiones actitudes quirúrgicas más agresivas.

Caso clínico: R.S.A., mujer de 75 años de edad. Profesión, sus labores.

En abril de 1975 acude de urgencia a nuestro Servicio por indicación de su médico de cabecera, con el diagnóstico de isquemia de ambos miembros inferiores, grado IV/IV. Refiere dolor en reposo en las dos extremidades inferiores, frialdad, parestesias en los dedos del pie izquierdo e impotencia funcional de dicho pie.

Presenta antecedentes de claudicación intermitente bilateral, a los 30 m. desde hace cuatro años, claudicación que fue en aumento hasta que se limitó a 4 m. días antes de su ingreso.

Exploración: Ausencia de pulsatilidad en ambas extremidades inferiores; piel fría —más en el lado izquierdo—, seca, descamativa, coloración cianótica en todos los dedos del pie izquierdo y en el primer dedo del pie derecho. Oscilometría de 0,5 en tercio superior de muslo derecho, siendo de 0 en el resto del miembro; en el miembro inferior izquierdo es de 0 en toda su extensión. T.A. 200/140 mmHg. Resto de la exploración vascular, dentro de la normalidad.

Hace 12 años le practicaron una histerectomía más anexectomía bilateral por adenocarcinoma endometrial, grado II, según biopsia endometrial. Aplicación pos-

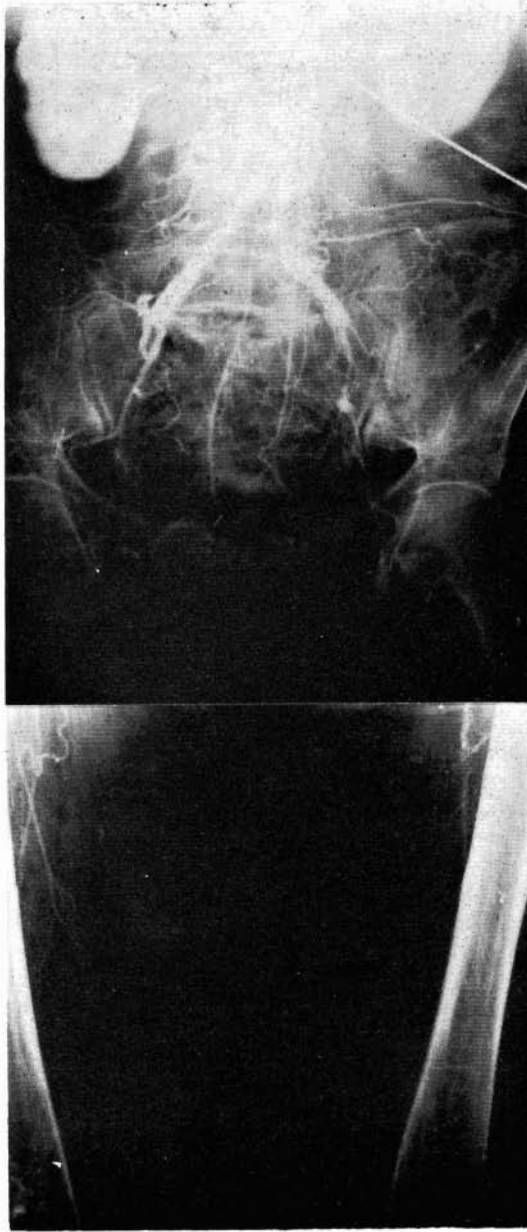


Fig. 1: Aortografía translumbar. Aorta aflautada a nivel abdominal, ateromatosis de ambas ilíacas comunes y oclusión desde su bifurcación. Visualización sólo de las femorales profundas, muy pobres, hacia abajo. Zonas de calcio en territorio de la femoral superficial derecha. — Fig. 2: Aortografía postoperatoria, que corrobora la exploración clínica y la oscilografía, demostrativas de una mejor irrigación en el lado derecho.

terior de gammaterapia, 5.000 Rad. en 40 sesiones aplicadas en cuatro campos, dos anteriores y dos posteriores.

Hace 10 años, infección urinaria.

Diabetes mellitus conocida desde hace 5 años, controlada con dieta y antidiabéticos orales.

Hace un año, hipertensiva, con tensiones de 240/160 mmHg. con cefaleas de repetición desde entonces.

Antecedentes familiares, sin interés.

Exploración cardiopulmonar: estertores en ambas bases, con disminución del murmullo vesicular y pequeña excursión ventilatoria. Auscultación cardíaca, normal. ECG: dentro de los límites de la normalidad.

En abdomen cabe destacar una cicatriz infraumbilical.

Con el diagnóstico clínico de Oclusión de ambas arterias ilíacas externas, se practica aortografía translumbar (fig. 1): Aorta aflautada a nivel abdominal, ateromatosis de ambas ilíacas comunes y oclusión desde la bifurcación de las ilíacas comunes. En miembros inferiores se visualizan sólo unas femorales profundas muy pobres, observándose zonas de calcio en lo que se supone territorio de la arteria femoral superficial derecha.

En los análisis únicamente cabe resaltar: Grupo sanguíneo 0 (+). Glucemia, 204 mg. por mil; urea 58 mg. por mil; LDH = 340; proteinuria = 0,2 g. por mil. Sedimento urinario: Leucocitos, 10-13 por campo, cristales de ácido úrico, intensa bacteriuria. Resto de análisis, dentro de la normalidad.

Con estos datos se decide llevar a cabo la intervención qui-

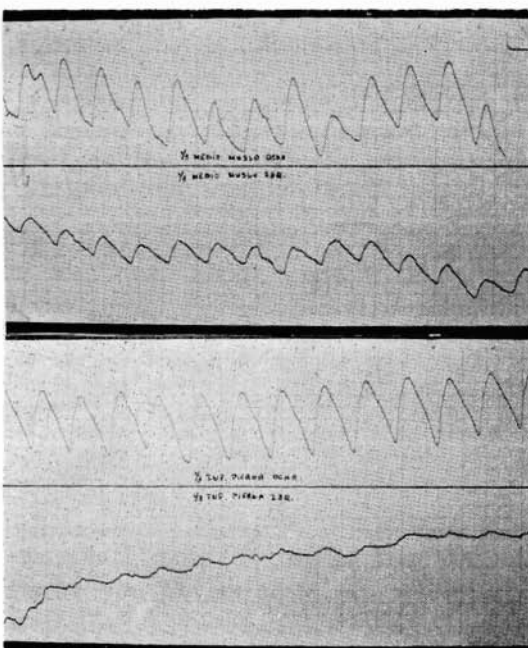


Fig. 3: Oscilogramas a nivel de muslos y supramaleolar, en ambos lados, obtenidos en el postoperatorio.

rúrgica con el fin de aportar un mayor flujo a sus arterias femorales profundas.

Intervención: Incisión en triángulo de Scarpa, bilateral. Arteriotomía longitudinal en femoral común, ampliada a femorales superficial y profunda y endarterectomía de femoral común, ostium de femoral profunda, así como de unos 4 cm. de femoral superficial. Laparotomía xifo-pubiana. Despegamiento cuidadoso y laborioso de asas intestinales para abordar el retroperitoneo. Disección de la aorta abdominal, muy compleja por las numerosísimas adherencias y zonas de fibrosis adventiciales. Implantación de un injerto aorto-femoral bifurcado Knitted-De Bakey de 14 x 7 (3), láteroterminal en aorta abdominal, por debajo de la

mesentérica inferior, y término-lateral abocado a la bifurcación de ambas femorales comunes, sobre la femoral profunda y femoral superficial, de las cuales y por medio de una sonda de Fogarty habíamos logrado obtener un discreto flujo retrógrado.

Postoperatorio, dentro de la normalidad, Recuperación del tránsito intestinal a los 4 días. A los 15 días aparecieron edemas maleolares en los dos lados, que al ser dada de alta persistía sólo en el pie derecho.

Los pulsos femoral, poplíteo y pedio derechos están presentes, no existiendo el tibial posterior. En el lado izquierdo no se palpan los pulsos poplíteo, pedio y tibial posterior (fig. 2 y 3).

Discusión

Dada la situación vascular de la paciente, no tuvimos dudas sobre la necesidad de intervenirla como única solución para la viabilidad de sus miembros inferiores.

El problema se planteaba sobre el tipo de intervención, ya que aunque el estado general de la enferma era aceptable, preocupaba el tiempo abdominal a causa de la histerectomía radical y gammaterapia practicadas con anterioridad. Se pensó en una derivación axilo-femoral (1, 4, 6), en una endarterectomía (2, 8) o en un injerto por vía retroperitoneal.

A la vista de la aortografía pensamos que el tiempo operatorio a través de una laparotomía media no se iba a prolongar más que por vía retroperitoneal; y la endarterectomía era, en teoría, de mayor peligro (5). En cuanto a la derivación axilo femoral nuestra experiencia es de muy corto número de casos y creemos que los resultados son más deficientes, utilizándose en exclusiva para cuando el estado general de los pacientes es muy precario (5).

RESUMEN

Se presenta un caso de injerto aorto-bifemoral en una enferma de 75 años de edad, cuya ejecución se hallaba dificultada por haber sufrido con anterioridad una histerectomía radical seguida de gammaterapia. A pesar de las dificultades, el resultado fue altamente satisfactorio.

SUMMARY

A case of aorto-bifemoral by-pass graft in a 75 year-old woman, previously hysterectomized and irradiated, is presented. In spite of surgical difficulties, a satisfactory result was obtained.

BIBLIOGRAFIA

1. Blaisdell, T. W. y Hall, A. D.: Axillary-femoral artery by-pass for lower extremity ischemia. «Surgery», 54:563, 1963.

2. **Cannon, A. J.; Kawakami, J. I.; Barker, F. W.:** The present status of aortoiliac endarterectomy for obliterative atherosclerosis. «Arch. Surg.», 82:813, 1961.
3. **De Bakey, M. E.; Jordan, G.; Abbot, J.:** The fate of Dacron vascular grafts. «Arch. Surg.», 89:757, 1964.
4. **Louw, J. H.:** Axillary to femoral by-pass graft for aortoiliac occlusive disease. «South. Afr. J. Surg.», 8:15, 1970.
5. **Sobregau, R. C.; Viver, E.; Rodríguez-Mori, A.; Jiménez-Cossío, J. A.; Castromil, E.; Barreiro, A.:** Estudio clínico y tratamiento quirúrgico en el Síndrome de Leriche. «Angiología», 27:131, 1975.
6. **Urdaneta, L. F.; Visudh-Arom, K.; Delaney, J. P.; Castaneda, A. R.:** Use of bilateral axillo-femoral by-pass prosthesis for the management of infected aortic bifurcation grafts. Report of a case, with extended follow-up. «Surgery», 65:753, 1969.
7. **Viver, E.:** Análisis de los resultados obtenidos con empleo de material sintético de Dacron en el tratamiento de la arteriosclerosis obliterante del sector aortoiliofemoral. «Angiología», 27:33, 1975.
8. **Wylie, E. J.:** Thromboendarterectomy for atherosclerotic thrombosis of major arteries. «Surgery», 32:275, 1954.