

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Eduardo C. Palma

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ARTERIO-ESCLEROSIS HEMODINAMICA DEL CANAL DE HUNTER MEDIANTE INJERTO Y FLEBO-ARTERIOPLASTIA CON VENA SAFENA INTERNA (*)

Dr. Rómulo Danza

Enfermo B. B. de 55 años. Sexo masculino.

Desde hace 3 años parestesias de miembro inferior izquierdo a la marcha que calman con el reposo. Cuatro meses antes de su ingreso claudicación intermitente con dolor tipo calambre a nivel de la pantorrilla. A la vez enfriamiento especialmente nocturno de pie izquierdo.

Antecedentes. Fumador. Hipertenso conocido con cifras máximas de 20. No luetico, ni diabético.

Examen. Salvo ligera hiperpigmentación no existen alteraciones tróficas. Pie izquierdo más frío que el derecho. Del lado izquierdo falta pulso poplíteo, pedio y tibial posterior. Pulso femoral izquierdo menos amplio que el derecho.

Exámenes complementarios. Electro-cardio-grama y Fondo de ojo s/p. Aortografía. Elongación algo irregular de las ilíacas. Lesión obliterante de la arteria femoral superficial izquierda desde unos 6 cm. de su origen hasta el cruce con el tendón del adductor. Poplíteo permeable que se rellena por colaterales. Gruesa femoral profunda izquierda.

Diagnóstico. Arterio-esclerosis hemodinámica estenosante a nivel de femoral superficial izquierda.

Intervención. Prof. E. Palma 17/5/63.

Anestesia local potencializada. Insición arciforme superior a nivel de parte alta e interna del muslo, que permite preparar la parte alta de la vena safena y disecar el confluente trifemoral. Se comprueba placa de ateroma en femoral común a nivel de cara posterior. Femoral profunda sana. Femoral superficial completamente obstruida desde el vértice del Triángulo de Scarpa hacia abajo. La arteriectomía a este nivel no da hemorragia.

Insición arciforme inferior en cara interna de muslo y región poplíteo. Se completa disección de vena safena mediante túnel entre las dos insiciones. La liberación fémoro-poplíteo por corte del tendón adductor, muestra arteria poplíteo con lesiones en la parte alta. La parte más baja de la femoral superficial también está completamente obstruida por lo que la arteriectomía a ese nivel tampoco exige ligadura.

Una vez obtenido el injerto y preparado el túnel para su colocación mediante corte del músculo sartorio se procede a hacer la sangre incoagulable mediante inyección de un cc. de liquemine intra-arterial efectuándose enseguida

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 2 de octubre de 1963.

clampeo arterial. La inyección de liquemine debió ser repetida antes de terminar la sutura por aparecer pequeños coágulos en el campo.

Invertida la vena se realiza sutura que en la parte alta es:

lateral para la arteria femoral común y término-lateral para la safena. A efectos de dar más luz a la arteria femoral esta sutura se hace en forma que constituya una verdadera flebo-arterio-plastia con zona de adosamiento arteriovenoso y sutura borde a borde entre ellas de unos 6 cm. de longitud, en forma tal que se obtiene un vaso cuyo diámetro es la suma del venoso más el arterial.

A nivel de la parte baja se procede en forma similar. Sutura lateral para la arteria poplítea y término-lateral para la vena formando una flebo-arterio plastia de unos 7 cm.

Al terminar la intervención el pie se encuentra más caliente que el contralateral y presenta amplios pulsos pedio y tibial posterior.

Post-Operatorio. La herida superior drena serosidad sanguinolenta los 10 primeros días pasados los cuales cierra bien.

La sangre se mantiene hipocoagulable durante dos meses, mediante dicumarínicos.

Han desaparecido complejamente los trastornos funcionales y los pulsos continúan perfectamente palpables en el momento actual.

La aortografía post-operatoria (2/7/63) muestra, injerto bien permeable y de calibre mayor que la femoral superficial del lado opuesto, zona de flebo-arterio-plastia poplítea con amplio calibre, buen relleno de las arterias distales.

En Suma: Se presenta un caso de claudicación intermitente dolorosa y enfriamiento de reposo de miembro inferior izquierdo por arterioesclerosis hemodinámica del canal de Hunter con abolición de pulsos distales.

La obstrucción femoral superficial fue confirmada aortográficamente.

El tratamiento fue: flebo-arterioplastia e injerto mediante vena safena interna.

Se usaron anticoagulantes intra y post-operatorios.

La aortografía de control muestra injerto y flebo-arterioplastia ampliamente permeable.

El enfermo ha curado y mantiene sus pulsos distales bien palpables.