

APUNTES DE TECNICA EN EL «BY-PASS» AXILO-FEMORAL(*)

E. CACCIATORE

Divisione Chirurgia Generale. Ospedale «B. Ramazzini», Carpi (Modena), Italia.

Cirugía de «última hornada», el «by-pass» axilo-femoral representa la menos exigente entre las técnicas de revascularización. Es la intervención de salvamento por excelencia, un verdadero y apropiado sucedáneo de la cirugía aorto-iliaca clásica.

Desde 1961, cuando LEWIS por vez primera utilizó la subclavia como arteria donadora y, luego, en 1963 las experiencias pioneras de BLAISDELL, este tipo de reconstrucción ha tenido un notable éxito y una enorme difusión, éxito que no ha sido, ni podía serlo, desbancado por la sucesiva «invención» técnica de VETTO, en 1966, con su «shunt» fémoro-femoral.

En efecto, en tanto la posibilidad de practicar un «by-pass» cruzado fémoro-femoral queda frustrado por la coexistencia de lesiones en los troncos iliaco-femorales y por tanto de la arteria donadora, rara vez, por no decir excepcionalmente, el eje axilo-subclavio resulta tan patológico como para no poder ser utilizado.

El «by-pass» axilo-femoral se orienta, pues, a los casos en que, por variados motivos, no cabe recurrir a la reconstrucción aorto-iliaca directa; y el interés que ha suscitado se debe a múltiples motivos.

Ante todo, recientes estadísticas dan resultados sorprendentes en cuanto tiene relación con la desaparición del dolor en reposo. Se habla de una total remisión en el 70-75%.

Incluso la gangrena estabilizada se torna asintomática en el 50-65% de los casos, evitándose una amputación mayor. Un 25% obtiene una mejoría tal como para descender el nivel de amputación y sólo el 10-15% no obtiene resultado.

También la mortalidad es despreciable, dado que la intervención no es agresiva, sino más bien simple en el plano técnico y no traumatizante en absoluto, teniendo siempre presente el tipo de enfermos a intervenir.

Resalta, por tanto, su benignidad, su facilidad y su rapidez de ejecución. Precisamente por estos motivos hemos quedado impresionados por las variaciones técnicas, mejor diríamos las facilidades técnicas, propuestas por DESCOTES, LAGNEAU, ARGENTERI y otros, quienes han modificado ligeramente la técnica original descrita por BLAISDELL y HALL.

En la clásica descripción de estos últimos, la arteria axilar es abordada en su primera porción, cuando sale por debajo de la clavícula.

Entonces, incisión infraclavicular paralela al borde inferior del hueso, disociación

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

de las fibras del pectoral mayor, sección del pectoral menor, eventual ligadura y sección del origen de la arteria acromio-torácica.

Quien haya operado por esta vía, quizá bastante fácil, habrá encontrado dos inconvenientes. En primer lugar, el campo es algo profundo, en especial en los sujetos braquitépicos o adiposos; luego, la arteria axilar en este sector está íntimamente pegada a la vena y su aislamiento requiere reiteradas tentativas con el disector, disección por otra parte incómoda por la oblicuidad del trayecto de los vasos.

Si, por contra, se utiliza el sector medio-terminal de la arteria axilar, o sea a nivel del hueco axilar, inmediatamente bajo el pectoral, la disección es de rapidez y simplicidad extrema, incluso en sujetos gordos y tórax rollizo.

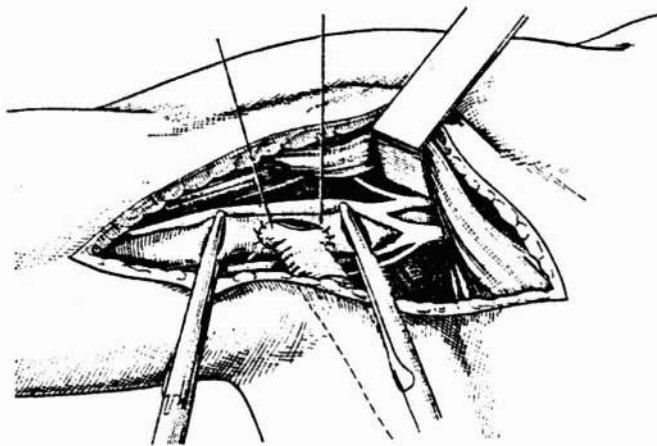


FIG. 1. — Detalle de la confección de la anastomosis sobre la parte media, retropectoral de la arteria axilar (según Descotes).

Como se ve en la figura 1, es suficiente una pequeña incisión a lo largo del pilar anterior de la axila. Si se reclina hacia adentro el pectoral se descubre inmediatamente el paquete vásculo-nervioso de la axila. Identificada la arteria a nivel de la horquilla del mediano, su aislamiento es cuestión de pocos instantes, ya que se disocia de la vena axilar con facilidad, que se hallará situada por encima.

La anastomosis con la prótesis puede efectuarse inmediatamente por debajo de la bifurcación del mediano, más que por encima, como sugiere algún autor, y tampoco es necesario e imprescindible usar como referencia la emergencia de la arteria torácica externa. Más que hacer pasar la prótesis por debajo de los músculos pectorales, es suficiente crear un túnel subcutáneo a partir del ángulo inferior de la incisión. Se hace un par de incisiones suplementarias a lo largo de la línea axilar media y se toman las habituales precauciones para evitar cualquier riesgo de compresión o de torsión de la prótesis en todo su trayecto.

La prótesis se inserta, luego, a nivel de la arteria femoral, preparada antes y previamente explorada para juzgar de la posibilidad de resvascularización y eventualmente se la somete a tromboendarteriectomía en el sector interesado por la anastomosis.

Empleando esta técnica y trabajando en dos equipos es posible llevar a término la intervención en menos de una hora.

Preferimos una ligera anestesia general, infiltrando eventualmente novocaína en la ingle y la axila.

Reservamos la clásica vía de BLAISDELL y HALL para los casos en que es necesario rehacer la anastomosis proximal por obliteración a distancia de la prótesis. En tal caso, para no volver sobre la precedente zona cicatrizal, preparamos la arteria axilar exactamente en su porción inicial infraclavicular.

No hemos tenido problemas de obliteración precoz, pues, según nosotros, la hemodinámica del injerto no puede estar comprometido por los movimientos activos de la espalda.

Siempre hemos usado a plena satisfacción prótesis de Gore-Tex de 88 mm de diámetro.

El problema de una hipotética neuritis postraumática del plexo braquial, en el que pensamos al principio, también se ha revelado más teórico que práctico.

RESUMEN

Se discuten algunas particularidades técnicas acerca de la preparación del tronco axilar para el «by-pass» axilo-femoral. La vía de abordaje sugerida por el autor es la transaxilar subpectoral, que permite una fácil y rápida preparación de la arteria axilar. La vía clásica de BLAISDELL y HALL, es decir la infraclavicular, queda reservada para casos de reintervención.

SUMMARY

Some technical peculiarities concerning axillar trunk preparation in order to axillo-femoral by-pass are discussed. Subpectoral transaxillar way is suggested. Blaidell's and Hall's classical way is reserved to reintervention cases.

BIBLIOGRAFIA

- ARGENTERI, A.; BAGLIANI, A.; PELLETIER, J.: L'anastomosi prossimale nel by-pass axillo-femorale. Nota técnica. «Atti 4.^a Riunione Gruppo IT. Chir. Vasc.» Roma, octubre, 1978.
- BLAISDELL, F. W. y HALL, A. D.: Axillary-femoral artery by-pass for lower extremity ischemia. «Surgery», 54:563, 1963.
- CERDAN, F. J.; GIL, M.; RUIZ DE LEÓN, A.; MARTIN, J.; ASPIROZ, F.; NÚÑEZ, L.: Revascularización extranatómica de los miembros inferiores. «By-pass» axilo-femoral. «Angiología», 34:290, 1982.
- DESCOTES, J.: Les Pièges de la Chirurgie vasculaire. «Expansion Ed.», 1973.
- LAGNEAU, P.: La place des pontages axillo-fémoraux dans le traitement des artériopathies des membres inférieurs. «Phlébologie», 28:447, 1975.
- VETTO, R. N.: Femoro-femoral shunt: appraisal. «Ann. Surg.», 112:162, 1966.