

## EXTRACTOS

**ANALISIS COMPARATIVO ENTRE PROTESIS BIFURCADAS DE DACRON Y P.**  
**T.F.E. Jimenes Cossio, J.A., Saez, L., Hernandez, A., Alamo, O., Sanchez Coll, S.,**  
**Fernandez, I., Hermoso, V., Minguela, F., y Espana, G., «Revista Española de**  
**Cirugía Cardiaca, Torácica y Vascular», vol. 2, n° 4, pag.253, julio-agosto 1984.**

La cirugía del sector aortoiláco dispone en el momento actual de dos técnicas de cirugía arterial directa: la derivación y la endarterectomía, encontrándose, además, bien estandarizada en cuanto a indicaciones y técnicas quirúrgicas.

El futuro de esta cirugía está en conseguir prótesis que nos ofrezcan cada vez mayores ventajas y posibilidades.

A lo largo de los años se han utilizado diversos materiales sintéticos: Vinyon N, Nylon trenzado en Y, varios tipos de prótesis bifurcadas de Dacron y politetrafluoretileno expandido (PTFE).

En 1980, se comercializa una nueva prótesis bifurcada de PTFE, para el sector aortoiláco, con las siguientes características: Muy baja densidad. Impenetrable a la sangre, lo que hace que estas prótesis bifurcadas no precisen precoagulación. No permiten ser estiradas longitudinalmente. La sensación al atravesar el PTFE es semejante a la apreciada al pasar la aguja la pared arterial. Cuando se realiza endarterectomía de la pared arterial, se observa mayor extravasación de sangre a través de los orificios producidos por la aguja, problema que se puede obviar mediante las nuevas suturas de PTFE. Gran resistencia, por estar provistas de un reforzamiento externo del mismo material. Bifurcación aórtica muy similar a la humana.

Se comparan dos series homogéneas de injertos bifurcados: 65 de Dacron y 54 de P.T.F.E., practicados entre Agosto 1978 y Agosto 1983, considerando: edad, estadios, patrones arteriográficos, técnicas quirúrgicas empleadas, cirugía asociada, complicaciones y mortalidad. Obteniéndose los siguientes resultados: Las prótesis bifurcadas de PTFE al no precisar precoagulación resultan de gran utilidad en la cirugía de los aneurismas y fundamentalmente en los fisurados o rupturados, siendo más sencillo el acto operatorio, con pérdidas de sangre mínimas, no necesitando la mayoría de los pacientes ser transfundidos. Menor índice de complicaciones en el grupo PTFE, menor incidencia de obliteraciones tardías de las ramas, menor porcentaje de falsos aneurismas y menor tasa de mortalidad.

Al tratarse de un material más rígido que el Dacron requiere que el cirujano, antes de utilizarlo, conozca una serie de peculiaridades respecto a su uso: Se recomienda para el corte de la prótesis la utilización de bisturí, empleo de clamps de Fogarty para el cierre de las ramas y uso de pinzas de De Bakey para evertir los bordes. La arteriotomía a nivel aórtico ha de ser amplia, de unos 4 cm., para conseguir un buen bisel y al mismo tiempo se ha de preservar el divisor de flujo. Para conseguir una correcta colocación de la prótesis, tunelizar al mismo tiempo las dos ramas del injerto.