

El injerto venoso cruzado en el tratamiento de las obstrucciones de los troncos del arco aórtico y de las arterias ilíacas

P. BRUNET, P. BEAUBALLET y O. TORRES

Del Hospital Militar. Habana (Cuba)

El uso de injertos plásticos en forma de puente desde la aorta a la femoral en las obstrucciones de la arteria ilíaca está aceptado (2, 6). De igual modo se ha impuesto el puente de plástico en las obstrucciones de las ramas del arco aórtico, colocado desde la aorta ascendente a las carótidas y a las subclavias. Aunque en las primeras la mortalidad es baja, no lo es tanto en las segundas, en las que ha llegado, en manos de autores de gran experiencia, hasta un 20 % (1). Esto ha llevado a buscar procedimientos quirúrgicos más sencillos, sobre todo, en los pacientes con gran riesgo, que permitan disminuir la mortalidad.

Crawford (1), después de una experiencia de diez años, refiere que su grupo ha disminuido la mortalidad desde un 20 % a un 2,3 % tras el uso de los injertos plásticos en las obstrucciones de las ramas del arco aórtico, usando la vía extratorácica y colocando los injertos desde la subclavia a la carótida del mismo lado.

McCaughan, en 1960, y más tarde **Wertheimer** (5, 7) publican el uso de injertos cruzados en las obstrucciones unilaterales de la arteria ilíaca, usando la vía extraabdominal suprapúbica. **Ehrenfeld** (3) agrega dos pacientes en que se usó este proceder y uno en que, utilizando la vena safena como injerto, se colocó cruzando el cuello en un caso de obstrucción de los vasos proximales del arco aórtico.

Caso I. Paciente de 74 años de edad, con dolor en reposo en miembro inferior derecho y lesión isquémica en el tercer dedo, ausencia de pulso femoral derecho, hipertenso, infarto cardíaco un año antes, con tratamiento de Digital, tiazidas y dieta sin sal. Con anestesia espinal se le colocó un injerto de vena safena cruzado, suprapúbico, desapareciendo el dolor en reposo y la lesión isquémica del pie.

Dos años y ocho meses más tarde, el injerto permanecía permeable y el paciente sin claudicación de los miembros (fig. 1).

Los otros dos injertos suprapúbicos se realizaron en pacientes similares en cuanto a riesgo quirúrgico (Casos II y III), evolucionando igualmente de modo favorable después de más de cinco meses de operados.

Caso IV. Paciente de 60 años de edad, historia de hipertensión, cefaleas y mareos frecuentes, con claudicación del miembro inferior. El ECG mostró bloqueo de rama izquierda y trastornos de repolarización ventricular. Ausencia de pulso en miembro superior izquierdo y disminución del pulso carotídeo en el mismo lado, con soplo sistólico supraesternal. La angiografía por vía axilar derecha por catéter y la aortografía por punción lumbar mostraron una oclusión de la arteria subclavia izquierda en su inicio y suboclusión de la carótida común izquierda,

oclusión de la arteria iliaca derecha y permeabilidad de la izquierda. Se colocó un injerto venoso de safena interna procedente del muslo izquierdo, cruzado desde la carótida derecha a la subclavia. Una semana más tarde, injerto suprapúbico venoso de safena interna de pierna izquierda cruzado desde femoral derecha a la izquierda.

La evolución fue favorable, desapareciendo los síntomas y permaneciendo permeable los injertos al año y seis meses de la operación (fig. 2).

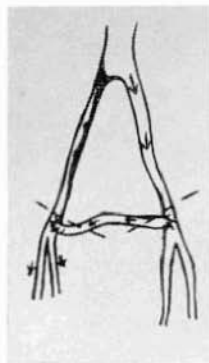


FIG. 1. Caso I. Obstrucción de la arteria iliaca derecha. Comprobación arteriográfica y esquema (arriba). Colocación de un injerto cruzado suprapúbico con vena. Comprobación arteriográfica y esquema (abajo).

DISCUSION

Los injertos suprapúbicos pueden realizarse bajo anestesia espinal o local, lo que disminuye el riesgo quirúrgico en pacientes con trastornos respiratorios o cardiopatías arterioscleróticas. Como injerto hemos utilizado la vena autógena, porque en nuestra experiencia se adapta mejor que el plástico a las zonas de flexión, lo cual es ya conocido (4).

Las complicaciones tardías de la vía torácica, junto a la gran mortalidad operatoria que hemos confrontado, nos ha decidido a usar la vía del cuello. En los casos de obstrucciones múltiples,

es posible utilizar el injerto cruzado, sobre todo, si como en nuestros pacientes hay gran riesgo quirúrgico (3).

La evolución en los casos donde se usó injerto cruzado en el cuello o suprapúbico, a pesar de que en estas regiones la vena se halla sometida a acodaduras propias de la zona, parece indicar que el proceder es de utilidad, no sólo en cuanto a disminuir la mortalidad operatoria, sino también para la permanencia de la permeabilidad a largo plazo.

RESUMEN

Se presentan cuatro casos de injertos venosos cruzados, tres suprapúbicos y uno en el cuello, con buena evolución al cabo de cinco meses a dos años y ocho meses de operados. Este proceder puede disminuir la mortalidad de las operaciones por vía torácica y abdominal en las obstrucciones de troncos supraaórticos y arterias ilíacas.

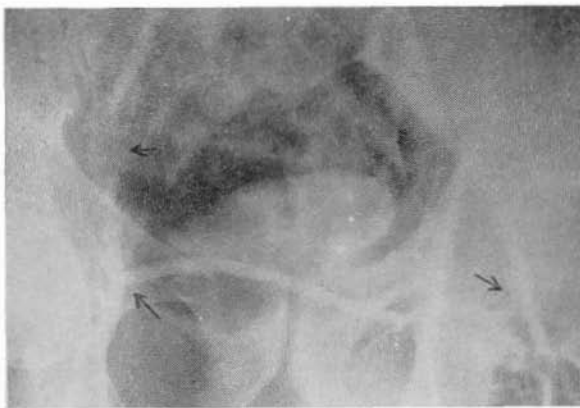
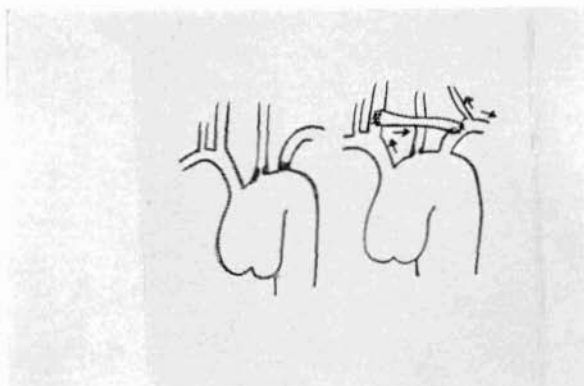


FIG. 2. Caso IV. Obstrucción de subclavia izquierda, suboclusión de carótida común izquierda, obstrucción de iliaca derecha. Comprobaciones arteriográficas y esquemas. Colocación de injertos cruzados de safena, uno desde carótida común derecha a subclavia izquierda y otro suprapúbico. Comprobación arteriográfica de su funcionamiento.

SUMMARY

Four cases of crossed venous grafts (three suprapubic and one in the neck) are presented. Follow up for a period varying from five months to two years and

eight months after surgery demonstrates good results in all patients. This procedure diminishes mortality in surgical treatment of supraaortic trunks and iliac arteries obstructions.

BIBLIOGRAFIA

1. Crawford, E. S.: Surgical treatment of occlusion of the innominate, common carotid, and subclavian arteries. A 10 year experience. «Surgery», 165: n.º 1, 1969.
2. De Bakey, M. E.: Late results of vascular surgery in the treatment of arterioesclerosis. «J. Cardiovasc. Surg.», 5:473, 1964.
3. Ehrenfeld, K. W.: Venous cross-over bypass for arterial insufficiency. «Ann. Surg.», 167:287, 1968.
4. Linton, R.: Autogenous saphenous vein bypass grafts in femoro popliteal obliterative arterial disease. «Surgery», 51:62, 1962.
5. Mc Caughan, J. J.: Cross-over grafts for unilateral occlusive disease of the ileofemoral arteries. «Ann. Surg.», 151:26, 1960.
6. Wesolowsky, A. S.: Indications for aorto-femoral arterial reconstruction: A study of borden line risk patients. «Surgery», 60:236, 1960.
7. Wertheimer, P.: Les dérivations artérielles contralatérales. «Lyon Chir.», 59:350, 1963.