

Cirugía infragenicular en pacientes ancianos: el valor de la edad

F.J. Rielo-Arias^a, R.J. Segura-Iglesias^b, S. Caeiro^b,
I. Hernández-Lahoz Ortiz^b, M. Gallegos^c

BELOW-THE-KNEE SURGERY IN ELDERLY PATIENTS: THE IMPORTANCE OF AGE

Summary. Aims. The aim of this study was to compare medium term (36 months) results of below-the-knee revascularisation procedures performed for limb salvage between two cohorts of patients: those under the age of 75 and patients over 75 years old. Patients and methods. Over a period of 24 months a total of 108 below-the-knee bypasses were carried out consecutively on 98 patients, 55 of whom were under the age of 75 (group A) and 43 over 75 years old (group B). Arteriography showed that 60% of the cases in group A had an efferent vessel (55.8% in group B). Distal anastomosis was performed in the 3rd portion in 31% in group A (32% in group B), and the others involved distal vessels, with saphenous vein graft in 65.5% of the patients in group A and 55.3% in group B. Results. Deaths occurred in one case in group A and two in group B. Survival at 36 months was 85.2% in group A versus 76.6% in group B; primary patency was 57.2% for group A compared to 58.1% in group B; and salvage rate was 70% in group A and 69.9% in group B. The log rank test revealed no statistically significant differences for any of the parameters. Conclusions. Revascularisation is acceptable and to be recommended in elderly patients selected for limb salvage surgery. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 539-47]

Key words. Below-the-knee homografts. Below-the-knee revascularisation. Below-the-knee saphenous vein. Critical ischemia. Femorodistal bypass. Revascularisation in the elderly.

^a Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ^c Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, España.

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier Rielo Arias. Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Canarias. Ofra, s/n. E-38320 La Laguna (Tenerife). Fax: +34 922 678 000. E-mail: fji@telefonica.net

© 2004, ANGIOLOGÍA

Introducción

El aumento de la esperanza de vida ha condicionado que la edad de los pacientes con isquemia crítica sea cada vez más elevada. En éstos, es importante una revascularización eficaz, dadas las bajas tasas de protetización efectiva y recuperación funcional en este grupo de pacientes. No es infrecuente que la alternativa quirúrgica implique la revascularización de troncos distales, bien porque se trata de pacientes con una

enfermedad evolucionada y afectación difusa, o bien porque se hayan intervenido previamente, lo que hace que no se disponga de material autólogo. Por otra parte, la edad avanzada conlleva un aumento del número de patologías asociadas, lo que suscita controversias sobre la mejor opción terapéutica en estos pacientes [1]. Por ello, decidimos realizar una revisión para conocer los resultados a medio plazo de los procedimientos de revascularización infragenicular en pacientes de más de 75 años,

comparándolos con un grupo de pacientes de menor edad.

Pacientes y métodos

Se revisaron las historias clínicas y las bases de datos de todos los pacientes intervenidos por isquemia de miembros inferiores según los criterios de isquemia crítica [2,3], a los que se les realizaron procedimientos de *bypass* infrageniculares durante un período de 24 meses en el ámbito del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de un hospital terciario con acreditación docente (Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña, España). Por tanto, se excluyeron pacientes intervenidos por traumatismos vasculares, aneurismas femorales y poplíteos, tratamiento endovascular, procedimientos de embolectomía y trombectomía, revascularización por infección protésica y los *bypass* suprageniculares.

En el estudio ingresaron 98 pacientes, a los cuales, a efectos de valorar la influencia de la edad, se asignaron a dos categorías de edad: A, menores de 75 años, y B, mayores de 75 años; resultaron 55 pacientes en el grupo A (menos de 75 años), y 43 del grupo B (más de 75 años), con unas medias de edad de 64,6 años en el grupo A ($r = 37,6-74,6$) y de 80,5 años en el grupo B ($r = 75,4-90,2$). Los factores de riesgo aparecen expuestos en la tabla I, donde se aprecia una similar distribución de las variables en ambos grupos, salvo en el caso de la cardiopatía y a los antecedentes de tabaquismo. Tres o más factores de riesgo se presentaban en el 54% de los pacien-

Tabla I. Factores de riesgo y variables de comorbilidad.

	A (< 75 años)	B (> 75 años)	χ^2	df	<i>p</i>
Sexo (hombres/total)	43/55	33/43	0,02	1	0,86
Tabaquismo (ex/total)	23/55	32/43	10,41	1	0,001
Hipertensión	26/55	20/43	0,006	1	0,94
Diabetes	27/55	21/43	0,001	1	0,98
Dislipemia	14/55	7/43	1,20	1	0,27
Broncopatía	11/55	13/43	1,36	1	0,24
Cardiopatía	24/55	30/43	6,66	1	0,01
Enfermedad carotídea	9/55	10/43	0,73	1	0,39
Nefropatía	9/55	6/43	0,10	1	0,74

tes del grupo A, frente a un 53% del grupo B. En cuanto a los antecedentes de revascularizaciones previas, se menciona que un 49% de los pacientes del grupo A (< 75 años) contaba con cirugías previas, en contraste con un 25% en el grupo B (> 75 años), hecho que resultó estadísticamente significativo ($\chi^2 = 5,61$; $df = 1$; $p = 0,015$). En todos los pacientes se realizó estudio preoperatorio convencional, diagnóstico no invasivo mediante presiones segmentarias y angiografía digital como paso previo a la intervención quirúrgica. En los casos en los que se utilizó la vena safena, ésta se estudió previamente con eco-Doppler, y se consideró apta para cirugía un calibre no inferior a 3 mm de diámetro en bipedestación. Se realizaron valoraciones cardiológicas y preanestésicas cuando se consideró necesario.

En total se efectuaron 108 procedimientos infrageniculares, 61 en el grupo

Tabla II. Anastomosis distales.

	A (< 75 años)	B (> 75 años)
Poplítea 3. ^a porción	19	15
Tibial anterior	17	6
Tronco tibioperoneo	3	4
Tibial posterior	10	10
Peronea	12	12
Total	61	47

A y 47 en el grupo B. Cinco pacientes del grupo A y dos del grupo B se reintervinieron durante el mismo período de estudio con un nuevo *bypass* infragenicular, en tanto que un paciente del grupo A y dos del grupo B se intervinieron de la extremidad contralateral.

En ambos grupos, la isquemia grado III y IV de Fontaine fue la indicación predominante (88,5% en el grupo A frente a un 87,2% en el grupo B). De estos pacientes con isquemia crónica, un 29% del grupo A y un 19% del grupo B presentaban dolor de reposo en el momento previo a la cirugía, y padecían trastornos tróficos el resto de los pacientes. El resto de los pacientes presentaban claudicación a muy cortas distancias, cumpliendo criterios de isquemia crítica sin dolor de reposo. Los grupos fueron comparables en función de la indicación quirúrgica ($\chi^2 = 0,97$; df = 2; $p = 0,64$).

Se revisaron las arteriografías y se asignó una clasificación para los vasos de salida, que se describió como 0 en el caso de poplítea ciega, y 1, 2 y 3 si se apreciaban 1, 2 y 3 vasos de salida hacia el tobillo. La media en ambos grupos

fue de $2,44 \pm 0,70$ para el grupo A y $2,28 \pm 0,65$ para el B, sin que se apreciase asociación estadística ($t = 1,26$; df = 106; $p = 0,26$; IC 95% = 0,09-0,43).

En la tabla II se describen los emplazamientos de las anastomosis distales. En ambos grupos el porcentaje de anastomosis distales a tercera porción con respecto a troncos distales fue similar (45,2% en el grupo A frente a 46,8% en el grupo B), sin apreciarse asociación estadística ($\chi^2 = 0,007$; df = 1; $p = 0,93$).

La vena safena interna fue el material escogido en el 65,5% de los pacientes del grupo A (40 venas safenas) y 55,3% en el grupo B (26 venas safenas), no diferenciándose la modalidad *in situ* o invertida. En ausencia de la misma se empleó como material de recurso homoinjertos arteriales criopreservados, 29,5% en el grupo A (18 homoinjertos) y 29,7% en el B (14 homoinjertos), obtenidos en su mayoría de nuestro banco de tejidos. La preparación de los mismos ya se ha descrito con anterioridad [4]. En los demás casos se empleó material protésico sólo o asociado a cuff. Ningún material se utilizó con más frecuencia en uno u otro grupo ($\chi^2 = 5,75$; df = 4; $p = 0,21$).

Se empleó anestesia con catéter epidural en un 66,7% de los enfermos. Se realizó angiografía comprobatoria en quirófano en todos los casos. No hubo procedimientos asociados, salvo amputaciones menores o desbridamientos de heridas en el pie infectadas. Al término de la intervención los pacientes se transfirieron a una sala de reanimación postanestésica por un período comprendido de entre 12 y 24 horas, en donde se ini-

ció tratamiento con dextranos de bajo peso molecular durante 72 horas, y también profilaxis antitrombótica con heparinas de bajo peso molecular (nadroparina cálcica). Posteriormente, en la sala de hospitalización se reinició tratamiento con antiagregantes por vía oral, cuidados locales de heridas quirúrgicas y antibioterapia en los casos en que se necesitó. Nueve pacientes del grupo A y ocho del grupo B se anticoagularon. Tras el alta, los pacientes se siguieron con carácter semestral y anual mediante examen físico, eco-Doppler, índices tobillo-brazo y, en algunos pacientes, angiografía venosa por sustracción digital.

Resultados

Los datos del postoperatorio inmediato se reflejan en la tabla III. Un paciente del grupo A falleció a los 10 días de una agudización de su insuficiencia renal, frente a dos pacientes del grupo B (a los 6 y 21 días), por causas neurológicas y nefrológicas, respectivamente. Se contabilizaron seis complicaciones cardiorrespiratorias en pacientes del grupo A, frente a una del grupo B, entendiendo como tales episodios de insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón, ángor o broncoespasmo. Nueve pacientes del grupo A y 10 del grupo B padecieron complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica.

Se obstruyeron cuatro procedimientos quirúrgicos en el grupo A y dos en el grupo B, y se procedió en un segundo acto quirúrgico a la amputación de la extremidad en cuatro pacientes de cada grupo, con lo que un mayor número de pacientes

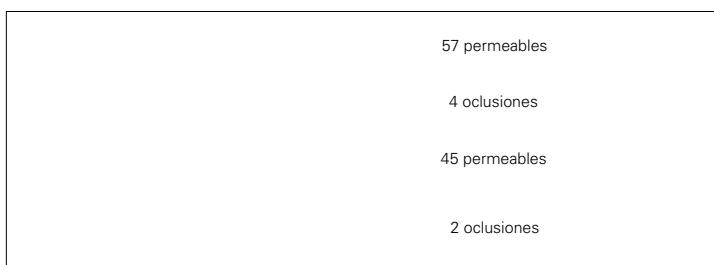


Figura 1. Resultados inmediatos.

Tabla III. Datos del postoperatorio.

	A (< 75 años)	B (> 75 años)
Días postoperatorios	12,9 ± 7,76	13,7 ± 14,2
Fallecimiento	1	2
Complicaciones cardiorrespiratorias	6	1
Herida quirúrgica	9	10
Oclusión bypass	4	2
Amputación postoperatoria	4	4
Anticoagulación postalta	9	8

del grupo B se amputaron con el *bypass* permeable (Fig. 1), en dos casos por la gravedad de los trofismos y en uno por un seudoaneurisma de la anastomosis distal.

Cuatro pacientes del grupo A y cinco del grupo B se perdieron para el seguimiento a 36 meses. Del grupo A fallecieron ocho pacientes, tres de ellos por causas cardiorrespiratorias, y el resto fue por dos neoplasias, una sepsis y desconocido en dos. Del grupo B fallecieron nueve pacientes, cuatro por causas cardiorrespiratorias, un ictus, una neumonía y tres por causas desconocidas. Debe recalcarse que, del grupo B, cuatro pacientes fallecieron durante los dos primeros meses. Al identificar estos pacientes se comprobó que se trataba de pacientes que se



Figura 2. Supervivencia acumulada de los dos grupos.



Figura 3. Permeabilidad primaria de los dos grupos.

encontraban en condiciones de ingreso hospitalario en el hospital de Cuidados Continuos, con una media de edad de 82,6 años, todos diabéticos, y las causas del fallecimiento fueron cardiorrespiratorias en tres y neumonía en uno.

La supervivencia calculada por el método de Kaplan-Meier fue del 82,5% a 31

meses para los pacientes del grupo A, frente a un 76,6% a 27 meses para el grupo B (Fig. 2), sin apreciar diferencias entre ambos grupos por el método de *log rank test* ($\log rank = 1,9$; $df = 1$; $p = 0,16$) ni por el método de Breslow en los meses iniciales ($Breslow = 2,62$; $df = 1$; $p = 0,13$). En ambos grupos la permeabilidad primaria fue similar, un 57,2% a 24 meses para el grupo A y un 58,1% a 22 meses para el B ($\log rank = 0,18$; $df = 1$; $p = 0,67$), al igual que la tasa de salvamento, 70,1% para el grupo A a 27 meses y 69,9% a 26 meses para el grupo B ($\log rank = 0,09$; $df = 1$; $p = 0,75$) (Figs. 3 y 4).

Aplicamos un modelo de regresión de Cox en los dos grupos, en donde incluimos la anticoagulación al alta, el emplazamiento de la anastomosis distal, los vasos de salida y el material empleado; esta última fue la variable asociada significativamente a la permeabilidad de la reconstrucción. De hecho, la permeabilidad de las venas safenas a 36 meses fue de un 69% en el grupo A y un 72% en el B, mayor como era de esperar al resto de materiales de recurso (39% de permeabilidad para homoinjertos arteriales criopreservados en el grupo A frente a 28% en el B).

Discusión

Ya desde la década de los ochenta se mantiene la recomendación de realizar un abordaje agresivo en el manejo de la isquemia de miembros inferiores en el paciente anciano [1,5,6], habida cuenta de las bajas tasas de supervivencia tras una amputación primaria [7,8], así co-

mo su difícil protetización [9]. Al ser cada vez más alta la esperanza de vida son más los pacientes ancianos que, al expresar habitualmente un grave patrón de arteriopatía, se les suelen ofrecer como alternativa, bien un procedimiento distal o una amputación primaria [10]. De hecho, las tasas de amputación, a pesar del aumento de los procedimientos de revascularización, han aumentado en los últimos 10 años [11].

No es fácil justificar un punto de corte de 75 años, dado que nadie tiene del todo claro cuándo se considera a un paciente como anciano. Cuando se considera a un paciente como anciano, de hecho la bibliografía consultada hace referencia a pacientes septuagenarios y octogenarios. Si estableciésemos el punto de corte en 80 años, hubiéramos tenido un grupo B de 17 pacientes. Seguro que de realizar este estudio dentro de unos años, el grupo de octogenarios sería mayor [7,10,12]. No obstante, creemos haber podido representar adecuadamente a los objetivos de este estudio: a los octogenarios, por un lado, y a los pacientes de la quinta y sexta década de la vida, por otro.

De hecho, hemos observado en nuestro estudio una similitud en los resultados entre los grupos de pacientes de menos de 75 años frente a los de más de 75; ello nos hace pensar en la situación contraria, es decir, la de un subgrupo de pacientes con perfil arteriosclerótico agresivo, similar al de los ancianos tanto en la supervivencia como en la tasa de salvamento, descrito en la literatura y para el cual los resultados a largo plazo de procedimientos de revascularización son pobres [12,13]; este hecho se



Figura 4. Tasa de salvamento.

conoce y confirma en nuestra serie, habida cuenta de la alta tasa de reintervención en nuestro grupo de pacientes de menos de 75 años para los que, a menudo, este tipo de procedimiento supone su única alternativa a una amputación. En el grupo de pacientes de menos de 75 años, los procedimientos de reintervención previos consistieron en revascularizaciones por encima de la rodilla, motivo por el que los supusimos comparables con los del grupo de pacientes mayores de 75 años.

Aunque la incidencia de cardiopatía previa a la cirugía fue mayor en el grupo de los ancianos, seis de los siete eventos cardiológico postoperatorios se produjeron en el grupo de los pacientes de menos de 75 años, y todos ellos se diagnosticaron de cardiopatía con grado 3 según la clasificación propuesta por Rutherford en 1997 [3]; ello sugiere la conveniencia de estudiar a estos pacientes de una manera más detallada desde

un punto de vista cardiológico, por un lado, o la necesidad de revisar los criterios de inclusión de eventos cardiológico, por otro, ya que la prevalencia de arritmias como la FA en ancianos es frecuente, y es razonable pensar que el comportamiento postoperatorio de un paciente con una arritmia bien tolerada no debe ser el mismo que el de un paciente con enfermedad coronaria de tres vasos y ausencia de lechos distales.

Por otra parte, nuestros resultados han sido similares a los de otras series [12,14,15], apreciándose una mayor tasa de supervivencia a los 3 años, que otros autores han argumentado para justificar el empleo de prótesis infrageniculares. Dado que nuestros pacientes viven más, nosotros propugnamos un abordaje agresivo, incluso con materiales de recurso, habida cuenta de sus aceptables tasas de salvamento de extremidad, ya que el material de recurso puede proporcionar temporalmente un flujo sanguíneo directo al pie durante un período de tiempo suficiente como para cicatrizar una lesión antes de que se ocluya finalmente [16].

La pérdida de independencia y las complicaciones nosocomiales derivadas de la hospitalización prolongada desempeñan un papel negativo para con el paciente anciano, y puede justificar la mortalidad encontrada en los primeros meses. Ello sugiere la importancia de una movilización precoz para prevenir la pérdida de la deambulación que influiría negativamente en la supervivencia.

Nuestro estudio se ha centrado en el hecho de que las revascularizaciones pueden llevarse a cabo con éxito tanto en ancianos como en jóvenes; pero, sin

embargo, no hemos tenido en cuenta las consecuencias funcionales en el seguimiento, que invitarían a tratar de mostrar en un futuro los resultados de un procedimiento revascularizador con algo más que con números de permeabilidad; es decir, intentar cuantificar la funcionalidad e independencia posterior. Existen artículos en la literatura que defienden la revascularización del anciano no sólo por el beneficio en su autonomía y estado funcional [17], sino también por el aumento en la supervivencia en este tipo de pacientes; de todos modos, estamos de acuerdo en que en la valoración de los resultados tardíos deben tenerse en cuenta la independencia y la satisfacción posterior con respecto a su enfermedad en el paciente vascular periférico [18].

Nosotros consideramos la revascularización del anciano en aquellos casos en el que el paciente tenga una buena funcionalidad y vida basal aceptable previa, y se reserva la amputación para casos con graves trastornos tróficos [18, 19] o deterioro de su estado mental. Lamentablemente, si quisieramos identificar a aquellos pacientes que pudieran haberse beneficiado de una amputación primaria, tendríamos que haber planteado un diseño de estudio diferente, como se vio *a posteriori* con cuatro pacientes amputados con un bypass permeable.

Por todo ello, creemos justificado un abordaje agresivo al problema del enfermo anciano con isquemia crítica de miembros inferiores, y, por tanto, creemos que es el perfil arteriosclerótico del paciente y no su edad lo que condiciona la necesidad de un procedimiento de revascularización.

Bibliografía

1. O'Mara CS, Kilgore TL Jr, McMullan MH, Maples MD, Hollingsworth JF, Tyler HB. Distal bypass for limb salvage in very elderly patients. *Am Surg* 1987; 53: 66-70.
2. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASK). Management of peripheral arterial disease (PAD). *J Vasc Surg* 2000; 31: 168-289.
3. Rutherford RB, Dennis J, Ernst C, Waine K, Porter J, Ahn S, et al. Recommended standards for report dealing with lower extremity ischemia: revised version. *J Vasc Surg* 1997; 26: 517-38.
4. Alonso M, Segura RJ, Prada C, Caeiro S, Cachaldora JA, Diaz E, et al. Cryopreserved arterial homografts: preliminary results in infrageniculate arterial reconstructions. *Ann Vasc Surg* 1999; 13: 261-7.
5. Scher LA, Veith FJ, Ascer E, White RA, Samson RH, Sprayregen S, et al. Limb salvage in octogenarians and nonagenarians. *Surgery* 1986; 99: 160-5.
6. Friedman SG, Kerner BA, Friedman MS, Moccio GC. Limb salvage in elderly patients. Is aggressive surgical therapy warranted? *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1989; 30: 848-51.
7. Nehler M, Moneta G, Edwards J, Yeager R, Taylor Jr LL, Porter J. Surgery for chronic lower extremity ischemia in patients eighty or more years of age: operative results and assessments of postoperative independence. *J Vasc Surg* 1993; 18: 618-24.
8. Taylor LM Jr, Hamre D, Dalmen RL, Porter JM. Limb salvage vs amputation for critical ischemia. The role of vascular surgery. *Arch Surg* 1991; 126: 1251-8.
9. Reyes RL, Leahey EB Jr. Elderly patients with lower extremity amputations: three-year study in a rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* 1977; 58: 116-23.
10. Chang J, Stein T. Infringuinal revascularizations in octogenarians and septuagenarians. *J Vasc Surg* 2001; 34: 133-8.
11. Feinglass J, Brown JL, LoSasso A, Sohn MW, Manheim LM, Shah SJ, et al. Rates of lower extremity amputation and arterial reconstruction in the United States, 1979 to 1996. *Am J Public Health* 1999; 89: 1222-7.
12. Gouny P, Bertrand P, Decaix B, Hocquet-Cheynel C, Karcenty B, Chemla M, et al. Distal bypass for limb salvage: comparative study in patients below and above 80 years of age. *J Cardiovasc Surg* 1994; 35: 419-24.
13. Bertrand P, Gouny F, Mercier C, Cheynel-Hocquet V, Duedal O. Long-Term outcome in patients under 40 years after revascularization for chronic lower limb ischaemia. *J Cardiovasc Surg* 1999; 40: 561-6.
14. Illuminati G, Bertagni A, Calio F, Papaspypopoulos V. Distal polytetrafluoroethylene bypasses in patients older than 75 years. *Arch Surg* 2000; 135: 780-4.
15. Illuminati G, Calio F, Bertagni A, Piermattei A, Viteri F, Martinelli V. Results of distal revascularization in elderly patients for critical ischemia of lower limbs. *Acta Chir Belg* 1999; 99: 68-71.
16. Albertini JN, Barral X, Branchereau A, Favre J, Guidicelli H, Magne J, et al. Long-term results of arterial allograft below-knee bypass grafts for limb salvage: A retrospective multi-center study. *J Vasc Surg* 2000; 31: 426-35.
17. Pomposelli F, Arora S, Gibbons G, Frykberg R, Smakowski P, Campbell D, et al. Lower extremity arterial reconstruction in the very elderly: successful outcome preserves not only the limb but also residential status and ambulatory function. *J Vasc Surg* 1998; 28: 215-25.
18. Dawson I, Van Bockel JH. Outcome measures after lower extremity bypass surgery: there is more than just patency. *Br J Surg* 1999; 86: 1105-6.
19. Caeiro S. Outcome measures after lower extremity bypass surgery: there is more than just patency [letter]. *Br J Surg* 2000; 87: 827-8.

CIRUGÍA INFRAGENICULAR EN PACIENTES ANCIANOS: EL VALOR DE LA EDAD

Resumen. Objetivos. Comparar resultados a medio plazo (36 meses) de los procedimientos de revascularización infragenicular para salvamento de extremidad entre dos grupos de pacientes menores de 75 y mayores de 75

CIRURGIA INFRAGENICULAR EM DOENTES IDOSOS: O VALOR DA IDADE

Resumo. Objectivos. Comparar resultados a médio prazo (36 meses) dos procedimentos de revascularização infragenicular para a recuperação do membro entre duas coortes de doentes menores de 75 e maiores

años. Pacientes y métodos. Durante 24 meses se realizaron de forma consecutiva 108 procedimientos de bypass infragenicular sobre 98 pacientes, 55 menores de 75 años (grupo A) y 43 mayores de 75 (grupo B). En la arteriografía, el grupo A presentó un vaso de salida en el 60% de los casos (55,8% en el B). Se realizó la anastomosis distal a 3.^a porción en el 31% del grupo A (32% en el B), y el resto fue a vasos distales, con injerto de safena en el 65,5% de pacientes del grupo A y 55,3% del B. Resultados. Falleció un paciente del grupo A frente a dos del grupo B. La supervivencia a los 36 meses fue de un 85,2% en el grupo A frente a un 76,6% en el B; la permeabilidad primaria fue de un 57,2% para el grupo A frente a un 58,1% en el B, y la tasa de salvamento fue de un 70% en el grupo A en comparación con el 69,9% en el B, sin que por log rank test se apreciaran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros. Conclusiones. Resulta asumible y recomendable un planteamiento revascularizador en ancianos seleccionados para cirugía de salvamento de extremidad. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 539-47]

Palabras clave. Homoinjertos infrageniculares. Isquemia crítica. Puente femorodistal. Revascularización en ancianos. Revascularización infragenicular. Safena infragenicular.

de 75 años. Doentes e métodos. Durante 24 meses realizaram-se de forma consecutiva 108 procedimentos de bypass infragenicular em 98 doentes, 55 menores de 75 anos (grupo A) e 43 maiores de 75 (grupo B). Na arteriografia o grupo A apresentou um vaso de saída em 60% dos casos (55,8% no B). Realizou-se a anastomose distal à 3.^a porção em 31% do grupo A (32% no B), e o restante em vasos distais, com enxerto da safena em 65,5% dos doentes do grupo A e 55,3% do B. Resultados. Morreu um doente do grupo A, contra dois do grupo B. A sobrevivência aos 36 meses foi de 85,2% no grupo A, contra 76,6% no B, a permeabilidade primária foi de 57,2% para o grupo A contra 58,1% no B, e o índice de salvamento foi de 70% no grupo A em comparação com 69,9% no B, sem que por log rank test se tenham registado diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros. Conclusões. É aceitável e recomendável estabelecer a revascularização em idosos seleccionados para cirurgias de recuperação dos membros. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 539-47]

Palavras chave. Homoenxertos infrageniculares. Isquémia crítica. Ponte femorodistal. Revascularização nos idosos. Revascularização infragenicular. Safena infragenicular.