

AUTOPERFUSION DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA EN LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DEL SECTOR FEMORO-ILIACO

V. VIDAL-CONDE, R. TORRES TORRES, A. MUÑOZ VICEN, J. MUNCUNILL GIL,
J. AIXAS OBIOLS y J. PEREZ MARTI

**Sección Cirugía Vascul. Hospital Mutua de Tarrasa
Tarrasa, Barcelona (España)**

La arteriosclerosis obliterante o estenosante del sector fémoro-iliaco provoca cuadros isquémicos de los miembros inferiores que se manifiestan crónicamente y/o producen un cuadro agudo. El estudio clínico (1) del paciente, angiogramagráfico (2) y arteriográfico (3), nos decidirán a operarle, si lo precisa.

Desde septiembre de 1977 a octubre de 1978, hemos realizado 12 intervenciones sobre el sector fémoro-iliaco en otros tantos pacientes afectados de síndrome de isquemia crónica, grado III de Fontaine (1). En este trabajo no incluimos los operados en grados II y IV.

Como vía de abordaje siempre hemos practicado la retroperitoneal, añadiendo en todos los casos una simpatectomía lumbar (4).

La técnica empleada ha sido la descrita por primera vez por **Dos Santos** (5), ayudados de los anillos de Vollmar.

El interés de esta aportación estriba en que utilizamos la autoperfusión de la arteria femoral profunda, una vez terminada y reparada la endarteriectomía iliaca.

Al tiempo que transcurre desde que empezamos las endarteriectomía ilio-femoral, hasta que terminamos la sutura de la arteria iliaca, continua si la arteriectomía se centra sólo en la primitiva o con parche amplificador si hemos tenido que abrir la iliaca externa, hemos de añadir el tiempo de la profundoplastia con parche.

Hemos separado los tiempos quirúrgicos de la endarteriectomía fémoro-iliaca y de la profundoplastia; y creemos que por ello hemos obtenido en estos pacientes buenos resultados (fig. 1).

Durante el primer tiempo, el miembro inferior queda exangüe, ya que bloqueamos los cortocircuitos o «by-pass» naturales procedentes de los sistemas epigástrico, mesentérico inferior e ilio-femoral, según **Caresano** (6). Esto ha sido comprobado con la línea fotopletismográfica, que es isoelectrica durante el clampaje y muy deteriorada con respecto a la del inicio de la intervención.

Si a este tiempo añadimos el de la profundoplastia, los procesos de alteración catabólica de los tejidos se acentúan.

Guiados, pues, por esta comprobación eléctrica y basados en la experimentación animal (7), empezamos nuestra experiencia clínica utilizando un catéter de Silastic de 3 mm de luz interior, siliconado, que introducimos en la rama más voluminosa de la arteria femoral profunda, en la parte distal, y en la iliaca externa,

en la proximal. De esta forma, al soltar el «clamp» de la iliaca común, empezamos la autoperfusión de la femoral profunda con sangre que proviene del sector ilio-femoral desobliterado (fig. 2).

En todos los casos comprobamos mejoría de la línea fotopleletismográfica, pasando de una línea isoelectrónica a otra que, aunque de bajo voltaje, es superior a la de inicio de la intervención.

A continuación practicamos la plastia que se extiende de femoral común a femoral profunda, disecada y abierta ampliamente. Sólo cuando faltan los dos últimos puntos de sutura, retiramos el Silastic.

Como material para la plastia hemos utilizado la arteria femoral superficial endarteriectomizada en dos ocasiones y la safena autógena en diez (figs. 3 y 4).

Siempre hemos practicado esta técnica, observando el buen funcionamiento

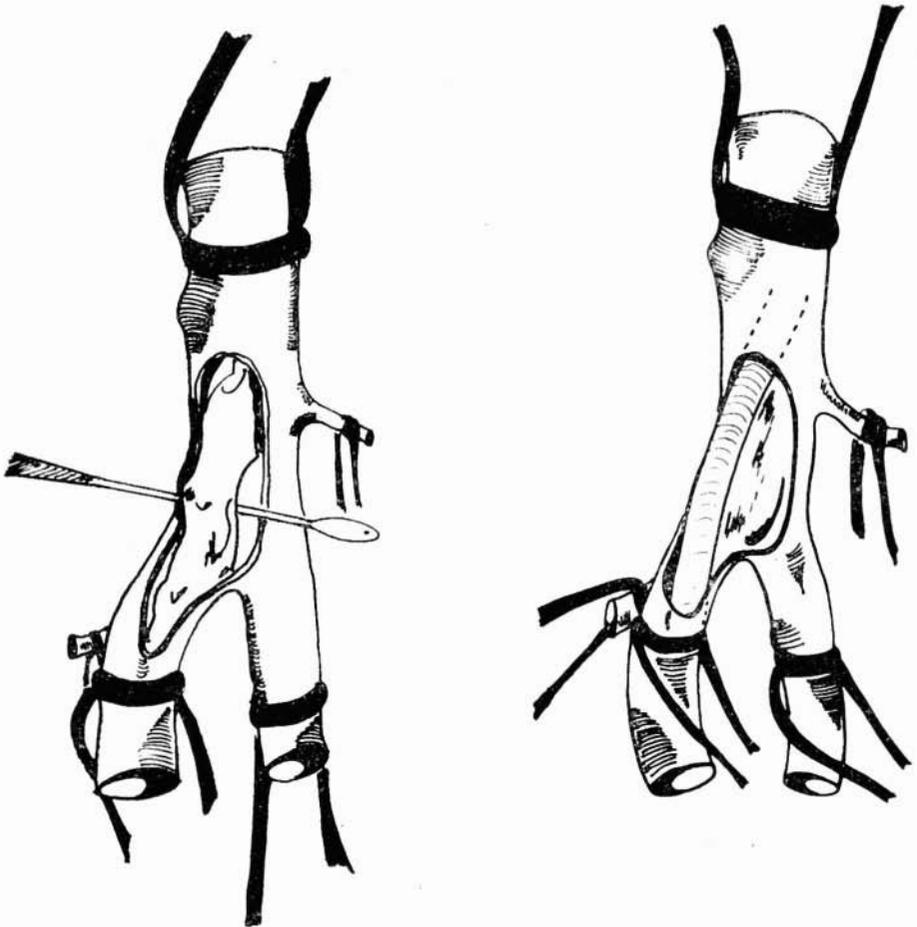


Fig. 1. Endarteriectomía de femoral común y del ostium de la arteria femoral profunda.
Fig. 2. «Shunt» de Silastic introducido en la iliaca externa y femoral profunda.

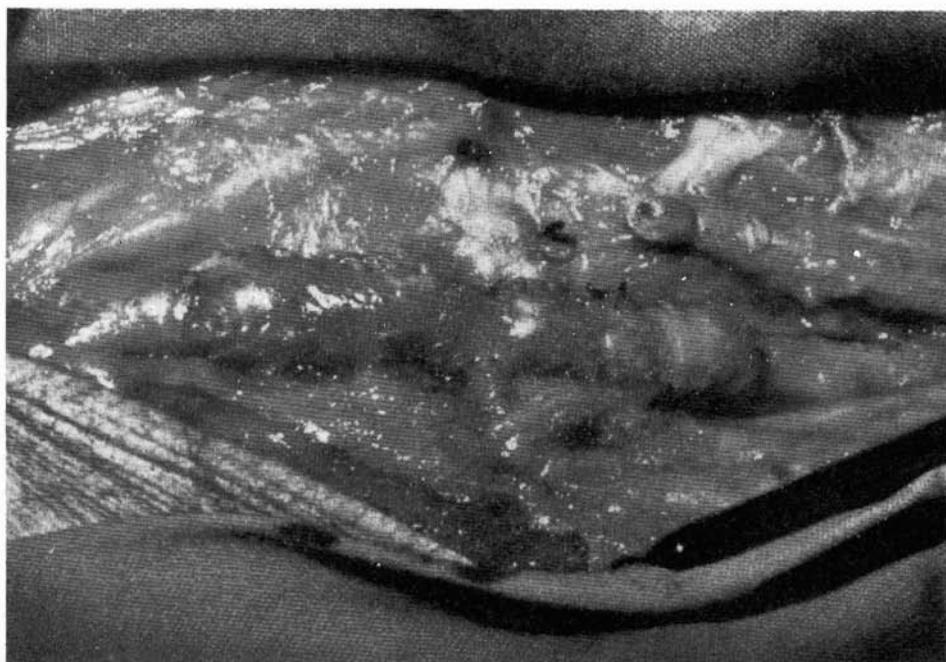


Fig. 3. «Shunt» funcionando y plastia de safena entre femoral común y femoral profunda.
Fig. 4. Profundoplastia terminada. Como material se ha empleado la arteria femoral superficial reseca y endoarterectomizada.

del Silastic, que nunca se ha trombosado. Esto nos indica de manera indirecta que el drenaje a través de la femoral profunda es correcto en el postoperatorio, como hemos comprobado en nuestros 12 casos, en que todos mejoraron. No tuvimos que recurrir a amputación alguna en esta serie, en la que desapareció el dolor en reposo y la distancia de marcha mejoró en todos de modo considerable.

RESUMEN

A la endarteriectomía fémoro-iliaca según **Dos Santos** (1947), los autores aportan la técnica de la autoperfusión de la femoral profunda, a través de un Silastic introducido desde la iliaca externa a dicha femoral, con lo que durante el tiempo operatorio se mantiene la irrigación del miembro inferior que se opera.

SUMMARY

A personal procedure of autoperfusion of the profunda femoris during femoro-iliac endarterectomy is exposed.

BIBLIOGRAFIA

1. **Fontaine, R.:** Sur le traitement des oblitérations artérielles. «Lyon Chirurgical», 46, n.º 1, 1951.
2. **Vidal Conde, V.; Setoain, J.; Torres Torres, R.; Cedó, J.; Muñoz Vicen, A.; Herranz, R.; Muncunill Gil, J. y Aperteguia, C.:** La angiogramagrafía para el estudio del sector aorto-iliaco en el síndrome de isquemia crónica de los miembros inferiores. «Angiología», 30:87, 1978.
3. **Dos Santos, R.:** Artériographie des membres, de l'aorte et de ses branches abdominales. «Bull. et Mém. Soc. Chir.», 587, París 1927.
4. **Martorell, F.:** «Angiología: Enfermedades Vasculares». Salvat Editores. Barcelona, pp. 63-66.
5. **Dos Santos, J. C.:** Sur la desobstruction des thromboses artérielles anciennes. «Mem. Acad. Chir.», 73:409, 1947.
6. **Caresano, A.:** The colateral circulation in chronic occlusions of the abdominal aorta its terminal branches. «J. Cardio-Vasc. Surg.» (Turin), 7: 1966, 297.
7. **Vidal Conde, V.; Muñoz Vicen, A. y Muncunill Gil, J.:** Heteroinjertos bovinos en Cirugía Experimental. «I Mostra Cirurgia Catalana», Libro resúmenes, p. 31.