

RESULTADOS ALEJADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTERIOPATIAS OBSTRUCTIVAS FEMOROPOPLITEAS

Dr. RUBENS ESPERON

El auge de la cirugía vascular hace importante que hagamos un balance de los trabajos realizados y de los resultados que hasta el presente hemos obtenido.

Es importante destacar que si bien son bastante numerosos los pacientes con afecciones vasculares y más de sus miembros inferiores, no siempre llegan al cirujano vascular en el momento indicado; sino cuando las lesiones por su extensión e intensidad hacen la terapéutica reparadora muy poco efectiva o ya imposible de realizar. Eso explica que entonces se intente con el afán de salvar un miembro efectuar injertos en casos muy avanzados, con lesiones múltiples y por ende los resultados se vean disminuidos en conjunto.

Por estas razones es que siempre actuamos tratando de mejorar el paciente sabiendo que muchas veces la terapéutica quirúrgica no puede ser realizada, sino con un fin únicamente paliativo.

Esto explica también, que más de una vez nos llevan a realizar más de una intervención, pues es necesario ir efectuando diversas terapéuticas con fines más o menos paliativos.

En las arteriopatías oclusivas femoropoplíteas podemos distinguir cuatro tipos bastante precisos: 1) arteriopatía oclusiva femoropoplíteas pura; 2) arteriopatía femoropoplíteas asociada con lesiones arteriales proximales, ilíacas; 3) arteriopatía oclusiva femoropoplíteas más lesiones del tronco tibioperoneo; 4) las distintas asociaciones altas y bajas.

Si bien a las lesiones ilíacas se refiere otro colega en esta misma Mesa Redonda, debemos destacar que siempre para realizar un injerto femoropoplíteo, al hacer la implantación alta del mismo procedemos si existe a la recepción de la placa de ateroma situada en la cara posterior femoral común e ilíaca distal.

En cuanto a las lesiones situadas en el tronco tibioperoneo también procedemos a su extirpación llevando en estos casos el injerto hasta el mismo tronco tibioperoneo o sus proximidades.

De la misma manera cuando en un mismo paciente tenemos importantes lesiones ilíacas asociadas a una obstrucción femoral, realizamos en un primer momento el tratamiento de la arteria ilíaca, siempre que este paciente tenga una femoral profunda aun permeable y con buen calibre.

Debemos insistir en que frente a lesiones obstructivas femoropoplíteas, utilizamos el injerto venoso (vena safena) largo, es decir desde la femoral común hasta la poplítea media o baja. Las razones por las cuales procedemos en esta forma han sido expuestas en reiterados trabajos presentados por el Prof. Palma, quedándonos en esta forma a cubierto de lesiones que puedan evolucionar o agravarse posteriormente.

También insistimos que la sutura la hacemos laterolateral en los dos cabos, lo que nos reporta mayor seguridad y menos posibilidades de estrechar la luz del vaso.

La preparación de la vena que va a servir para el injerto debe ser minuciosa, quitándole toda su adventicia, ligando todos sus afluentes y evitando traumatizarla en lo más posible.

Nos parece obvio destacar que la vena debe ser aplicada invertida, por la implantación de sus válvulas. La longitud del mismo debe ser lo suficientemente justa para evitar que quede a tensión o demasiado elongada.

La colocación de este injerto se hace por debajo del sartorio al que se secciona, es decir, profundamente.

Durante el acto operatorio y antes de proceder a plantear los vasos arteriales procedemos a heparinizar al enfermo con dosis de 1 ½ mgr. por kgr. de peso.

Las complicaciones a enumerar son:

A) *Trombosis*, ocurridas en muy contados casos, imputables en algunos a detalles de técnica y en otros el haber olvidado la exploración de las zonas proximales y distales del injerto, donde placas de ateroma ignoradas fueron la causa de esta trombosis.

B) *Hemorragias*, en algunas oportunidades por sobredosis de anticoagulantes; en otras por pequeños desgarros producidos por un punto sobre una pared enferma de la arteria y que con el traumatismo del punto en las próximas horas de la operación pueden desgarrar la pared del sartorio. Con respecto a la primera causa de la hemorragia tratamos de evitar esta sobredosis de anticoagulantes, puesto que no somos partidarios de

inyectar protamina o polibren para controlar la coagulabilidad, puesto que haciendo una minuciosa y cuidadosa sutura prácticamente no hay hemorragia.

C) *Infección*, en general tardía cuando ello ha ocurrido y de los planos cutáneos; otra de las razones por las cuales el autoinjerto venoso es más aconsejable, dado que la infección es mucho mejor tolerada y combatida que cuando se utilizan las prótesis.

Debemos insistir en dos conceptos: en lo que a las tromboendarteriectomías masivas de la femoral superficial (Edwards) no las realizamos, puesto que nuestra experiencia en tres casos no fue buena. En lo que a prótesis se refiere tampoco somos partidarios de su uso por los resultados malos obtenidos, empleándolos únicamente en aquellos casos en que es imposible obtener venas del paciente.

RESULTADOS

El interés fundamental para destacar los resultados, consiste en analizar las estadísticas y las experiencias mayores en nuestro medio. Por esta razón utilizamos la estadística de la Clínica del Prof. Palma, sumando casos particulares del mismo. Nuestra experiencia personal, por ser lógicamente menor y por seguir las mismas directivas quirúrgicas de la Clínica, es comparativamente similar a la mencionada.

Como creemos de interés destacar algunos casos muy especiales de la experiencia del Prof. Palma, anotamos:

Caso Dr. P.—Injerto femoropoplíteo (4 de agosto de 1959), presentando en el momento actual excelentes pulsos distales y control radiológico con injerto permeable.

Caso Dr. L. Injerto en febrero de 1954, actualmente excelente pulso (15 años).

Caso Sr. C. Primer injerto (1957) femoropoplíteo. En 1958 y en 1962 injertos ilíacos, actualmente excelentes pulsos distales.

Nos pareció oportuno enumerar estos tres casos, dado que su larga evolución puede servirnos de orientación en lo relativo a las indicaciones y los resultados.

A continuación detallamos la estadística citada: en total 190 injertos realizados, todos con venas safenas.

Ciento setenta y nueve injertos largos femoral común poplíteo y se obtuvieron 128 buenos resultados con arteria permeable y pulsos distales, un total de 71,5 %.

En 11 casos con lesiones limitadas de la femoral superficial se realizaron injertos cortos desde esta misma femoral superficial a la poplítea, disminuyendo los resultados favorables a largo plazo (entre 3 y 5 años) a sólo 4 éxitos, lo que corresponde a un 36 %.

En cuanto a las trombosis periféricas, 97 se anastomosaron a la arteria poplítea alta, 65 la arteria poplítea por debajo de la rodilla y 28 en el tronco tibioperoneo.

Los resultados favorables fueron de 132 casos (69,5 %), 45 fracasos (23,7 %) y 13 cuya evolución no se conoce (6,8 %).

Se realizaron 58 endarteriectomías de la arteria femoral común antes de anastomosar el injerto.

Como complicaciones se cita tres hemorragias postoperatorias graves, nueve supuraciones y dos trombosis. Las causas de estas complicaciones ya fueron consideradas.

El análisis de estos resultados nos permite defender la posibilidad de realizar (siempre que la indicación sea justificada) el injerto venoso utilizando la vena safena.

Estos buenos resultados en períodos de 4 a 5 años, nos dicen claramente de la tolerancia y de los beneficios obtenidos por el enfermo.

Queremos hacer además algunas precisiones:

a) En aquellos pacientes con lesiones en los sectores proximales y distales siempre complementamos, previa o posteriormente al injerto con operaciones sobre estos sectores, ya sea endarteriectomía, fleboarterioplastias parciales para evitar complicaciones imputables a la falta de circulación en dichos sectores.

b) También afirmamos que siempre se puede realizar alguna intervención que mejore el estado circulatorio del enfermo, aunque a veces ésta no pueda ser el injerto igual una liberación poplítea, una endarteriectomía son recursos para estas mejorías.

c) Finalmente queremos insistir en que a pesar de las directivas generales consideramos cada enfermo como un caso particular, en el cual se deben tener en cuenta edad, tipo de actividad, grado de lesión, estado general, y del balance de todos estos elementos realizar para ese enfermo la conducta más apropiada.