Bypass iliopoplíteo por el agujero obturador

M. Norese, S. Shinzato, A. Menant, R. La Mura

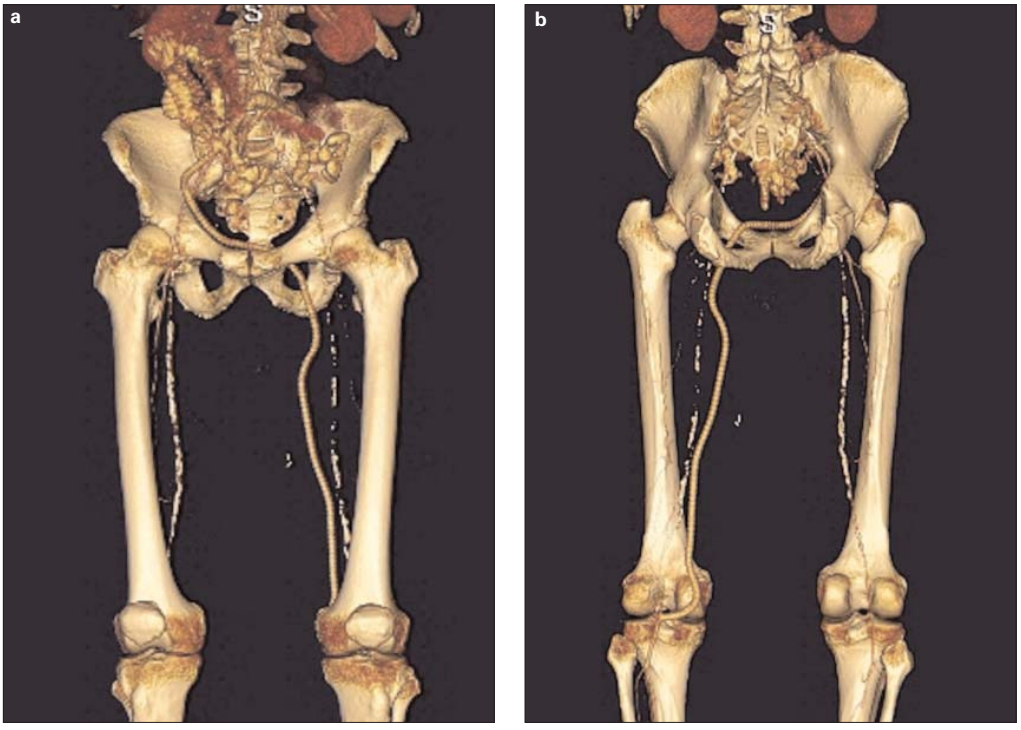

Figura 1. Angiotomografía con reconstrucción tridimensional, en la que se visualiza *bypass* iliopoplíteo izquierdo a través del agujero obturador: a) Visión ventral; b) Visión dorsal.

Caso clínico. Varón de 65 años, con antecedentes de tabaquismo e hipertensión. Intervenido de cáncer de recto mediante resección abdominoperineal y radioterapia. Años antes, en 1999, fue intervenido por isquemia crónica de miembro inferior mediante angioplastia/*stent* de ilíaca común derecha. En 2006 precisó *bypass* femoropoplíteo supraarticular izquierdo con politetrafluoroetileno (PTFE) por arteriopatía grado III. Fue derivado a nuestro hospital por infección en la región inguinal y trombosis del injerto. Se retiró el *bypass* en su totalidad, con cierre arterial mediante parche de vena safena, exéresis de tejidos afectados y terapia antibiótica específica. En el postoperatorio precisó angioplastia ilíaca externa izquierda. Al año, consultó por clínica grado III en la

Aceptado tras revisión externa: 11.02.08.

División de Cirugía Vascular Periférica. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr. Mariano Norese. División de Cirugía Vascular Periférica. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Avda. Córdoba, 2351, 7.º. 1120 Buenos Aires, Argentina. E-mail: cirugiavascular@hospitaldeclinicas.uba.ar

© 2008, ANGIOLOGÍA

pierna izquierda. La angiografía evidenció oclusión de la ilíaca externa izquierda, femoral común y superficial con recanalización de la arteria poplítea, arteria peronea y tibial posterior hasta el pie. Debido al antecedente de infección inguinal, radioterapia y colostomía definitiva en el flanco izquierdo, se optó por un abordaje retroperitoneal derecho y por la realización de un *bypass* iliopoplíteo por el agujero obturador con prótesis anillada de PTFE de 8 mm, evitando el flanco izquierdo. En la angiotomografía se observó un *bypass* extraanatómico permeable (Figs. 1 y 2). El paciente evolucionó favorablemente, y fue dado de alta asintomático.

Discusión. La infección protésica constituye una complicación infrecuente, pero se acompaña de una elevada tasa de mortalidad y amputación.

Los objetivos del tratamiento de la infección protésica en los miembros inferiores son: controlar la infección sistémica mediante antibioterapia específica, desbridar en forma agresiva los tejidos infectados circundantes, resecar totalmente la prótesis infectada, preservar si es posible el flujo sanguíneo de la extremidad y, finalmente, cubrir las estructuras neurovasculares que hayan quedado expuestas [1].

En procedimientos vasculares asociados a exéresis amplia de los tejidos, parece más seguro tunelizar el injerto de forma extraanatómica, al quedar cubierto éste desde un principio por tejidos sanos [2].

La revascularización extraanatómica a través del agujero obturador, por un abordaje retroperitoneal o transperitoneal, evita la región inguinal, siendo una opción en casos de infección inguinal y/o protésica, radioterapia, múltiples reintervenciones inguinales y pérdida de tejido por resecciones oncológicas. Con esta actitud se han publicado tasas de salvación de miembro del 76,5% a los 5 años [3].

Figura 2. Angiotomografía, corte sagital, en la que se observa injerto protésico por el agujero obturador izquierdo y acceso retroperitoneal derecho.

Bibliografía

1. Turnipseed WD. Treatment of lower extremity graft infections. In Ernst CB, Stanley JC, eds. Current therapy in vascular surgery. St Louis: Mosby; 2001. p. 554.
2. Cuenca-Manteca J, Sellés-Galiana F, Lara-Villaoslada MJ, Peñafiel-Marfil R, Ros-Vidal R, Ros-Díe E. Manejo de la infección protésica inguinal mediante aloinjerto arterial criopreservado, flap muscular rotacional e injerto cutáneo parcial. Angiología 2007; 59: 399-405.
3. Sautner T, Niederle B, Herbst F, Kretschmer G, Polterauer P, Rendl K, et al. The value of obturator canal bypass. A review. Arch Surg 1994; 129: 718-22.