

## **Tratamiento endovascular de arteria femoral superficial mediante abordaje transradial, en paciente con cirugía femoral previa.**

Dr. Franch Oviedo, Dra. Blanco Cañibano, Dra. García Fresnillo, Dra Morata Barrado, Dr. Muela Méndez, Dr Recover Palenzola, Dra Guerra Requena.

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular del  
Hospital Universitario de Guadalajara.

### **Introducción**

El acceso radial presenta la ventaja de ser un acceso rápido, fiable y con menor tasa de complicaciones que el femoral<sup>1</sup>, si bien para ello cobra especial importancia disponer de dispositivos de bajo perfil y con portador largo que permitan acceder al sector femoropoplíeo<sup>2</sup>. Presentamos un paciente intervenido por una estenosis severa de arteria femoral superficial, que había sido tratado previamente mediante endarterectomía (EDA) femoral bilateral, y angioplastia de arteria femoral superficial (AFS) bilateral, con terapia farmacológica

### **Descripción del caso:**

Paciente varón caucásico de 74 años con los siguientes antecedentes: exfumador desde 2005, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, síndrome de apnea-hipopnea del sueño grave en tratamiento con CPAP, hipotiroidismo subclínico, fibrilación auricular anticoagulada, insuficiencia mitral moderada grado II-III y estenosis moderada (50-70%) de Carótida Interna derecha asintomática.

Como antecedentes quirúrgicos presenta:

- Cardiopatía isquémica intervenida mediante implantación de 4 stents coronarios y posteriormente angioplastia coronaria con balón farmacológico por reestenosis.
- Herniorrafia inguinal derecha recidivada y sigmoidectomía por adenocarcinoma de colon

El paciente se encuentra en seguimiento en nuestro servicio por Isquemia Arterial Crónica (IAC) de ambos miembros inferiores (MMII) y ha sido intervenido en varias ocasiones:

- En noviembre de 2016 se realizó EDA de bifurcación femoral izquierda con parche de Dacron así como angioplastia con balón con fármaco (paclitaxel) de AFS ipsilateral por IAC estadio 3 de Rutherford.
- En diciembre de 2016 se indicó EDA de bifurcación femoral derecha con parche de Dacron y angioplastia con balón farmacológico de AFS ipsilateral, por IAC estadio 3 de Rutherford en miembro inferior derecho (MID).
- En febrero de 2017 el paciente acude por recidiva clínica en miembro inferior derecho (Rutherford III) realizándose implantación de 3 stent liberadores de fármaco (paclitaxel) en AFS mediante abordaje transaxilar izquierdo.
- En mayo de 2017 se realiza Fiedrich de herida inguinal derecha con plastia de sartorio por dehiscencia de herida quirúrgica.

Desde entonces, el paciente ha realizado seguimiento anual en nuestra consulta. En el año 2020 acude a revisión con empeoramiento de la claudicación en el miembro inferior izquierdo (MII) que se ha hecho invalidante.

A la exploración física presentaba pulsos a todos los niveles en MID y pérdida de pulso poplíteo y distales en MII. Se realizaron las siguientes pruebas diagnósticas:

- Estudio hemodinámico: En MII aplanamiento de PVR en sector distal izquierdo con Índice Dedo-Brazo (IDB) 0,62 derecho y 0,39 izquierdo.
- ECO-Doppler arterial de MII: AFC permeable, con flujo trifásico. Placa arteriosclerótica en origen de AFS que condiciona estenosis severa, con flujo monofásico posterior. Resto de AFS muy ateromatosa sin estenosis significativas. Arteria poplítea permeable con flujo bifásico sin estenosis significativas.

Presentado en sesión clínica de nuestro servicio se decide revascularización de MII.

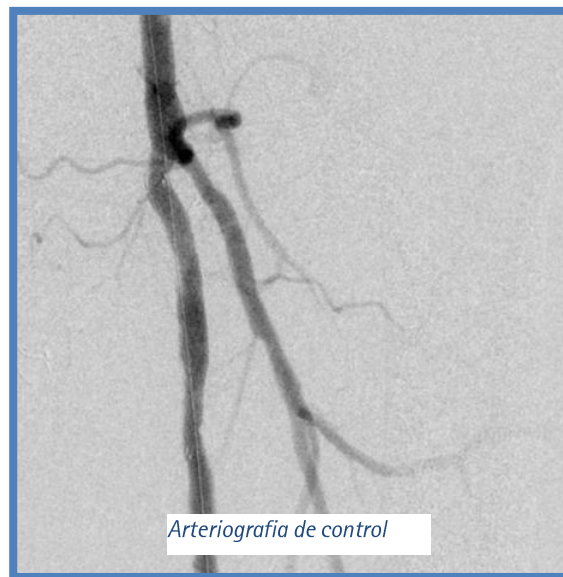
**Descripción angiográfica de la lesión:** Mediante punción radial izquierda percutánea ecoguiada se realiza arteriografía selectiva de MII, que evidencia EDA y AFP permeables y estenosis severa/crítica corta a 1-2 cm del origen de AFS, sin lesiones significativas en AFS distal a la lesión.



**Tratamiento:** Se progresó guía hidrofílica de 0,035" por aorta torácica. Se realizó intercambio de esta a una guía Advantage Terumo® 0,035" y se posicionó un introductor largo Flexor Cook® de 5Fr x 110 cm en iliaca externa izquierda. Mediante catéter CXI Cook® y guía hidrofílica de 0,035" y 400 cm, se recanalizó la lesión de AFS izda. Se trató inicialmente mediante angioplastia con balón de 6x20mm y posteriormente se realizó angioplastia con balón recubierto de fármaco de 6x40mm. En arteriografía de control se observó un retardo de flujo en AFS tratada, por lo que se decidió la implantación de un stent autoexpandible. Se realizó intercambio de guía 0,035" a guía 0,018" y se implantó un VasculFlex® Peripheral Stent de 6x60mm. Se realizó arteriografía de control obteniéndose buen resultado arteriográfico con permeabilidad de AFS y poplítea. Al finalizar el procedimiento se colocó pulsera de compresión radial según el protocolo de nuestro servicio.

**Resultado post-tratamiento y evolución del paciente** El paciente es dado de alta asintomático, sin complicaciones en el punto de acceso con permeabilidad de arteria radial, con pulso femoral izquierdo y flujo Doppler de buena amplitud sobre pedia y tibial posterior. En el estudio hemodinámico del postoperatorio inmediato ya se observa mejoría de IDB izquierdo (0,48).

En el control del mes postcirugía el paciente refiere mejoría clínica sin claudicación a largas distancias. Se mantiene mejoría hemodinámica y en Eco-Doppler se evidencia buena permeabilidad de la AFS, con ausencia de estenosis residual.



### **Discusión y/o conclusiones:**

Nos encontramos ante el caso de un paciente que presentaba como antecedentes varias cirugías arteriales en MMII, entre ellas endarterectomías femorales. Además, también había requerido del abordaje axilar izquierdo para el tratamiento de lesiones en sector femopoplíteo. La claudicación limitante que presentaba el paciente, a pesar de un tratamiento médico óptimo, nos inclinó a indicar un tratamiento de revascularización, en este caso se optó por tratamiento endovascular.

Este es un caso en el que el abordaje radial presenta claras ventajas, por permitir un abordaje adicional en un paciente con zonas de accesos hostiles por intervenciones previas y por su baja tasa de complicaciones, que permite un alta "precoz" del paciente, hecho cada vez más importante en un sistema sanitario saturado, y más aún en una situación de pandemia. Es un acceso polivalente, que nos ofrece la posibilidad de tratar no solo el sector aortoiliaco, sino que, como en este caso, es posible acceder a la arteria femoral superficial.

Sin embargo, es necesario, contar con dispositivos de portador largo y bajo perfil. En este sentido, el stent periférico autoexpandible Vasculflex® posee compatibilidad con introductores de 5F y 6F, así como longitudes de portador hasta 180 cm lo que permite un tratamiento exitoso mediante acceso transradial de las lesiones del sector femopoplíteo.

### **Bibliografía:**

<sup>1</sup> Z Ruzsa, A Csavajda, M Deak, P Sotonyi, O.F Bertrand, T.W Kwan, B Nemes, D Becker, I Hizoh, B Merkely, TRIACCESS study: randomized comparison between radial, femoral and transpedal access for percutaneous supertifital femoral artery angioplasty, *European Heart Journal*, Volume 41, Issue Supplement\_2, November 2020

<sup>2</sup> Sher, A., Posham, R., Vouyouka, A., Patel, R., Lookstein, R., Faries, P.L., Fischman, A., & Tadros, R. (2020, octubre). Safety and feasibility of transradial infrainguinal peripheral arterial disease interventions. *Journal of vascular surgery*, 72(4), 1237-1246.e1.