

UN CASO DE INDICACION ABSOLUTA DE REVASCULARIZACION DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA

J. M. CAPDEVILA MIRABET y A. RODRÍGUEZ-ARIAS

Unidad de Estudios Angiológicos, Barcelona (España)

Recientemente uno de nosotros (1), en su Tesis Doctoral, ha hecho un estudio anatómico, anatopatológico, angiográfico y clínico-terapéutico sobre la revascularización de los miembros isquémicos a expensas de la arteria femoral profunda. Anteriormente, en una nota previa (2), hicimos una revisión de los conceptos actuales sobre la importancia quirúrgica de dicha arteria, haciendo eco de los trabajos de OUDOT y colaboradores (3), MORRIS y colaboradores (4), LEEDS y colaboradores (5) y NATALI (6).

En nuestra práctica quirúrgica diaria hemos aprendido a valorar adecuadamente la importancia fisiopatológica y clínico-terapéutica que tiene la encrucijada de la arteria femoral profunda para el mantenimiento de aporte sanguíneo suficiente para la integridad anatómica y funcional de la extremidad inferior.

Hemos aprendido, también, que su abordaje quirúrgico, ya sea para revascularizar exclusivamente la arteria femoral a través de dicha encrucijada, ya sea para incluirla en el circuito de una derivación arterial aorto o iliofemoral, tipo «by-pass», tiene una serie de indicaciones, absolutas o relativas, que siempre hay que tener en cuenta.

El objeto de este trabajo es publicar la descripción de un caso clínico, cuyo estudio consideramos muy interesante y demostrativo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años, asistido en la Residencia Sanitaria Francisco Franco, del S.O.E. de Barcelona, al que hace algunos años le había sido amputada la extremidad inferior izquierda por gangrena de origen arteriosclerótico.

Hace tres años inicia un síndrome de obliteración arterial crónica de la otra extremidad, con claudicación intermitente grave; posteriormente apareció dolor intenso nocturno y necrosis interdigital del pie derecho. Practicado tratamiento médico por diversos especialistas, se le somete finalmente a la práctica de una gangliectomía lumbar derecha. A pesar de las citadas medidas terapéuticas, el síndrome clínico de isquemia crónica



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Figs. 1, 2 y 3. — Aortograffía seriada. Obliteración arterial troncular iliofemoral izquierda (lado amputado). Estenosis difusa de la arteria ilíaca común y obliteración completa de la ilíaca externa y femoral superficial del lado derecho. La femoral profunda de este lado se llena a través de ramas de la hipogástrica; la poplítea, a través de la femoral profunda, por la anastomótica magna.

grave de la única extremidad inferior que le quedaba a este paciente no mejoró en absoluto.

Ante la evolución maligna de su arteriopatía, el paciente ingresa en la Residencia con la indicación de practicar la amputación de la extremidad que le queda. Tal indicación extrema era debida a la progresión de las lesiones necróticas y al intenso dolor nocturno que le impide dormir desde hace mucho tiempo.

Exploración clínica vascular:

Paciente de hábito asténico con facies de sufrimiento y sumamente desmoralizado por el intenso dolor en reposo y por la falta de descanso. Muñón de amputación de su extremidad inferior izquierda en perfecto estado de cicatrización. Pie derecho pálido, intensamente frío y con ulceraciones necróticas interdigitales. No se aprecia pulso femoral palpable en los pliegues inguinales, en la poplítea, en la tibial posterior ni en la pedía del pie derecho. La oscilometría es nula en dicha extremidad.

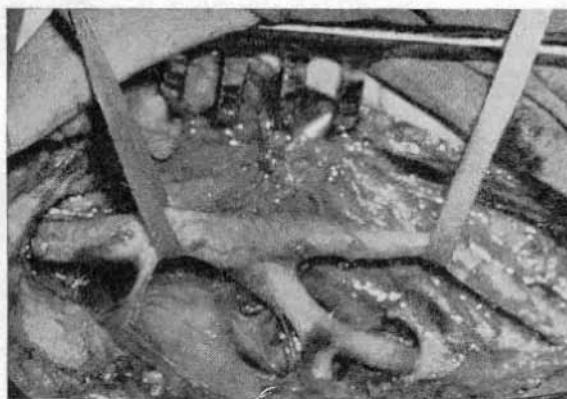


Fig. 4.—Disección de la encrucijada de la arteria femoral profunda, para comprobar su permeabilidad y calibre.

Corresponde a la pierna anteriormente amputada. En la imagen se visualiza una marcada estenosis difusa. La ilíaca externa se encuentra completamente obliterada. Existe asimismo obliteración de la femoral superficial.

Del estudio de las vías de circulación colateral anastomótica se desprende que la femoral profunda se rellena a partir de las ramas de la hipogástrica, a través de la circunfleja femoral lateral. La poplítea se rellena a partir de la femoral profunda, a través de la anastomótica magna.

Indicación de tratamiento:

Se trata de un paciente que posee una sola extremidad inferior y en condiciones circulatorias muy precarias: síndrome de isquemia crónica grave de su único pie. *El resultado nulo de la terapéutica médica y de la gangliectomía lumbar derecha aconsejan un intento quirúrgico de revascularización del miembro isquémico por aporte sanguíneo troncular a la femoral profunda, antes de practicar la amputación del único miembro inferior que le resta al paciente.*

Intervención quirúrgica:

1. — Disección de la encrucijada de la arteria femoral profunda (figura 4) para comprobar su permeabilidad y visualizar macroscópicamente el calibre de la arteria femoral profunda. La exploración es positiva, en el sentido de que dicha arteria no presenta lesiones y tiene un calibre adecuado.

2. — Laparatomía media, supra e infraumbilical. Abordaje de la bifurcación aortoilíaca y de la bifurcación de la ilíaca interna. Se comprueban operatoriamente las lesiones puestas en evidencia por la aortografía. Arteriotomía en la porción final de la ilíaca primitiva derecha a nivel de la bifurcación hipogástrica. A través de esta arteriotomía se practica *endarteriectomía proximal* hasta llegar a la bifurcación aórtica.

3. — A nivel de la arteriotomía practicada se coloca una *prótesis artificial de Teflon*, mediante anastomosis lateroterminal. Seguidamente se pasa la prótesis por vía retroperitoneal y por debajo del arco crural hasta llegar a nivel de la bifurcación femoral.

4. — Arteriotomía a nivel de la femoral común (se comprueba intenso reflujo sanguíneo procedente de la femoral profunda) y anastomosis del cabo distal de la prótesis mediante sutura terminolateral.

Curso postoperatorio normal.

Ver esquema de la intervención practicada en la figura 5.

Ver dos detalles operatorios en las figuras 6 y 7.

Resultado clínico de la intervención practicada:

Inmediatamente después de la intervención, desaparece el dolor nocturno y el pie recobra temperatura y color; el paciente puede descansar tranquilo.

Las lesiones necróticas interdigitales cicatrizan progresivamente, después de eliminar los esfacelos necróticos.

A los 12 días el paciente es dado de alta, sin ninguna molestia subjetiva.

En la actualidad, el paciente hace vida absolutamente normal, se ha incorporado al trabajo y han cicatrizado por completo las lesiones necróticas del pie.

Han transcurrido 7 meses desde la intervención descrita.

COMENTARIO

1. — La isquemia periférica grave, debida muchas veces a lesiones arterioscleróticas obliterantes *asociadas* de los sectores aortoilíacos y femo-

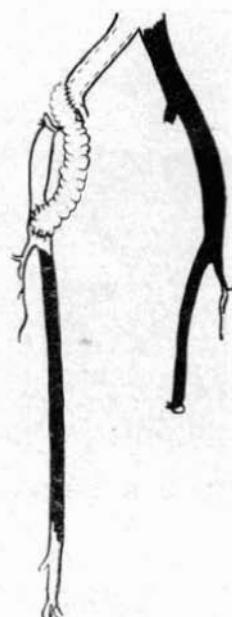


Fig. 5. — Esquema de la intervención practicada: «By-pass» ilíaca común-femoral común justo en su bifurcación, aprovechando la femoral profunda como vía de revascularización distal.

ropoplíteo, plantea a menudo problemas terapéuticos importantes que hay que valorar antes de recurrir a la amputación.

2. — En estas asociaciones lesionales, no siempre la terapéutica médica ni la cirugía hiperemiante, solas o combinadas, proporcionan resultados aceptables tanto en el aspecto de integridad anatómica como en el funcional.



Fig. 6. — Detalle de la intervención: Anastomosis de la prótesis en la parte proximal (ilíaca común). «By-pass» de Teflon.



Fig. 7. — Detalle de la intervención: Anastomosis de la prótesis en la parte distal (femoral común, justo en su bifurcación). Compárese el tamaño de la femoral profunda, aquí dilatada por el aumento de caudad sanguíneo al funcionar el «by-pass», con el que tenía antes de la colocación de la prótesis (fig. 4).

3. — Del estudio clínico y angiográfico de estos enfermos puede desprenderse la indicación absoluta o relativa de *revascularización del miembro a través de la femoral profunda*.

4. — La revascularización directa de dicha arteria está la mayoría de veces justificada por dos motivos fundamentales.

a) Esta arteria se ve invadida sólo en casos excepcionales por las lesiones arteriosclerosas.

b) Si *derivamos o desobstruimos* las lesiones aortoiliacas, consiguiendo con ello hacer llegar la suficiente sangre arterial a dicha arteria a través de la misma y de su rica red de circulación colateral, obtendremos la suficiente oxigenación periférica, impidiendo con ello la isquemia necrotizante de la extremidad.

5. — El estudio de este caso clínico y su magnífico estado actual nos enseña que, antes de amputar una pierna, el cirujano vascular *puede y debe intentar la práctica de la revascularización directa de la arteria femoral profunda*.

RESUMEN

Se presenta un caso de obliteración arteriosclerótica iliofemoral de recha con grave isquemia, en un amputado de la extremidad inferior izquierda. Ante el fracaso de toda otra terapéutica, se practicó con éxito un «by-pass» ilíaca común-femoral común, utilizando la femoral profunda como vía de revascularización distal.

SUMMARY

Report on a right iliofemoral arteriosclerotic occlusion and ischemic ulcer. The deep femoral artery remained patent. This patient had formerly undergone amputation of the left leg. Sucessfully treated with a by-pass graft inserted from common iliac to common femoral artery. Development of distal collateral circulation was provided through deep femoral artery.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAPDEVILA MIRABET, J. M. — "Tesis Doctoral". Universidad de Barcelona, 1962.
2. CAPDEVILA MIRABET, J. M.; RODRÍGUEZ-ARIAS, A.; CASAJÚS LAJARA, J. — *Importancia quirúrgica de la femoral profunda*. "Anales del I. Corachán", XV, 2, p. 25, 1962.
3. OUDOT, J.; CORMIER, J. M. — *Traitemenr des oblitérations chroniques de la fémorale superficielle au cours des artérites*. "La Presse Médicale", 61, 74, p. 1.512, 1953.
4. MORIIS, G. C.; EDWARDS, W.; COOLEY, D. A.; CRAWFORD, E. S.; DE BAKEY, M. E. — *Surgical importance of the profunda femoris artery*. "A. of Surgery", 82, 1, p. 32, 1961.
5. LEEDS, F. H.; GILFILLAN, R. S. — *Revascularization of the ischemic limb* "A. of Surgery", 82, 1, p. 25, 1961.
6. NATALI, J. — *Les pontages utilisant l'artère fémorale profonde* "Journal de Chirurgie", 83, 4, p. 565, 1962.