



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Isquemia aguda de extremidad inferior tras lesión arterial secundaria a hernioplastia crural

Acute lower limb ischemia after arterial injury secondary to femoral hernia repair



La lesión vascular secundaria a un punto de sutura es una situación infrecuente, pero potencialmente grave en la cirugía de la hernia inguinocrural. Normalmente se produce sobre la vena femoral (VF), siendo excepcional que suceda sobre la arteria femoral (AF)¹.

Se presenta un caso de isquemia aguda del miembro inferior tras una hernioplastia crural.

Mujer de 54 años, sin antecedentes clínicos de interés. Presentó una hernia crural derecha no complicada de la que fue intervenida en régimen de cirugía mayor ambulatoria mediante abordaje por vía anterior. Se realizó hernioplastia tipo Lichtenstein con malla cilíndrica de polipropileno fijada con un punto de polipropileno n.º 0 a la cara inferior del ligamento inguinal, transcurriendo el procedimiento aparentemente sin incidencias. Transcurridas 72 h desde la intervención consultó por frialdad, parestesias y limitación funcional progresiva del miembro inferior ipsilateral. A la exploración no se palpaban pulsos, presentaba limitación motora a la dorsiflexión del pie —grado 0 de la escala de fuerza muscular del Medical Research Council (MRC)—, parestesias y disminución de la sensibilidad distales.

Ante la sospecha de isquemia arterial aguda se realizó una angiografía computarizada (angio-TC) (figs. 1 y 2) que objetivó una oclusión de la AF común derecha con recanalización posterior, encontrándose la AF superficial y profunda permeables, y otra oclusión en la tercera porción de la arteria poplítea y el origen del tronco tibioperoneo.

Se indicó intervención quirúrgica urgente con hallazgo de un trombo oclusivo en la luz de la AF común. A la liberación manual de la arteria se palpó un obstáculo mecánico en la transición iliofemoral que correspondía al punto de sutura del cono de la hernioplastia anclado a la adventicia del vaso.

Se realizó tromboembolectomía transfemoral con catéter de Fogarty n.º 4, liberación del punto que condicionaba la estenosis y cierre de la arteriotomía con puntos sueltos de polipropileno n.º 5/0 recuperándose la perfusión del miembro. También se

realizaron fasciotomías cerradas del compartimento anterior y posterior de la pantorrilla para el tratamiento anticipado del edema postreperfusión. No obstante, durante el postoperatorio presentó un síndrome compartimental que requirió de ampliación de la fasciotomía anterior. Fue dada de alta al sexto día de la segunda intervención con una secuela isquémica a la dorsiflexión del pie contra la gravedad —grado 3 MRC—. Tras 6 meses de rehabilitación y seguimiento actualmente no presenta limitaciones motoras —grado 5 MRC—.

En la realización de una hernioplastia crural los puntos transcurren cerca del paquete arteriovenoso, superficiales a la arteria y venas ilíacas. La proximidad a estas estructuras implica posibilidad de lesión iatrogénica. El conocimiento en profundidad de la anatomía inguinocrural es imprescindible para tratar de evitar lesiones vasculares inesperadas.

Por el anillo crural o femoral transcurren la AF por la parte lateral y la VF por la parte medial. A nivel medial del anillo la fascia transversal se fija a las adventicias femorales cubriendo el espacio que queda entre los vasos, y recibe el nombre de septum crural. Este es a su vez un punto débil por donde pueden aparecer las hernias². La lesión venosa es mucho más frecuente que la arterial por su posición más medial. La arteria puede lesionarse cuando la fascia transversal se incorpora en los puntos utilizados para cerrar el aspecto medial del anillo inguinal interno. Debe tenerse cuidado al fijar la profundidad de penetración de la aguja, valorando la proximidad de la arteria ilíaca (AI) externa, la cual puede atraparse condicionando una estenosis o lesionarse mediante punción directa o avulsión de una de sus ramas³.

En nuestro caso el punto de sutura atrapó la capa adventicial en la cara anterior de la arteria, condicionando una estenosis que produjo una trombosis secundaria de la AF común y un embolismo distal. El tratamiento analgésico posquirúrgico y la lenta progresión de la limitación funcional enmascararon los síntomas de isquemia demorando el diagnóstico hasta 3 días, lo que condicionó inicialmente una secuela neurológica a pesar de una óptima revascularización de la extremidad.



Figura 1 – Corte transversal de la angiografía computarizada (angio-TC) en el que se aprecia un trombo en arteria iliaca externa derecha, que impide el paso de contraste por la misma.

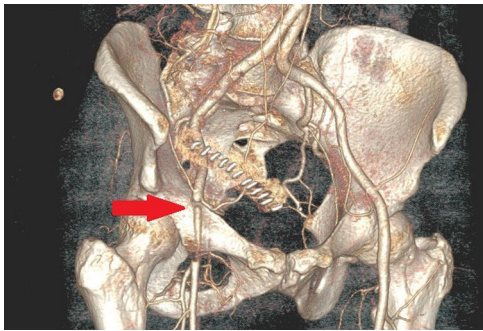


Figura 2 – Reconstrucción 3D en la que se observa la estenosis a nivel de la transición iliofemororal derecha.

La sospecha clínica debe orientar al correcto diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. La pérdida de pulsos o la debilidad del pulso femoral con respecto a la extremidad contralateral tras una cirugía inguinocrural debe hacer sospechar de una posible lesión arterial, siendo la clínica de claudicación súbita con frialdad y parestesias altamente sugestiva de isquemia².

La valoración urgente por un cirujano vascular evitará potenciales secuelas neuromotoras o incluso la pérdida de la extremidad.

En caso de sangrado por lesión directa sobre la arteria se deben evitar los puntos hemostáticos aplicados de forma aleatoria. Se preconiza disecar y exponer correctamente la

arteria para poder identificar fehacientemente el punto de la lesión y realizar la reparación de forma adecuada y bajo visión directa, mediante sutura vascular no estenosante o angioplastia con parche en función del tamaño del defecto.

La lesión arterial tras la cirugía de la hernia crural es una complicación infrecuente pero grave. Es importante ahondar en el diagnóstico de isquemia ante pacientes que se encuentren en el postoperatorio reciente de una hernioplastia o herniorrafia inguino-crural, y que presenten ausencia de pulsos con frialdad, palidez, parestesias o disfunción motora de la extremidad ipsilateral. El adecuado diagnóstico y tratamiento de una lesión vascular minimiza las consecuencias posteriores de la isquemia¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo M, Castellón JM, Figueroa JM, Eymar JL, Moreno-González E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Cir Esp.* 2001;69:217-23.
2. Carbonell Tatay F. *Hernia inguinocrural*. Madrid: Ethicon. 2001.
3. Shamberger R, Ottinger L, Malt R. Arterial Injuries During Inguinal Herniorrhaphy. *Ann Surg.* 1984;200:83-5.

Miriam Tellaeche de la Iglesia^{a,*}, Arkaitz Perfecto Valero^a, Antonio Rebollo García^a, Elena Aranda Escaño^a y Ana Apodaka Díez^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

^bServicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miriam.tellaeche@gmail.com (M. Tellaeche de la Iglesia).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.01.002>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Porocarcinoma de localización mamaria, a propósito de un caso

Porocarcinoma Located in the Breast: A Case Report



El porocarcinoma ecrino es una rara neoplasia cutánea que se desarrolla sobre los ductos intraepidérmicos de las glándulas sudoríparas ecrinas¹. Su incidencia varía entre un 0,005 y un

0,01% de todos los tumores cutáneos y es más frecuente en las mujeres a partir de los 60 años^{2,3}, aunque se han descrito casos en niños y adultos jóvenes⁴.