

EXTRACTOS

«BY-PASS» DESDE FEMORAL PROFUNDA PARA LA REVASCULARIZACION SECUNDARIA (Profunda femoris by-pass for secondary revascularization). — **Ralph G. DePalma, John J. Malgieri, Robert S. Rhodes y Alexander W. Clowes.** «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 151, n.º 3, pág. 387; septiembre 1980.

El fallo a largo plazo de los injertos vasculares en la ingle, por lo común en la femoral común, amenazan la supervivencia del miembro. Las operaciones que intentan corregir la isquemia suelen presentar muchas complicaciones y dificultades y muchas acaban con la amputación.

La utilidad de la, en general, poco afectada arteria femoral profunda, no disecada previamente en las intervenciones anteriores, puede solucionar el problema. Nosotros, en pacientes que han necesitado una revascularización secundaria, hemos utilizado un «by-pass» desde la femoral profunda distal a las ramas de la circunfleja externa o la primera perforante, con buen resultado.

Hemos reoperado 14 enfermos en aquellas condiciones y con isquemia avanzada: dolor en reposo, úlceras rebeldes y pregangrena. Entre las operaciones que habían sufrido había 5 «by-pass» aorto-femorales bilaterales, 3 trombectomías de injerto, un injerto aorto-ilíaco y 4 injertos fémoro-femorales. Habían fallado 6 fémoro-poplíteos, de ellos 4 efectuados en otra parte.

Se efectuó una arteriografía previa para comprobar el estado de la femoral profunda y de sus ramas distales, practicando tomas oblicuas para asegurar una visualización óptima. En todos los casos se miró la relación Doppler tobillo-brazo de la presión sistólica, preoperatoria y a los siete y diez días después de la operación, además de su curso posterior.

El procedimiento redujo las dificultades emanadas de una secundaria intervención, derivadas de las cicatrizaciones anteriores, alteraciones de la anatomía local o aterosclerosis progresiva.

Entre los 14 pacientes, cinco requirieron reconstrucción secundaria proximal, siete reconstrucción distal y dos una combinación de reconstrucción proximal y distal.

Como factores importantes hay que contar con el empleo siempre que sea posible de injertos venosos, evitar la exagerada incurvación, utilizar una suave oclusión vascular al fin de evitar el desprendimiento de placas y más tarde la formación de ateroma y, por último, utilizar suturas finas de polipropileno.

Cuando el empleo de vena no es posible se ha recurrido, recientemente, al empleo de Gore-Tex, politetrafluoroetileno reforzado.

En todos los casos el resultado inmediato fue satisfactorio, salvando el miembro de la amputación. Estos enfermos fueron seguidos de dos meses a 24 meses, con un solo fallo y amputación a los cinco meses. En consecuencia, creemos que el «by-pass» desde la femoral profunda es una excelente opción como revascularización secundaria de la extremidad inferior.

UNA TECNICA SIMPLE PARA LA TROMBECTOMIA DE INJERTOS VENOSOS EN EL SISTEMA ARTERIAL (A simple technique for thrombectomy of vein grafts in the arterial system). — **Jesse Meredith, Bruce Walley y J. Wayne Meredith.** «Surgery, Gynecology & Obstetrics», vol. 151, n.º 3, pág. 425; septiembre 1980.

Desde el establecimiento del catéter de Fogarty se ha facilitado la extracción de trombos y émbolos del sistema arterial. El uso de la safena como conducto arterial ha aumentado asimismo mucho en los últimos años, pero la trombectomía de los injertos venosos se complica por la presencia de válvulas. Si el catéter se pasa en dirección de la corriente sanguínea es posible la ruptura de las válvulas exponiendo a lesión subintimal, lo cual es muy trombogénico; pasarlo contra la corriente sanguínea queda interrumpido por las válvulas.

Recientemente **Fogarty** ha descrito una técnica de trombectomía venosa tanto para los injertos venosos colocados en el sistema arterial como para las venas en posición normal. Consiste en pasar un catéter de irrigación a través de la vena desde la flebotomía distal a la proximal, unido al catéter-balón con el balón deshinchado junto a su parte proximal y retirándolo este último distalmente a través de las válvulas con el balón hinchado, con lo que se extraen los trombos.

Nosotros empleamos un solo catéter n.º 3 ó 4 de embolectomía, introduciéndolo por su extremo de inyección en la parte proximal del injerto, dejando el balón deshinchado, hasta alcanzar casi la anastomosis distal, por donde se extrae a través de una pequeña flebotomía. Entonces se inyecta en el catéter una solución salina con una jeringa adecuada, de forma que llene el balón situado en la flebotomía proximal, retirándolo a través del injerto hacia la flebotomía distal, sin que exista impedimento valvular, arrastrando los trombos hacia el exterior.

Esta técnica se nos ha demostrado muy útil, en especial en los injertos venosos curvados, sin que se produzcan lesiones valvulares y con sólo muy ligero trauma del injerto.