
Cartas al Director

By-pass axilo-femoral asociado a simpatectomía lumbar

Sr. Director:

Es evidente que la gran longevidad de la población actual ha ocasionado un cambio en el perfil de los pacientes arteriales, cada vez más ancianos y deteriorados, motivo por el cual las reconstrucciones extraanatómicas son practicadas cada vez con más frecuencia. De igual modo, las lesiones acostumbran a ser multisectoriales, por lo que a menudo se nos plantea el problema de intervenir a un paciente con lesiones en el sector aorto-ilíaco, fémoro-poplíteo y distal y que, además, presenta un riesgo quirúrgico elevado. La práctica de una reconstrucción completa (by-pass áxilo-femoral + fémoro-poplíteo) es una intervención larga y que comporta trastornos hemodinámicos, ambas cosas poco deseables para un paciente de alto riesgo, por lo que la reservamos para aquellos pacientes con lesiones muy importantes o isquemia muy severa. En los otros casos de lesiones multisectoriales asociamos de rutina una simpatectomía lumbar al by-pass áxilo-femoral que, bajo nuestro punto de vista, tiene las siguientes ventajas:

- Precisa tan sólo ampliar una de las incisiones complementarias del by-pass.
- Alarga muy poco el tiempo quirúrgico (alrededor de 10 minutos en manos de cirujanos experimentados).
- Se suma el efecto vasodilatador periférico de la simpatectomía al aumento de presión del by-pass, obteniéndose una notable mejoría clínica.

- En nuestra experiencia, la morbi-mortalidad es la misma que con el by-pass aislado.

Atentamente,

Dr. ALBERTO MARTORELL LOSSIUS
Servicio de Angiología y C. Vascular
Hospital «Germans Trías i Pujol»
Badalona (Barcelona)

Derivación áxilo bifemoral infectada

Sr. Director:

A raíz del artículo publicado en su revista sobre dos casos clínicos de infección protésica extraanatómica solucionados con sustitución «in situ» por material autólogo, en estos dos en concreto con arteria femoral superficial endarterectomizada, nos gustaría poder aportar nuestra experiencia en un caso similar de especial complejidad técnica y táctica, resuelto en nuestro caso con vena femoral superficial.

Se trata de un enfermo de 80 años, con antecedentes de tabaquismo, enolismo, bronconeumopatía crónica, hepatopatía crónica, hipertensión arterial y síndrome tóxico de origen desconocido con pancitopenia.

Ingresa por dolor en reposo severo, de un mes de evolución, en pie derecho, que no cede con las medidas habituales. Se decide revascularización de extremidades inferiores, practicándose derivación áxilo-bifemoral, con implantación en las femorales

profundas distales. Postoperatorio correcto con desaparición del dolor en reposo y recuperación de los índices distales.

En el quinto día del postoperatorio inicia drenaje de linfa por herida inguinal derecha, detectándose en los días posteriores colección periprotésica a todos los niveles, siendo el cultivo positivo a *Klebsiella* y *Stafilococo aureus*. Se instaura tratamiento antibiótico, sin ningún tipo de mejora, excepto por la negativización de los cultivos, produciéndose drenaje espontáneo en dos puntos del trayecto con exteriorización de la prótesis y supuración franca.

Se practica extracción completa de la prótesis de dacron y se efectúa derivación iliofemoral profunda derecha y derivación cruzada fémoro-femoral de derecha a izquierda con vena femoral superficial extraída de ambos miembros inferiores, una vez descartada la disponibilidad de las safenas y dejando de lado las arterias femorales superficiales por la severa calcificación de las mismas. El eje ilíaco izquierdo presenta lesiones segmentarias pero con flujo aceptable. La precariedad de la situación clínica aconseja no efectuar abordajes alternativos que requerirían la implantación de nueva prótesis. La arteria axilar se cierra con sutura simple.

El curso postoperatorio es correcto y sin incidencias, manteniéndose funcionalmente como en el preoperatorio y con cicatrización completa de las heridas.

Es bien conocida nuestra preocupación por el tema de la infección protésica y siempre hemos intentado efectuar una aproximación lo más ortodoxa posible en las situaciones clínicas concretas. En principio nuestro criterio ha sido la extracción de todo el material protésico y la derivación extra anatómica en dos tiempos, siempre que esto ha sido posible.

En este caso la prótesis infectada ya estaba en situación extraanatómica, sin posibilidad técnica de usar la vía anatómica ni otras derivaciones, y no podíamos limitarnos a la extracción simple por la isquemia severa bilateral que habría comportado. Optamos en este caso por la sustitución «in situ» con vena femoral superficial ante la severa calcificación de la arteria. En situaciones de especial complejidad técnica la sustitución «in situ», siempre que se disponga de material autólogo, puede ser una buena solución a pesar de la aparente corta permeabilidad, aunque suficiente para permitir posteriormente nuevas reconstrucciones. En estas situaciones como material autólogo alternativo hay que considerar tanto la arteria femoral superficial endarterectomizada, como la vena femoral superficial.

*Dr. LUIS ROIG SANTAMARIA
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospitales del Mar y de la Esperanza,
Barcelona (España)*