



## ORIGINAL

# Cirugía aórtica por laparoscopia: resultados a largo plazo



F. Vaquero-Morillo, M. Ballesteros-Pomar\* y M.C. Fernández-Morán

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular, Hospital Universitario de León, León, España

Recibido el 28 de marzo de 2014; aceptado el 8 de julio de 2014

Disponible en Internet el 7 de septiembre de 2014

### PALABRAS CLAVE

Enfermedad obstructiva aortoiliaca;  
Laparoscopia aórtica;  
Bypass aortofemoral

### Resumen

**Objetivos:** Describimos los resultados a largo plazo de nuestra experiencia en cirugía aórtica por laparoscopia, total y asistida, en las lesiones arteriosclerosas oclusivas y en un aneurisma del sector aortoiliaco.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo donde se analiza a los pacientes intervenidos de by-pass del sector aortoiliacofemoral, desde noviembre de 2001 hasta octubre de 2003 y desde mayo de 2006 hasta septiembre de 2008, 7 y 14 pacientes respectivamente (21 en total), por lesiones de tipo D del Transatlantic Inter-Society Consensus (TASC) II y estadios II, III y IV de Fontaine y un aneurisma de aorta abdominal (AAA); 11 casos totalmente laparoscópicos y 10 asistidos. En la primera fase seguimos abordaje retroperitoneal y en la segunda, transperitoneal.

**Resultados:** Se estudió a un total de 21 pacientes, 20 hombres y una mujer, con una media de edad de 60 años (rango 41-76). Media de tiempo operatorio: 390 min (rango entre 220 y 570 min). Media de pinzamiento aórtico: 110 min. Mortalidad 0%. Complicaciones mayores postoperatorias: un infarto de miocardio (IAM) perioperatorio, una perforación duodenal, una hemorragia de sutura aórtica, una trombectomía de rama a las 12 h. Complicaciones en el seguimiento: una infección de prótesis, resuelta por ligadura aórtica y by-pass axilo-bifemoral. Reintervenciones: una trombosis de injerto por plicatura a los 5 meses y 2 trombectomías de rama y profundoplastia a los 7 meses, y 10 años respectivamente, un recambio de by-pass bifurcado a los 2 años, todos los pacientes seguían fumando. Hubo 5 fallecimientos a los 4, 5, 6, 7 y 10 años, solo uno relacionado con su enfermedad. En 2013 estaban vivos 16 pacientes, con permeabilidad del 100%.

**Conclusiones:** La dificultad de esta cirugía y la curva de aprendizaje propician mayores complicaciones en el postoperatorio inmediato; los resultados de permeabilidad asistida a largo plazo se equiparan a los excelentes resultados de la abierta.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mballesterospomar@gmail.com (M. Ballesteros-Pomar).

**KEYWORDS**

Aortoiliac occlusive disease;  
Aortic laparoscopy;  
Aortofemoral bypass

**Laparoscopic aortic surgery: Long-term results****Abstract**

**Objectives:** To present the long-term results using total and assisted laparoscopic aortic surgery in arteriosclerotic occlusive lesions and an aneurysm in the aortic-iliac region.

**Material and method/methods:** A prospective study was conducted by analysing the data of 7 and 14 patients (a total of 21) operated on using aortoiliofemoral bypass from November 2001 to October 2003, and from May 2006 to September 2008, respectively. The lesions consisted of Transatlantic Inter-Society Consensus (TASC) II Type D lesions, and Fontaine stage II, III, and IV lesions, and one abdominal aortic (AAA) lesion, with 11 cases totally laparoscopic and 10 assisted. In the first period, a retroperitoneal approach was used, and in the second, transperitoneal.

**Results:** Of the 21 patients with a mean age of 60 years (range 41-76), 20 were males and one was female. The mean operating time was 390 min (range 222 to 570 min). The mean time using an aortic clamp was 110 min. There was no perioperative mortality, and the major complications were: one perioperative acute myocardial infarction (AMI), one duodenal perforation, one aortic stitch haemorrhage, and branch thrombectomy at 12 hours. The complications at follow-up included: one prosthesis infection (resolved by aortic ligation and axillo-bifemoral bypass. Further surgery was performed on one graft thrombosis due to plication at 5 months, 2 branch thrombectomies and a profundoplasty at 7 months and 10 years, respectively, and one bifurcated bypass replacement at 2 years, with all of them continuing to smoke. There were 5 deaths at 4, 5, 6, 7, and 10 years, with only one associated with its disease. In 2013, 16 patients are alive, with 100% patency.

**Conclusions:** The difficulty of this surgery and the learning curve, can lead to major complications in the immediate post-operative period. The assisted patency results in the long-term are similar to the excellent results of open surgery.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

La cirugía de mínima invasión busca propiciar una menor agresión en el acto quirúrgico y un postoperatorio más confortable con una más rápida recuperación. La cirugía vascular tiene su mayor paradigma consolidado en el abordaje endovascular, cuyo desarrollo y aceptación en los últimos años ha sido espectacular.

No obstante, siguiendo las recomendaciones del último Consenso Transatlántico (TASC II)<sup>1</sup>, en las lesiones de tipo D, se sigue recomendando la cirugía abierta como primera opción, por sus mejores resultados a largo plazo. Por este motivo, como la cirugía por laparoscopia es la cirugía mínimamente invasiva que intenta sustituir a la cirugía abierta, y siguiendo el ejemplo de otros cirujanos vasculares<sup>2-10</sup>, tras un entrenamiento intensivo, seleccionamos una serie de pacientes, con un perfil de riesgo ASA bajo, y aceptable grado de calcificación aórtica, con este tipo de lesiones largas y grado isquémico avanzado, formando un equipo mixto, casi hasta el final, con cirujanos generales expertos en laparoscopia.

**Material y método**

En nuestra primera etapa (2001-2003), seguimos la técnica propuesta por Dion y Gracia<sup>5</sup>, colocando al paciente en decúbito lateral derecho de 20°, despegando el retroperitoneo con la ayuda de un balón o un dedo de guante quirúrgico, desde la cresta ilíaca izquierda hasta visualizar la cadena

simpática y la aorta abdominal. A través de otros 3 trocares en línea media se talla el *apron* peritoneal por la línea del Toldt, que se sutura en la vertical del ombligo, sujetándola por 3 puntos a la pared abdominal. De esta manera se crea una cortina de retroperitoneo que impide que las asas intestinales invadan el campo quirúrgico (fig. 1). La ligadura de la arteria mesentérica inferior permite disecar completamente la aorta infrarrenal hasta su bifurcación y todo el eje ilíaco izquierdo, suturando-pinzando las arterias lumbares. La sutura del injerto se realiza de forma totalmente laparoscópica o con la ayuda de una miniincisión, bien sea en término-lateral o en término-terminal, suturando la aorta distal con una grapadora TA.60<sup>11</sup>.

En la segunda etapa (2006-2008), fueron intervenidos 14 pacientes, siguiendo la técnica propuesta por Coggia et al.<sup>12-14</sup> (figs. 2 y 3). El paciente debe estar sujeto firmemente a la mesa, para poder colocarlo durante la intervención en un decúbito lateral cercano a los 90°, de esta manera se evita la intrusión de asas que reposen en el fondo del campo. La sutura de la anastomosis aórtica se efectúa por medio de 2 hemisuturas de polipropileno de 3/0 y de 20 cm, anudadas sobre *pledgets* de teflón y con aguja de 25 mm, previamente preparadas, así como con varios puntos de hemostasia del mismo material (fig. 4). La tunelización se realiza desde las ingles, siguiendo la cara anterior de los vasos ilíacos, siendo la del lado derecho especialmente exigente. Las suturas anastomóticas sobre los vasos femorales son convencionales a través de miniincisiones, con polipropileno de 5/0<sup>15</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867420>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)