

Ateromectomía ilíaca expansiva como complemento de la cirugía hiperemiante

N. Galindo Planas - J. Coves Valero y A. Nicolau Benet

Clinica Quirón - Barcelona (España)

RESUMEN

Se comenta la posibilidad de dilatar las arterias susceptibles de serlo, como complemento de una simpatectomía lumbar en curso, en especial en diabéticos con ateromatosis generalizada o estenosis localizadas en las A. Iliácas, en los que no es posible realizar cirugía arterial directa.

SUMMARY

Possibility of arterial dilatations as a coadjuvant treatment during a lumbar sympathectomy, specially in diabetic patients with generalized ateromatosis or stenosis at iliac level with no change of a direct arterial surgery, is discussed.

Introducción

C. T. Dotter, en 1964, con Judkins, fue el primero en efectuar una dilatación arterial mediante la introducción de un catéter de balón dentro de una arteria estenosada (si bien esta técnica fue descrita por primera vez por Gruntzig) (1). Este principio, cuyo fin era el de la introducción del catéter a través de una punción percutánea bajo control radiológico, pretendía dilatar el obstáculo y comprimirlo contra la pared arterial.

Ciertas complicaciones y defectos técnicos hicieron que este método no cobrara realidad hasta transcurridos diez años más tarde.

No es nuestra intención hacer una descripción del método de la PTA (Percutaneous Transluminal Angioplasty) por estar descrito con amplitud en los tratados de Angiorradiología moderna. Lo que pretendemos es dar a conocer la posibilidad de dilatar las arterias susceptibles de serlo durante el transcurso de la Simpatectomía Lumbar como complemento de la misma y principalmente indicado en los casos de arteriopatía diabética, ya que en estos casos con la simpatectomía lumbar simple se obtienen resultados muy pobres debido a las alteraciones neurológicas que suelen presentar los diabéticos.

Material y método

En 1989 iniciamos la técnica que denominamos **Ateromectomía Ilíaca Expansiva (AIE)** en cinco casos. Aunque la casuística es modesta, hemos considerado interesante el darla a conocer puesto que los resultados son espectaculares y no se hubieran conseguido efectuando solamente Simpatectomía Lumbar Simple.

Los cinco casos operados eran pacientes diabéticos en edades comprendidas entre los 70 y los 88 años, todos ellos con dolor en reposo y trastornos tróficos en los pies.

La técnica utilizada fue el método de **Leriche** para la simpatectomía lumbar, pero con el paciente casi plano encima de la mesa de operaciones y con una incisión algo más amplia de lo habitual para poder lograr un campo operatorio más cómodo. Para poder obtener un abordaje del sector arterial aortoilíaco correcto es imprescindible efectuar una amplia incisión y una sección muscular de los tres grupos abdominales, incluido el recto. Otra maniobra importante, que ya hemos efectuado en tres de nuestros casos, es la sección muscular del transverso ampliada en forma de «L».

En primer lugar se efectúa la resección del simpático lumbar y a continuación se cateteriza la arteria ilíaca común con un Abbocath nº 14. Se introduce la guía metálica a través de la luz y a continuación el catéter de balón. Se dilata durante

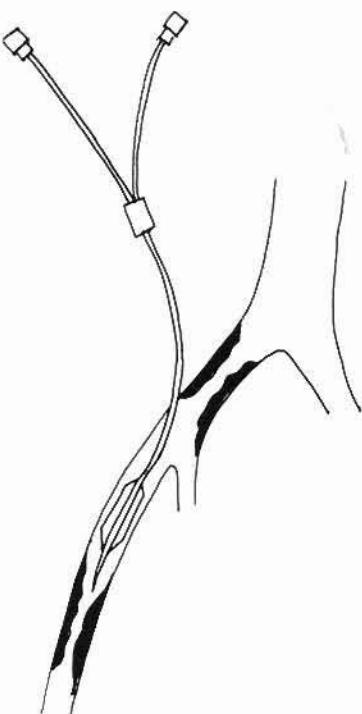


Fig. 1 - Ateromectomía ilíaca expansiva. Balón de Angioplastia introducido por punción en la arteria ilíaca externa.

tres minutos y se retira, en sentido proximal o distal dependiendo del caso.

La ventaja de este método es que puede ser controlado visualmente y no siempre es necesario el control radiológico, aunque sí es condición fundamental el haber efectuado previamente una arteriografía del sector arterial aortoilíaco y femoral.

En tres de nuestros casos efectuamos la dilatación a nivel de la arteria ilíaca común, en otro ilíaca común e hipogástrica y en el quinto ilíaca común e intento de dilatación de la femoral superficial con resultado fallido.

Creemos que el método sólo está indicado en los casos en que se detecta una ateromatosis generalizada o estenosis localizada en las arterias ilíacas en pacientes diabéticos con trastornos tróficos y en los que no es posible efectuar cirugía arterial directa.

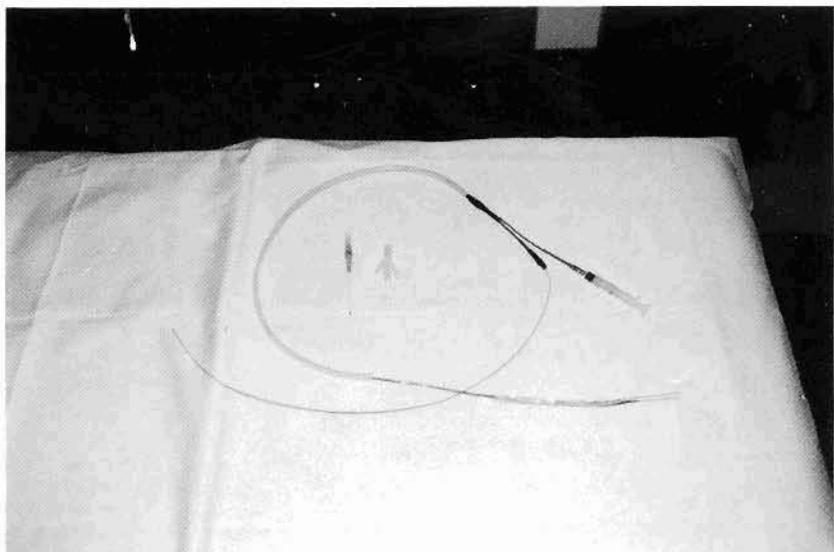


Fig. 2 - Sonda-Balón para angioplastia transluminal (A.T.P.).

El tipo de catéter empleado para las arterias ilíacas fue el de 6 mm de diámetro de balón y 4 cm de longitud tipo 7F, y para la arteria femoral superficial se empleó un catéter de balón de pequeños vasos tipo 4 mm el diámetro de balón y 40 mm la longitud del mismo.

La elección de los casos está basada principalmente en la clínica (arteriopatía diabética), en su edad o factores de riesgo, en la arteriografía, en la disminución de pulso femoral comparativo y en el Doppler arterial.

Resultados

Los cinco casos operados eran pacientes que presentaban dolor en reposo y padecían trastornos tróficos a nivel de los dedos de los pies.

En todos los casos, a las 24 horas de postoperatorio había desaparecido el dolor en reposo.

En uno de los casos se efectuó amputación del dedo gordo del pie derecho en el mismo acto quirúrgico y en otro, una vez lograda la delimitación de la necrosis, le fue amputado el segundo dedo del pie izquierdo.

Los cinco casos operados han

sido pacientes con afectación vascular de la extremidad inferior izquierda. No tenemos experiencia sobre el lado derecho, aunque creemos que el abordaje del mismo tenga mayor dificultad.

El seguimiento de estos pacientes, durante todo el año 1989 a 1990, ha sido satisfactorio en cuatro casos, habiendo efectuado revisiones una vez cada tres meses; en todos ellos mejoró el pulso femoral y la onda ultrasónica del Doppler. En otro de los casos, sólo se pudo hacer la primera revisión, la cual fue satisfactoria, pero no acudió a controles posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. C. T. DOTTER, A. R. GRÜNTZIG, W. SCHOOP, E. ZEITLER: «Percutaneous Transluminal Angioplasty». Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1983.
2. BOLLINGER A., MAHLER F., GRÜNTZIG A.: Peripheral hemodynamics in patients with coarctation, normotensive and hypertensive arteriosclerosis obliterans of the lower limbs. «Angiology», 22: 354, 1971.
3. BOLLINGER A.: «Atlas de Angiología», 1982.
4. DOTTER C.T., JUDKINS M.P.: Trans-

- luminal treatment of arteriosclerotic obstruction: descripcion of a new, technic and a preliminary report of its application. «Circulation», 30: 654-670, 1964.
5. SCHOOP W., LEVY H., CAPPIUS G., MANSJOER H., ZEITLER E.: «Early and late results of PTA in iliac stenosis». Springer, Berlin, Heidelberg, New York, (111) 1978.
6. VOLLMAR J.: «Cirugía Reparadora de las Arterias», Toray. Barcelona, 1977.
7. MOTARJEME A., KEIFER J.W., ZUSKA A.J. and NABAVI P.: P.T.A. as a complement to Surgery. «T.A.» (ed. by - C. T. Dotter, alt.) Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, pág. 312-320, 1983.
8. DENCK H.: Indications for P.T.A. from the Surgeon's Point of View. «P.T.A.» C. T. Dotter et alt. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, pág. 324-326, 1983.
9. SCHOOP W.: Indications for P.T.A.: The Angiologist's point of view. «P.T.A.» C. T. Dotter et alt. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1983.
10. BOLLINGER A. et al: Ultrasound techniques for followup of hemodynamic changes after transluminal dilatation or recanalization. «P.T.A.», Springer-Berlin, pág. 78-85.
11. BELL P.R.F.: «Arterial Surgery of the lower Limb». Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1991. Practice of Surgery.
-