

NOTA TÉCNICA

Auto-injerto de arteria femoral superficial en cirugía oncológica del cuello



Superficial femoral artery autograft in neck surgical oncology

F.S. Lozano Sánchez^{a,*} y A. Muñoz Herrera^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 24 de julio de 2014; aceptado el 24 de julio de 2014

Disponible en Internet el 15 de noviembre de 2014

Introducción

Las neoplasias del cuello pueden englobar la carótida. Sin cirugía, el pronóstico (y calidad de vida) de estos pacientes es muy pobre. La exéresis de la carótida tiene un riesgo neurológico, pero es la única forma de prolongar la supervivencia (y mejorar la calidad de vida), de algunos pacientes seleccionados. La ligadura de la carótida sin revascularización (a pesar de test predictivos) tiene un elevado porcentaje de ictus (17-45%) y muerte (8-58%). La resección y reconstrucción presenta una morbilidad neurológica (4,7%) y mortalidad (6,8%) aceptable. Descartada la prótesis de Dacron o de PTFE (no es una cirugía limpia), los injertos autólogos son de elección, siendo la vena safena interna (VSI) la empleada en la mayoría de series. La arteria femoral superficial (AFS) del mismo paciente es una alternativa a la VSI.

La arteria femoral superficial autóloga

Indicaciones: a) vena safena ausente (p. ej., cirugía previa), que no debe ser extirpada (trombosis venosa profunda concurrente), o no útil (varicosa); y b) circunstancias locales de la zona operatoria (contaminación, radioterapia, reintervención).

Obtención del injerto (**fig. 1**): pasos: a) valoración previa de la extremidad (AFS permeable, sin estenosis significativas, paciente con pulsos distales e ITB > 1); b) incisión inguinal longitudinal prolongada distalmente siguiendo al trayecto de la AFS; c) obtención de 15-20 cm de arteria (presenta pocas colaterales), iniciando distal a la salida de la arteria femoral profunda; y d) remplazamiento de la zona donante por una prótesis de PTFE en posición termino terminal.

Discusión

Cuando un cáncer de cuello afecta al eje carotídeo, la mejor opción terapéutica consiste en la exéresis en bloque del tumor, incluyendo los vasos (carótida y vena yugular interna). En este caso la decisión de ligadura o

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lozano@usal.es (F.S. Lozano Sánchez).

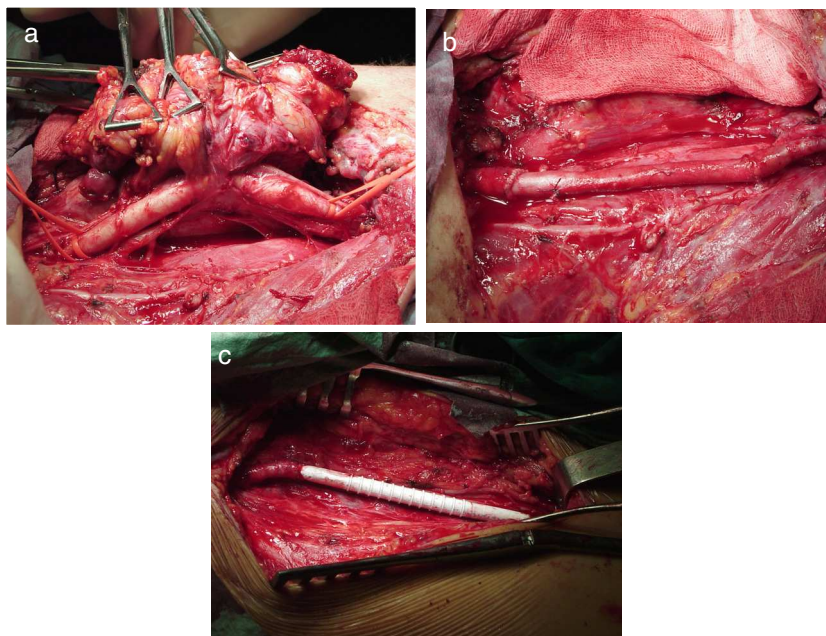


Figura 1 Autoinjerto de arteria femoral superficial. Tumor adherido a la pared de la arteria carótida interna (a). Autoinjerto colocado TT entre la arteria carótida común e interna distal (b). PTFE anillado para reemplazar la zona donante distal a la salida de la arteria femoral profunda (c).

revascularización arterial debe preverse. Caso de revascularización, lo habitual en la literatura es la sustitución del defecto por la vena safena interna proximal (VSI).

La revisión de la literatura, aporta pocas series de reconstrucción carotídea después de la exéresis en bloque de un tumor (con casuísticas inferiores a 15 casos), algunas de ellas son españolas^{1,2}. Si bien la exéresis del tumor y vasos invadidos prolongan la supervivencia (2 años), la recidiva tumoral suele aparecer al año, y solo un pequeño porcentaje de pacientes están libres de enfermedad pasado este tiempo.

La AFS presenta ventajas e inconvenientes sobre la VSI: a) *Ventajas*: la AFS puede ser considerada como el injerto ideal por su resistencia a la infección y la trombosis, no degeneración con el tiempo, flexibilidad si cruzan articulaciones; y b) *Inconvenientes*: mayor complejidad en la extracción del injerto, con posibles complicaciones isquémicas a nivel de la extremidad donante.

Como conclusiones podemos referir: 1) valorar las características del caso; 2) prever una posible exéresis carotídea; 3) decisión entre ligadura o revascularización; 4) si revascularización, decisión entre VSI o AFS; 5) tratamiento complementario (cobertura con injerto miocutáneo); y 6) necesidad de colaboración ORL-cirugía vascular.

Bibliografía

1. Carpintero LA, Pérez-Burkhardt IL, Morais D, Agundez I, González-Fajardo JA, Fernández L, et al. Superficial femoral artery as a substitute for common carotid artery affected by malignant cervical tumors. *Minerva Chir.* 1999;54: 171-4.
2. Lozano FS, Muñoz A, Gómez JL, Barros MB. The autologous superficial femoral artery as a substitute for the carotid axis in oncologic surgery. Three new cases and a review of the literature. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2008;49:653-7.