

ANGIOLOGÍA

VOL. XXVIII

ENERO-FEBRERO 1976

N.º 1

Aneurismas de sutura en la región inguinal Tratamiento

J. ALEMANY

Departamento de Cirugía Tóraco-Vascular
Knappschafts-Krankenhaus, Bottrop (Alemania)

El desarrollo de la cirugía arterial reconstructiva ha ocasionado lógicamente la aparición de complicaciones inmediatas tardías, algunas de las cuales presentan problemas de solución difícil para el cirujano vascular.

Una de estas complicaciones temidas por los angiólogos está representada por los aneurismas falsos de las suturas arteriales, bien sea después de la implantación de prótesis venosa o arteriales, bien sea en el caso de suturas arteriales simples con o sin parche venoso o de Dacron.

La frecuencia de estos aneurismas viene dada en la literatura entre el 2,5 y el 5 % de los casos operados.

El propósito de esta comunicación es exponer, basados en nuestra experiencia, el método de tratamiento utilizado por nosotros en los aneurismas falsos de la región inguinal.

En 4.354 operaciones reconstructivas vasculares realizadas en nuestra clínica entre los años 1962-1975 hemos tenido ocasión de observar 46 casos de aneurismas falsos de sutura, lo que representa aproximadamente el 1,05 %. Hemos de confesar sin embargo, que sólo el 73 % de los pacientes operados por nosotros han sido controlados por un período de tiempo de más de un año en nuestra policlínica angiográfica.

CUADRO I
Localización de los falsos aneurismas

Región	N.º de casos
Inguinal	32
Ilíaca (retroperitoneal)	1
Aórtica (intraperitoneal)	1
Femoral baja	4
Poplitéa inferior o tibial	6
Axilar	2

El momento de aparición de estos aneurismas ocurrió entre los 1-24 meses.

El lugar de predilección estuvo representado, como se desprende del cuadro I por la región inguinal.

La **causa** de estos aneurismas no está del todo aclarada. Nosotros somos de la opinión de que, sin olvidar el factor infeccioso por continuidad o por vía linfática, defectos de técnica unidos a la movilidad de la articulación juegan un papel muy importante.

No hemos encontrado una relación directa entre la existencia de necrosis o focos de infección periférica y la aparición de estos aneurismas.

Tampoco hemos encontrado una relación directa entre la existencia de enfermedades asociadas (diabetes, uricemia, etc.) o la administración de anticoagulantes y la aparición de estos procesos.

El cuadro clínico de estos procesos en la región inguinal es característico: Tumoración pulsátil con tendencia a aumentar, con afectación del color y de la temperatura cutánea y, lo que es más importante y frecuente, síntomas de compresión de los vasos venosos y nervios de alrededor, por lo que a veces ingresan en la clínica con el diagnóstico de trombosis venosa profunda.

En las primeras semanas después de la operación, sobre todo si ha habido problemas en la curación de la herida, el primer síntoma puede estar representado por una hemorragia fulminante mortal.

El **tratamiento** de estos aneurismas debe basarse en la consideración de que en la mayoría de los casos se trata de un proceso infeccioso con necrosis o necrobiosis no sólo de la zona arterial inmediata sino también de los tejidos circundantes debido a la presión. Todo intento de reconstrucción directa, es decir de extirpación del aneurisma y sutura de la deshincencia, lleva siempre a una recidiva. Todo intento de reconstrucción directa con resección de la arteria de las inmediaciones y colocación de una prótesis venosa o de Dacron lleva en la mayoría de los casos a una recidiva.

Estos intentos de reconstrucción directa que llevan a una recidiva empeoran el cuadro y el pronóstico para la extremidad afecta, ya que limitan las posibilidades de tratamiento posterior debido al aumento del tejido necrobiótico así como de la infección.

Por ello, basados desgraciadamente en parte de nuestra propia experiencia, creemos que todo intento de abordaje directo se debe de considerar como una falta grave.

El método seguido en nuestra clínica es el siguiente:

Antes de abordar el aneurisma realizamos la liberación de la arteria ilíaca externa en tercio medio o superior por medio de una incisión en el cuadrante inferior del abdomen, empezando en la espina del pubis. A continuación, preparación de la arteria femoral superficial en tercio medio o inferior. Después, colocación del «by-pass» o mejor interponerlo siempre a través del orificio obturador, sin entrar en ningún momento en colisión con el aneurisma o sus zonas vecinas. Una vez realizada la reconstrucción arterial y después de haber suturado las heridas de abordaje, realizamos la liberación del aneurisma extirpándolo «in toto», resecando además las arterias en una extensión de por lo menos dos a tres centímetros, ligando a continuación su extremos. La herida se deja abierta con dos puntos de aproximación en U.

Esta última herida operatoria cicatriza por segunda intención.

La extremidad se inmoviliza en una férula unas dos o tres semanas. Los resultados obtenidos por nosotros en estos casos de aneurismas falsos de la región inguinal los hemos esquematizado en tres grupos.

- a) Casos en los que se intentó directamente la reconstrucción por medio de la sutura directa de la dehiscencia después de haber extirpado el aneurisma. En todos estos casos se tuvo que reoperar y la mayoría de ellos terminaron en la amputación.
- b) Casos en los que se extirpó el aneurisma, se resecaron los extremos de los vasos afectados y se realizó una prótesis con Dacron o vena safena. En estos casos se observó un tanto por ciento elevado de infección de la prótesis que, frecuentemente, tuvo que ser extirpada requiriendo una operación derivativa amplia con complicaciones elevadas.
- c) Casos en los que realizamos primeramente la técnica descrita, es decir, derivación de «by-pass» por el agujero obturador y después resección del aneurisma. En estos casos las complicaciones son escasas, habiéndose conseguido en todos los casos la restauración de la corriente sanguínea.

Los controles arteriográficos después de estas operaciones nos demuestran que esta técnica, si bien es un poco más difícil de realizar, presenta en relación con las demás unas ventajas indiscutibles.

RESUMEN

Una de las complicaciones más temidas de la cirugía vascular reconstructiva está representada por los aneurismas falsos de sutura. Se presentan con más frecuencia en la región inguinal.

Basados en la experiencia de 4.354 operaciones en las que encontramos 32 casos de aneurismas falsos de esa localización, se exponen los resultados del tratamiento con los distintos métodos usados hasta la actualidad.

SUMMARY

The results of the treatment of 32 cases of false aneurysm postoperative are presented.