

Endarterectomía ilíaca: una técnica en peligro de extinción

A. Salazar-Agorria^a, M. Vega de Céniga^a, L. Estallo-Laliena^a,
U. Aguirre-Larracochea^b, V. Portugal-Porras^c, A. Barba-Vélez^a

ENDARTERECTOMÍA ILÍACA: UNA TÉCNICA EN PELIGRO DE EXTINCIÓN

Resumen. Introducción. La tromboendarterectomía ilíaca ha sido desplazada primero por los bypass y, posteriormente, por las técnicas endovasculares. Objetivo. Revisar los resultados a corto y largo plazo de la tromboendarterectomía retrógrada y abierta, y su indicación terapéutica actual. Pacientes y métodos. Incluimos todos los pacientes con patología oclusiva del sector ilíaco, independientemente de la afectación fémoropoplíteodistal. Recogimos el sexo, la edad, los factores de riesgo cardiovascular y la comorbilidad. Clasificamos a los pacientes en grupo I: tromboendarterectomía retrógrada, y grupo II: tromboendarterectomía abierta. De cada procedimiento analizamos la indicación quirúrgica, la clasificación de la lesión oclusiva ilíaca según la clasificación TASC II, la sutura arterial, la asociación con revascularización infrainguinal y el número de reintervenciones. Analizamos la permeabilidad primaria, primaria-asistida, secundaria y el salvamento de la extremidad de la serie completa y de cada grupo. Resultados. Intervenimos 101 pacientes con una edad media de $61 \pm 10,6$ años (38-86). El seguimiento medio fue de $87,2 \pm 61,1$ meses. Las permeabilidades de la serie completa fueron: primaria: al mes, año, 5 y 10 años 93,6, 84, 72,2 y 68,2%; primaria-asistida: 99, 92,9, 88,4 y 71,8%; secundaria: 99, 94,2, 90,2 y 84,4%. El salvamento de la extremidad fue del 96,3, 90,6, 85,6 y 81,9% y la supervivencia del 98,2, 90,6, 73,5 y 47,9%. Al comparar ambos procedimientos observamos que el grupo I estaba constituido por pacientes de edad más avanzada ($p = 0,048$) y las lesiones tratadas según la clasificación TASC II eran menos complejas ($p < 0,001$). Conclusiones. La endarterectomía ilíaca presenta buenas permeabilidades tardías y de salvamento de la extremidad, que pueden constituir un buen recurso terapéutico en pacientes seleccionados. [ANGIOLOGÍA 2009; 61: 63-75]

Palabras clave. Endarterectomía. Ilíaca. Injerto. Lesión oclusiva. TASC II.

Introducción

En 1946, Cid Dos Santos realizó la primera endarterectomía femoral [1,2] y, en 1952, Wylie perfeccionó

la técnica [1,2]. En las dos décadas siguientes, esta técnica tuvo su época dorada para perder, posterior y progresivamente, importancia según las prótesis de Dacron[®], primero, y las técnicas endovasculares después, que se han ido perfeccionando y adquiriendo mayor difusión [1]. Todo esto ha provocado que la endarterectomía del sector ilíaco sea, hoy en día, una técnica en desuso.

Por todo ello, hemos decidido revisar los resultados, a corto y largo plazo, de esta técnica en nuestro servicio y ver si es realmente una técnica obsoleta o si, por el contrario, se ha de rescatar para seguir formando parte del arsenal de recursos quirúrgicos de los cirujanos vasculares.

Aceptado tras revisión externa: 24.03.09.

^aServicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^bServicio de Estadística y Epidemiología. ^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao, Vizcaya, España.

Correspondencia: Dra. Aitziber Salazar Agorria. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Galdakao-Usansolo. Barrio Labeaga, s/n. E-48960 Galdakao (Vizcaya). Fax: +34 944 007 132. E-mail: aitzibertx@hotmail.com

Agradecimientos. A N. de la Fuente, R. Gómez, M. Izagirre, E. Bravo y B. Viviens, del Hospital de Galdakao-Usansolo, por su aportación en la valoración crítica de este artículo.

© 2009, ANGIOLOGÍA

Pacientes y métodos

Se ha realizado una cohorte histórica de las tromboendarterectomías (TEA) ilíacas realizadas en nuestro servicio desde octubre de 1988 hasta mayo de 2007.

En el estudio se incluyó a los pacientes con patología oclusiva del sector ilíaco, con o sin afectación de la arteria femoral común, y del resto del sector femoropoplíteodistal, y cuyas lesiones se trataron mediante tromboendarterectomía. Se excluyeron de éste a todos los pacientes que presentaban aterosclerosis aórtica infrarenal, patología aneurismática tanto aórtica, ilíaca como de arteria femoral común, todos los traumatismos vasculares y a todos aquellos pacientes con lesiones oclusivas ilíacas que fueron tratados mediante *bypass* anatómico, extraanatómico o con técnicas endovasculares.

De cada paciente recogimos el sexo, la edad y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia (DLP) y comorbilidad asociada; además, se incluyeron obesidad mórbida, cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia renal crónica (IRC).

Definimos cada FRCV y comorbilidad como:

- *Tabaquismo*: fumadores activos.
- *Hipertensión arterial*: pacientes diagnosticados previamente y que ya se trataban con dieta o medicación específicas.
- *Diabetes mellitus*: pacientes con glucemias basales ≥ 127 mg/dL o en tratamiento con dieta, anti-diabéticos orales y/o insulina.
- *Dislipidemia*: pacientes con valores séricos de colesterol total ≥ 200 mg/dL o LDL-colesterol ≥ 100 mg/dL, o que se encontraban previamente en tratamiento dietético o farmacológico.
- *Obesidad mórbida*: pacientes con índice de masa corporal ≥ 40 .
- *CI*: pacientes con antecedentes de ángor estable o inestable, infarto de miocardio o miocardiopatía dilatada de origen isquémico.

- *EPOC*: pacientes con FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) $< 80\%$ o en tratamiento con broncodilatadores.
- *IRC*: pacientes con niveles basales de creatinina sérica $\geq 1,5$ mg/dL.

Dividimos a los pacientes en dos grupos en función del tipo de endarterectomía ilíaca que se les realizó. Grupo I: aquéllos que recibieron una TEA retrógrada. Grupo II: aquéllos a los que se les realizó una TEA abierta.

Descripción de las técnicas

En la TEA retrógrada, el paciente se coloca en decúbito supino y se le realiza disección y control del trípode femoral. Tras la heparinización sistémica se lleva a cabo arteriotomía longitudinal o transversa, según si el paciente precisa de un procedimiento asociado (profundoplastia y/o *bypass* infrainguinal) o no. Mediante un arteriotomo se separa la placa de ateroma y se introduce un anillo de Vollmar hasta la arteria ilíaca externa. El clamplaje proximal del sector ilíaco se realiza con un balón de Fogarty. A través del anillo de Vollmar se extrae toda la placa de ateroma. Se emplean puntos de Kunlin para fijar la íntima distal y se procede al cierre de la arteria femoral de un modo directo o mediante un parche (Dacron[®] o vena) o *bypass* femoropoplíteo.

En la TEA abierta, el paciente se coloca en decúbito supino, aunque algo rotado hacia el lado contralateral. Se realiza un abordaje retroperitoneal y se controla el eje ilíaco. En los casos en los que se precise una reparación femoral, también se disecará el trípode femoral. Se hepariniza de forma sistémica al paciente. Se realiza una arteriotomía longitudinal sobre todo el eje ilíaco y, mediante un arteriotomo, se retira la placa de ateroma. Cuando se precise, se emplearán puntos de Kunlin para fijar la íntima distal. El cierre arterial se realizará bien mediante sutura directa o parche (Dacron[®] o vena). No realizamos control radiológico de forma rutinaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867885>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867885>

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