



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia


Original

By pass arterial femorodistal bajo anestesia local

Rubén Taboada Martín *, Víctor Glenn-Ray López, Francisco Gutiérrez García
y Norberto Cassinello Martínez

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de septiembre de 2010

Aceptado el 14 de febrero de 2012

On-line el 24 de marzo de 2012

Palabras clave:

By pass distal

Anestesia local

Vena safena

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este trabajo es transmitir nuestra experiencia en by pass arterial femorodistal bajo anestesia local para pacientes de alto riesgo.

Material y métodos: De enero a mayo de 2010 hasta 8 pacientes han sido intervenidos en nuestro centro de cirugía de revascularización en miembros inferiores bajo anestesia local. Las características comunes de los pacientes eran la edad avanzada, cardiopatía isquémica crónica en tratamiento con antiagregantes plaquetarios y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Resultados: Los 8 pacientes (100%) toleraron de forma adecuada el procedimiento sin recurrir a sedación ni a procedimientos anestésicos invasivos. La arteria receptora fue la tibial posterior en 6 de ellos (75%) y la poplítea y peronea en uno (12%). En 7 casos logramos permeabilidad precoz del injerto y uno presentó trombosis precoz con amputación supracondílea; la técnica empleada fue femoropoplíteo en un caso, femorotibial posterior en 6 casos y poplíteo-peroneo en otro. El injerto utilizado fue la vena safena mayor, invertida en un paciente (12%) e in situ en 7 (88%) con valvulotomo BARD™, 3 mm. Las complicaciones postoperatorias fueron del 0% para hemorragia, infección y muerte; en 3 pacientes (37%) amputación menor y, tras un periodo de seguimiento medio de 3 meses (1-4 meses), 7 casos están libres de amputación mayor.

Conclusiones: La revascularización del territorio distal de los miembros inferiores puede llevarse a cabo mediante anestesia local de forma segura y eficaz, sin necesidad de retirar antiagregantes ni asumir los riesgos de la anestesia general. La anatomía desfavorable (obesidad) puede limitar el procedimiento.

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Distal femoral bypass under local anaesthesia

ABSTRACT

Introduction: The aim of this article is to present our experience in performing distal femoral bypass under local anaesthesia for high risk patients.

Material and methods: Lower limb revascularisation surgery under local anaesthesia was performed on 8 patients in our centre between January and May 2010. The common characteristics of the patients were, advanced age, chronic ischaemic heart disease on antiplatelet treatment, and chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Keywords:

Distal bypass

Local anaesthesia

Saphenous vein

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rubentaboadamartin@hotmail.com (R. Taboada Martín).

0009-739X/\$ - see front matter © 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2012.02.008

Results: All 8 patients (100%) tolerated the procedure well without having to resort to sedation or invasive anaesthetic procedures. The receiving artery was the posterior tibial in 6 cases (75%) and the popliteal and peroneal in 1 (12%). Early patency of the graft was achieved 7 patients and 1 had early thrombosis with a supracondylar amputation. The technique used was femoral-popliteal in 1 case, femoral-posterior tibial in 6 cases, and popliteal-peroneal in 1 case. The saphenous vein was the graft used, inverted in 1 patient (12%), and in situ in 7 (88%) with a 3 mm BARD™ valvotomy. There were no post-operative complications as regards haemorrhage, infections or death. A minor amputation was performed on 3 patients (37%), and after a mean of 3 months (1-4 months) follow-up, 7 cases were free of major amputation.

Conclusions: Revascularisation of the distal zone of the lower limbs can be safely and effectively performed using local anaesthesia, avoiding the risks of general anaesthesia and without the need to stop antiplatelet treatment. Anatomical problems (obesity) may limit the procedure.

© 2010 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La arteriosclerosis es la causa más frecuente de enfermedad vascular periférica y la característica principal es la plurifocalidad. Asimismo, la alta incidencia de larga historia de tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y edad avanzada colocan a estos pacientes en una situación de alto riesgo quirúrgico y anestésico^{1,7,10}. La cirugía de revascularización en miembros inferiores está en aumento^{1,9}, sea de forma convencional, endovascular o híbrida, y ante la opción de minimizar los riesgos nos planteamos abordarla mediante anestesia local.

Material y métodos

Durante el periodo comprendido entre enero y mayo de 2010, hemos intervenido a 8 pacientes de revascularización de miembros inferiores bajo anestesia local por isquemia arterial

crónica grado IV y crítica (fig. 1). Se planteó la cirugía derivativa con fines de salvamento tras ser rechazados para angioplastia percutánea por las características anatómicas y clasificación TASC-II⁷.

Las características de los pacientes se reflejan en la tabla 1.

La técnica empleada se describe en la tabla 2 y la realizamos de la siguiente manera:

En 5 pacientes se realizó *by pass* femorotibial posterior: infiltramos anestésico local (mepivacaína 2% 10 ml diluido en 10 ml de suero fisiológico 0,9%) a 1 cm por debajo del pliegue inguinal, paralelo al mismo, lo que nos permite abordaje directo de la vena safena mayor a nivel del cayado, así como infiltración de fascia muscular para exposición de vasos femorales (fig. 2a y b) (similar a cuando realizamos trombec-tomía ilio-femoral); el promedio de agente anestésico utilizado por paciente es 250-300 mg de mepivacaína¹³ en un volumen total de 120 ml. De este modo realizamos crosectomía femorocrural con ligadura del cayado de la safena mayor y colaterales y realizamos sutura directa sobre arteria femoral común o superficial (asociar endarterectomía femoral si



Figura 1 – a-d) Arteriografías preoperatorias.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252764>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252764>

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