

# Interposición con prótesis en el caso de transposición de la Arteria subclavia

Gyurkó György - Patricio Acosta Alvarez

Hospital de la Provincia de Nógrád Salgótarján \*  
Hungria

## RESUMEN

*Durante la transposición de la A. Subclavia a la Carótida primitiva se presentan casos especiales cuando por dificultades técnicas no es posible la reimplantación.*

*En estos casos se implantaron tubos de Gore-tex entre la A. Carótida primitiva y la A. Subclavia como también la A. Vertebral, con experiencias favorables.*

## SUMMARY

*When we can't realize the reimplantation because of technical difficulties, special cases are presented during transposition from the subclavian artery to the primitive carotid artery.*

*In these cases, between primitive carotid artery and the subclavian artery and also the vertebral artery, Gore-tex's tubes were implanted with favourable results.*

## Introducción

La oclusión del segmento proximal de la A. subclavia es la causa de insuficiencia cerebrovascular y/o falta de irrigación sanguínea en el miembro superior. La solución quirúrgica es la reimplantación entre la A. Subclavia y la A. Carótida primitiva (1-9), la misma que muchos, al igual que nosotros, también la practicamos a menudo, sin embargo se presentan casos en los que esta técnica de reimplantación no es posible. En estos casos utilizamos interposición sintética. A continuación exponemos nuestros casos.

## Casos clínicos

### Caso 1

K. J. Paciente de 64 años de edad, Hombre. Síntomas: mareos frecuentes, extremidad superior derecha débil. Presión arterial: lado derecho: 110 mmHg, lado izquierdo: 180 mmHg.

Indicación quirúrgica: cierre del segmento inicial de la A. Subclavia derecha, «steal». Este «steal» intraoperativamente lo demostró una A. Vertebral muy dilatada.

Operación: se decidió por reimplantación en la Carótida Primitiva derecha, fuera de ello resultó impo-

sible por lo delicada y rompible pared de la subclavia. Así, pues, implantamos un tubo sintético de Gore-tex de 8 mm. en la carótida derecha, anastomosis terminolateral, luego la Vertebral reimplantamos la prótesis con anastomosis terminolateral. Entre el segmento distal de la Subclavia y el tubo sintético se realizó una anastomosis en forma de lengüeta terminoterminal.

El postoperatorio: en general sin complicaciones.

La presión sanguínea en los dos lados 160/100 mmHg.

Emisión del enfermo en buenas condiciones.

Durante los posteriores controles el paciente no presentó síntomas de ninguna índole, hasta 4 años después en que falleció.

### Caso 2

A. J. Paciente de 36 años de edad. Mujer.

Síntomas: debilitamiento y parestesia de miembro superior derecho. Pulso periférico: miembro superior derecho ++—, izquierdo++++. Miembro inferior: ambos lados +++++.

Presión con Doppler en las extremidades superiores: derecha: 100 mmHg., izquierda: 140 mmHg.

Imagen Arteriográfica: Arteriografía del Cayado aórtico y Subclavia derecha: desde el origen de la Subclavia derecha unos 6 cm. de recorrido irregular y el lumen, comparado con el inicial, reducido a la mitad; las demás ramas originales de la aorta normales.

\* En español.

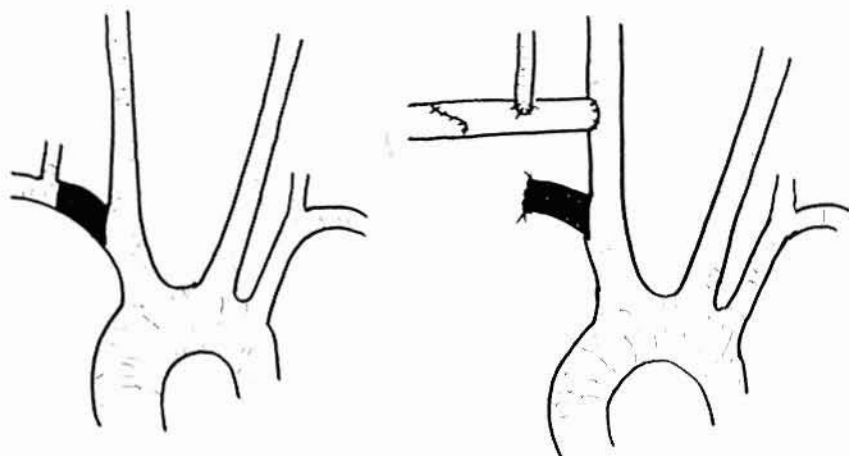


Fig. 1 - K. J. paciente. Esquema de la oclusión y tratamiento quirúrgico.

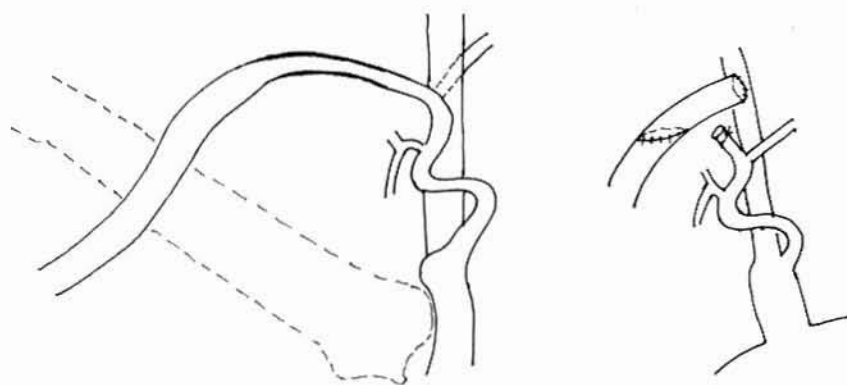


Fig. 2 - A. J. Paciente. Esquema de las alteraciones vasculares y su tratamiento quirúrgico.

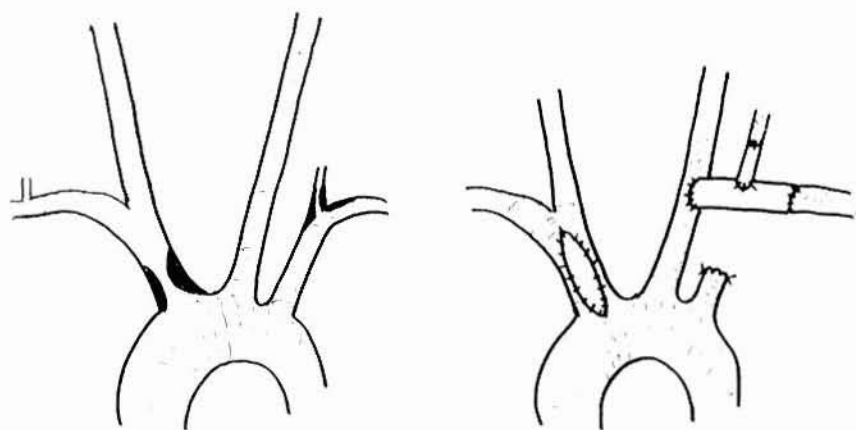


Fig. 3 - P. P. Paciente. Esquema antes y después de la operación.

En base a los arteriogramas se pudo observar que en un corte sagital de la Arteria Subclavia comparado con la continuidad normal en un 39%, la parte más estrecha en un 25%, por lo tanto el estrechamiento 61 y 75%, respectivamente.

Operación: Anestesia general. Se realizó una incisión supraclavicular. A continuación se resecó y ligó la A. Subclavia estenosada después de la ramificación de la A. Vertebral. La interposición con tubo sintético de Gore-tex de 8 mm. e hilo de Gore-tex 5/0.

Anastomosis: Términoterminal en la Carótida primitiva y lobular término-terminal en la Subclavia periférica.

Postoperatorio: en general sin consecuencias. Pulso periférico en los dos lados: +++. Presión con Doppler: lado derecho 130 mmHg. lado izquierdo 140 mmHg.

Medio año después, presión con Doppler en los dos lados 130 mmHg. Durante 4 años de atención la presión en los dos lados: 130 mmHg. y el paciente asintomático. Vale la pena recordar como caso excepcional la alteración de carácter congénito.

### Caso 3

P. P. Paciente de 53 años de edad. Hombre.

Síntomas: debilitamiento de la mano derecha durante los tres últimos meses.

Estado: fuertes chasquidos en la A. Carótida primitiva y Subclavia derecha. Asimismo sobre la Subclavia izquierda. Presión sanguínea: lado derecho: 90 mmHg, lado izquierdo: 160 mmHg.

Arteriografía: lumen estrecho de la A. Braquiocefálica y la A. Vertebral izquierda.

Operación: anestesia general. Incisión supraclavicular y esternotomía media, endarterectomía de la A. Braquiocefálica y cierre con parche de Gore-tex. A continuación probamos

la endarterectomía de la Subclavia izquierda y A. Vertebral; luego implantamos un injerto de Gore-tex de 8 mm. entre la Carótida primitiva y la Subclavia con anastomosis término-lateral y término-terminal, respectivamente, luego unimos lateralmente a la prótesis 4,5 mm. de tubo de Gore-tex con el mismo que a su vez realizamos una anastomosis término-terminal con la Arteria Vertebral.

Resultado: paciente dado de alta sin complicaciones.

RR: lado derecho: 135 mmHg., lado izquierdo: 130 mmHg.

Durante el tiempo de 3 años de control, sin complicaciones.

### Conclusiones

El resultado ante una dificultad téc-

nica o en la resección de una arteria destruida con la interposición de prótesis ha demostrado ser bueno y efectivo. Ventajoso también desde el punto de vista hemodinámico. También es posible la reimplantación de la A. Vertebral, como también con prótesis. Como la reimplantación es algo no programado de antemano, pues ya sucede con el paciente después de haberle sido administrado heparina, es pues muy ventajoso el uso de prótesis e hilo de Gore-tex.

### BIBLIOGRAFIA

1. CLARK, K., PERRY, M. D.: «Ann. Surg.», 16: 414, 1966.
2. DIETRICH, E. B., KOOPOT, R.: «Am. J. Surg.», 142: 416, 1981.
3. EDWARDS, W. H., WIRGHT, R. S.: «Am. J. Surg.», 123: 689, 1972.
4. EDWARDS, W. H., MULHERIN, J. L.: «Surgery», 87: 20, 1980.
5. EISENHARDT, H. J., ZEHLE, A., PICHLMAIER, H.: «Langenbecks Arch. Chir.», 351: 161, 1980.
6. MEHIGAN, J. T., BUCH, W. S., PIPKIN, R. D., FOGARTY, R. J.: «Am. J. Surg.», 136: 15, 1978.
7. PARROT, J. C.: «Arch. Surg.», 88: 661, 1964.
8. STOCK—DENSCHEL, R., METZ, L., STIMMEL, F.: «Zbl. Chir.», 112: 175, 1987.
9. THOMPSON, B. W., READ, R. C., CAMPBELL, G. S.: «J. Cardiovasc. Surg.», 21: 125, 1980.