

## Análisis crítico del tratamiento fibrinolítico en la trombosis del *bypass* femoropoplíteo

C. Gallego-Ferreiro<sup>a</sup>, J.M. Encisa de Sá<sup>a</sup>, B. Torrón-Casal<sup>a</sup>,  
M. Casal<sup>b</sup>, J. Vidal-Rey<sup>a</sup>, T. Bolívar-Gómez<sup>a</sup>, M.B. García-Martínez<sup>a</sup>,  
D. Mesa-Fonseca<sup>a</sup>, A. Rosendo-Carrera<sup>a</sup>

### ANÁLISIS CRÍTICO DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN LA TROMBOSIS DEL BYPASS FEMOROPOPLÍTEO

**Resumen.** *Objetivo. Evaluar el resultado de la terapia fibrinolítica en el tratamiento de la trombosis del injerto femoropoplíteo. Pacientes y métodos. Desde enero de 1998 a diciembre de 2005 se han tratado 50 casos de trombosis de bypass femoropoplíteo con fibrinólisis local con urocinasa. La muestra se compone de 30 pacientes con edad media de 67,7 años, portadores de bypass a primera (16%) o tercera porción (84%), con material protésico (88%) o vena (12%). La trombosis sucedió en el primer año de control clínico en el 73% de los casos. Presentaron una isquemia grado I y IIa (escala de Rutherford) el 58%. Se trató del primer episodio de trombosis en el 66% de la muestra. El tiempo de evolución de la isquemia fue menor de 14 días en el 58% de los casos. Resultados. La eficacia técnica fue del 80%. Se identificó lesión causante de la trombosis en el 90% de los casos, tratándose con terapia endovascular (69,4%) o cirugía (19,4%). La permeabilidad y el salvamento de extremidad al año fueron del 26,8 y 50,6%, respectivamente, y a los dos años del 22,3 y 47,2%, respectivamente. Los injertos que se fibrinolisaron por primera vez presentaron mayor permeabilidad ( $p = 0,008$ ) y mayor salvamento de extremidad ( $p = 0,006$ ), que los injertos que ya se habían tratado previamente. Conclusiones. La terapia trombolítica es una técnica útil para restablecer la permeabilidad de los injertos femoropoplíteos; no obstante, los resultados obtenidos en la segunda y tercera fibrinólisis de un mismo bypass hacen replantear la necesidad de un tratamiento alternativo. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 129-38]*

**Palabras clave.** Bypass. Fibrinólisis. Isquemia aguda. Injertos femoropoplíteos. Urocinasa.

### Introducción

La trombosis del *bypass* femoropoplíteo es un problema frecuente, ya que el 50% de los injertos protésicos y el 30% de los injertos autólogos fallan en los primeros cinco años [1,2], lo que supone un riesgo importante de pérdida de extremidad.

La trombólisis intraarterial es una de las opciones terapéuticas de las que disponemos para solucionar dicha complicación y consiste en la disolución enzimática de un trombo con el propósito de restaurar el flujo sanguíneo en el injerto, así como en las arterias colaterales y distales. Permite además identificar la lesión subyacente para tratarla en un segundo tiempo, con cirugía o con tratamiento endovascular, en unas condiciones más favorables [3,4].

Sin embargo, la baja permeabilidad a medio plazo y las posibles complicaciones locales y sistémicas hacen replantear su indicación. Las series publicadas son muy heterogéneas y no es posible llegar a determinar los casos idóneos para este tipo de tratamiento.

Acceptado tras revisión externa: 05.01.07.

<sup>a</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. <sup>b</sup> Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Xeral-Cíes. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra, España.

Correspondencia. Dra. C. Gallego Ferreiroa. Corvo Mariño, 4, 9.º. E-36205 Vigo (Pontevedra). E-mail: carolina.gallego@mundo-r.com  
© 2007, ANGIOLOGÍA

**Tabla I.** Clasificación de Rutherford de la isquemia aguda [4,6].

Categoría	Descripción	Pérdida sensitiva	Debilidad muscular	Indicación de fibrinólisis
1. Viable	No necesita tratamiento inmediato	No	No	Si diferido
2a. Tratable	Salvable si tratamiento diferido	Mínimo (en dedos) o no	No	Si diferido
2b. Tratable	Salvable si tratamiento inmediato	Sí	Media o moderada	Si urgente
3. Irreversible	Pérdida de tejido mayor o daño nervioso inevitable	Anestesia profunda	Parálisis rígida	No

El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados en la fibrinólisis del *bypass* femoropoplíteo, determinando los factores que influyen en el éxito o no del tratamiento y cuáles podrían ser los casos ideales que se beneficiarían de éste.

### Pacientes y métodos

Desde enero de 1998 a diciembre del 2005 se trataron con terapia trombolítica local 50 episodios de trombosis de *bypass* femoropoplíteo en 30 pacientes, y se consideró la trombólisis locorregional la primera opción terapéutica en este tipo de patología.

Cada episodio de trombosis se analizó de manera independiente y los resultados se analizaron en función de aquél. Se excluyeron del estudio las trombosis yatrógenas y los *bypasses* femoropoplíteos asociados a otro *bypass*.

No se indicó la fibrinólisis en las trombosis que ocurrieron en el postoperatorio inmediato (menos de 14 días), las que cursaron con una isquemia irreversible (grado III de la clasificación de Rutherford de la isquemia aguda) [3-5] y las que se manifestaron de manera asintomática o con una claudicación a larga distancia (más de 150 m) [3,4]. Asimismo, se asumieron las contraindicaciones publicadas en los documentos de consenso [3,4].

Se practicó la técnica de forma urgente, es decir, de manera inmediata, si existía pérdida sensitiva y debilidad muscular moderada (categoría IIb de la clasificación de Rutherford) [3-5], y en el resto de los casos se realizó de forma programada (Tabla I).

El tiempo de evolución de la isquemia únicamente se tuvo en cuenta si la trombosis tenía más de 30 días, en cuyo caso se desestimó la práctica de la trombólisis.

Las características demográficas del grupo a estudio se muestran en la tabla II.

La técnica se efectúa de manera uniforme: se realiza una arteriografía diagnóstica a través de un abordaje femoral retrógrado contralateral en el 95% de los casos; se recanaliza el injerto mediante una guía hidrofílica recta (*terumo* 0,035 *stiff*) y un catéter multipropósito; posteriormente, se progresa un catéter multiperforado, a partir del cual se introducen 300.000 UI de urocinasa en bolo intratrombo (*pulse spray*) en 20-30 min y 100.000 UI/h en perfusión continua durante un tiempo medio de 19,5 h. Se asoció profilaxis antibiótica y protección gástrica, y en ningún caso se asoció anticoagulación ni antiagregación sistémica. Se realizó vigilancia clínica y analítica a las 4 y las 12 h del inicio del tratamiento. Tras 24 h se realizó una arteriografía de control para evaluar la eficacia de la técnica, determinando la existencia de lesiones asociadas y, si fue preciso, su tratamiento.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868035>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868035>

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