

LIMITACION TECNICA AL METODO ARTERIOGRAFICO DE SELDINGER (ILIACA EN ESCALON)

Dr. Astariz, Miguel Angel y Dr. Petrone, Eduardo G.

Resumen

Presentamos la experiencia en 6 casos de anomalía de dirección bilateral en la patología arteriosclerótica de la iliaca que hemos dado en llamar iliaca en escalón. Todos ellos en pacientes de más de 60 años de edad, no alcanzando al 1% de nuestros estudios arteriográficos y que representa una limitación técnica al método de Seldinger de cateterismo arterial selectivo.

La arteriografía renal selectiva, incorporada ya en la práctica corriente de los métodos de estudio a nuestro alcance en Urología, fundamentó su importancia en la posibilidad de resolver el diagnóstico en aquellos cuadros en que fracasaron otros métodos complementarios, permitiendo el conocimiento de la distribución arterial y la segmentación renal para un adecuado enfoque clínico quirúrgico y la elaboración de un planteo previo de técnica y táctica operatorias en la cirugía de resección o revascularización.

Nuestra experiencia se basa en 723 estudios entre los realizados en el Servicio de Urología del Hospital Pirovano y aquellos de la práctica privada, en el transcurso de los últimos once años (1967-1977) en pacientes que oscilaron entre los 15 y 78 años de edad.

Practicamos el cateterismo con técnica de Seldinger por vía percutánea femoral retrógrada. No somos partidarios del cateterismo por vía percutánea axilar a causa de la imposibilidad de efectuar una adecuada compresión para evitar el eventual hematoma.

El cateterismo braquial por disección lo indicamos sólo ante la impracticabilidad de otras vías, a causa de secuelas ulteriores, tales como la frialdad e impotencia funcional y en muchos casos la pérdida definitiva del pulso radial.

Varias son las complicaciones enunciadas al Seldinger, aunque en nuestra experiencia no hemos registrado morbilidad significativa en ningún caso, quizá producto del rigorismo crítico en la selección de los pacientes, la no insistencia en el cateterismo ante dificultades técnicas y evitando la prolongación del estudio más allá de 10 a 15 minutos, especialmente cuando en el miembro cateterizado se pierden los pulsos proximales y distales al sitio de ingreso.

Entre ellas caben destacarse las dislaceraciones vasculares, la perforación arterial con el mandril, la impactación del catéter con la creación de un pseudoaneurisma disecante por

el disparo iodado y la trombosis femoroiliaca, especialmente en jóvenes, y que se inicia con el espasmo vascular alrededor del catéter.

El objeto de nuestra comunicación es una limitación técnica al método, de la cual pueden derivar severas complicaciones ante la persistencia en continuarlo.

Haciendo una revisión anatómica recordamos que la aorta da sus dos ramas terminales a nivel de la base de la cuarta vértebra lumbar. Así las arterias iliacas primitivas, inmediatamente luego de nacidas se separan formando el ángulo infraaórtico de aproximadamente 60°, dirigiéndose en forma oblicua hacia abajo y afuera en una longitud de 5 a 7 cm. Ya en el borde inferior de la quinta vértebra lumbar se divide en A. I. externa y A. I. interna. La externa tiene una longitud de unos 10 cm y a partir de su límite inferior a nivel del anillo crural pasa a ser la arteria femoral. El trayecto femoroiliaco es, en el normal, una suave oblicuidad hacia la aorta.

Ya Testut habla de la flexuosidad habitual de la iliaca externa en el anciano y en nuestra experiencia hallamos 6 casos (no alcanza al 1% de los estudios), en personas de más de 60 años de edad con patología arteriosclerótica demostrable, en que la iliaca cambia su suave oblicuidad para formar un verdadero escalón (ángulo aproximado de 90°) y que hemos dado en llamar *iliaca en escalón*.

Esta patología, si bien permite el cateterismo aórtico bajo, impide el ascenso del catéter, ya que el impulso de progresión sólo hace ascender el ángulo iliaco mencionado con la posibilidad de la severa lesión de una arteria, ya con enfermedad arteriosclerótica.

En todos los casos esta anomalía de dirección fue bilateral. Por lo tanto, retiramos el catéter sin complicaciones y buscamos otra vía de estudio. (En algún paciente hemos realizado aortografía por punción translumbar.)

Bibliografía

Stoker, T. A.: "False femoral aneurysm following percutaneous retrograde renal arteriography". Proc. R. Soc. Med., 63:1305, 1970.

Salvidea, J. C.: "Arteriografía selectiva, complicaciones del método". Rev. Argent. Cirug., 20:399, 1971.

Bosch, G.; Petrone, E., y Astariz, M. A.: "Angiografía renal selectiva". Rev. Argent. Cirug., 20:403, 1971.

Cormier, J. L., et al.: "Severe complication of percutaneous retrograde arteriography (appropos of 69 cases)". J. Chir. (París), 104: 323-30, 1972.

Kerstein, M. D., et al.: "Complication of arterial catheterization". Conn. Med., 37:294-8, 1973.

Meaney, T. F.: "Complications of percutaneous femoral angiography". Geriatrics, 29:61-4, 1974.

Schilling, F. J., et al.: "The natural history of abdominal aortic and iliac atherosclerosis as detected by lateral abdominal roentgenograms in 2663 males". J. Chronic Dis., 27:37, 1974.

Hettler, M.: "Possibilities and limitations of ambulatory angiographies". Fortschr. Gob. Roentgenstr. Nuklearmed, 120:446-52, 1974.

Pataro, E. F., et al.: "Arterial injuries following diagnostic catheterization". Angiologia, 26:95-102, 1974.

García Rodríguez, J. L., et al.: "False aneurysm unusual complications of the directed arterial surgery and of the arteriography". Angiologia, 26:174-80, 1974.