

Cartas Editor

Utilización de la arteria ilíaca común como arteria aferente para la creación de un acceso vascular en la extremidad inferior: un nuevo enfoque

Al Editor:

En relación con el estudio realizado por Flarup y Hadimeri¹ y publicado en su revista, quisiéramos destacar algunos puntos. Los autores evalúan los resultados de 14 implantes de politetrafluoroetileno (PTFE) entre la arteria y la vena femoral superficial.

Sugieren utilizar este tipo de acceso vascular como alternativa en pacientes en los que la fístula arteriovenosa de la extremidad superior ya no es funcional. Al igual que en otros centros², nosotros preferimos colocar el injerto arteriovenoso (IAV) en el muslo cuando no existen otras opciones viables en ninguna de las extremidades superiores. Coincidimos con los autores en la fiabilidad de estos tipos de abordajes para hemodiálisis vascular, pero sugerimos así mismo utilizar la arteria ilíaca común como arteria aferente para insertar el IAV en el muslo de los pacientes con accesos vasculares fallidos en la extremidad inferior. Aplicamos esta técnica en dos pacientes con accesos vasculares no funcionales en las extremidades superiores e inferiores.

Se programó la colocación de un IAV ilíaco en los casos en los que el eco-Doppler mostró la permeabilidad de las arterias y venas ilíacas comunes. En resumen, se accedió al retroperitoneo mediante un abordaje en el flanco bajo anestesia general y posteriormente se realizó el control proximal y distal y se anastomosó un implante de PTFE de forma terminolateral en la arteria ilíaca común. Realizamos un bucle en la zona de la ingle y, por último, el otro extremo del implante se anastomosó en la vena ilíaca común. Ninguno de los implantes se cerró debido a la formación de trombos, y no se observaron signos de infección ni de robo arterial durante el período de seguimiento de 6 meses.

Estos casos muestran que, en situaciones especiales, incluso la arteria ilíaca común puede utilizarse como arteria aferente para la creación de un IAV en la extremidad inferior; sin embargo, puede reservarse como última opción. Si bien esta estrategia puede salvar vidas en los pacientes que dependen de hemodiálisis y que no tienen posibilidad de someterse a un trasplante renal o a diálisis peritoneal, puede verse obstaculizada por complicaciones graves como infección e isquemia amenazantes para la extremidad. Se recomienda realizar más estudios con más pacientes y con un período de seguimiento más largo para demostrar la eficacia de esta técnica.

Majid Moini

Mohammad R. Rasouli

Division of Vascular Surgery, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Teherán, Irán

Correo electrónico: moinim@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Flarup S, Hadimeri H. Arteriovenous PTFE dialysis access in the lower extremity: a new approach. *Ann Vasc Surg* 2003;17:581-584.
2. Miller CD, Robbin ML, Barker J, et al. Comparison of arteriovenous grafts in the thigh and upper extremities in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:2942-2947.

Comentario sobre "Quemodectomas carotídeos: resultados a largo plazo de la resección subadventicia con resección deliberada de la carótida externa"

En el artículo publicado recientemente "Quemodectomas carotídeos: resultados a largo plazo de la resección subadventicia con resección deliberada de la carótida externa", Koskas et al describen su experiencia con 39 quemodectomas carotídeos resecados a lo largo de un período de 25 años¹. Informan de una técnica modificada de resección de un tumor del cuerpo carotídeo que ha arrojado un índice de recurrencia relativamente bajo pero índices similares, y aun significativos, de lesiones de pares craneales en comparación con los descritos en la literatura.

Coincidimos con los autores en que es muy importante la elección de la estrategia operatoria. Los tumores del cuerpo carotídeo son neoplasias muy vascularizadas y su resección puede comportar una importante pérdida de sangre durante la intervención, lo que se asocia con tasas elevadas de parálisis de pares craneales e incluso ictus o fallecimiento². Mediante el uso de su técnica modificada, Koskas et al notifican una pérdida de sangre perioperatoria de 490 ml y una tasa de lesiones permanentes de pares craneales acorde a la literatura actual³ (normalmente alrededor del 25%) con la técnica estándar de resección descrita por Hallett et al⁴. Quisiéramos dirigir la atención hacia un artículo publicado recientemente en el que hemos descrito nuestra experiencia con una técnica de resección modificada utilizando el abordaje craneal al tumor del cuerpo carotídeo y progresando la disección en sentido descendente hacia la bifurcación carotídea⁵. Al utilizar esta estrategia, la arteria faríngea ascendente, que

habitualmente discurre hacia el tumor por su lado craneal, puede ligarse en una fase temprana. Los autores y otros colegas^{1,6} identifican correctamente esta arteria como el vaso nutricio más destacado de estos tumores y, por tanto, la ligadura temprana limita la pérdida de sangre, reduce el tamaño del tumor y facilita su resección. Además, el uso de este abordaje craneocaudal permite identificar al inicio de la intervención los nervios adyacentes principales, lo que supone una ventaja en caso de pérdida de sangre posterior. Realmente, como describimos en nuestro estudio, creemos que esta nueva técnica es superior a la técnica convencional con respecto a la pérdida de sangre perioperatoria (promedio 281 ml) y a las lesiones postoperatorias de pares craneales (7,1%). El estudio realizado por Koskas et al demuestra buenos resultados. Sin embargo, alentamos a los autores y a los lectores de esta revista a que exploren la técnica de disección craneocaudal.

K.E.A. van der Bogt

J.M. van Baalen

J.F. Hamming

Department of Surgery, Leiden University Medical Center,

Leiden, Países Bajos

Correo electrónico: moinim@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Koskas F, Vignes S, Khalil I, et al. Carotid chemodectomas: long-term results of subadventitial resection with deliberate external carotid resection. *Ann Vasc Surg* 2008.
2. Shamblin WR, ReMine WH, Sheps SG, et al. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg* 1971;122:732-739.
3. Sajid MS, Hamilton G, Baker DM. A multicenter review of carotid body tumour management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;34:127-130.
4. Hallett JW, Jr, Nora JD, Hollier LH, et al. Trends in neurovascular complications of surgical management for carotid body and cervical paragangliomas: a fifty-year experience with 153 tumors. *J Vasc Surg* 1988;7:284-291.
5. van der Bogt KE, Vrancken Peeters MP, van Baalen JM, et al. Resection of carotid body tumors: results of an evolving surgical technique. *Ann Surg* 2008;247:877-884.
6. van den Berg R, Wasser MN, van Gils AP, et al. Vascularization of head and neck paragangliomas: comparison of three MR angiographic techniques with digital subtraction angiography. *AJNR Am J Neuroradiol* 2000;21:162-170.