

Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet"

HERIDA VASCULAR. PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Pedro A. González Scull¹, Dra. Carmen Nuñez Arencibia², Lic. Norma E. Alvarez Morales³.

- 1- Especialista de I Grado en Angiología.
- 2- Especialista de I Grado en Cirugía. General Instructora.
- 3- Licenciada en Psicología.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 30 años de edad, de la raza blanca, el cual llega al cuerpo de guardia del hospital con signos de anemia aguda y hemorragia abundante del miembro superior derecho, ausencia de pulso radial y cubital, frío, sudoroso obnubilado. Se envió al salón de operaciones. Se realizó anastomosis término terminal de la arteria axilar, se recuperó hemodinámicamente. Es dado de alta a los 17 días con una evolución satisfactoria.

Descriptores DeCS: HERIDAS Y LESIONES

Resulta interesante en extremo el desarrollo alcanzado por la Cirugía Vasculuar desde sus albores hasta la fecha. La primera sutura arterial que se registra fue hecha por Hallowell en 1759¹.

Murphy en 1879 realiza la primera sutura de la arteria femoral².

Hace apenas 75 años, la ligadura arterial como medio de salvar la vida era el único recurso existente que exponía la extremidad a los peligros de la isquemia reciente²

Desde entonces los avances del tratamiento con respecto a las heridas vasculares ha sido de gran relevancia y en tiempo de paz se hacen vigentes los postulados de Schumaker, que consisten en:

- Salvar la vida del enfermo.
- Salvar el miembro lesionado.
- Conservar o restablecer una circulación adecuada²

El propósito fundamental es lograr el rápido restablecimiento de la dinámica circulatoria, una vez controlado el Shock Oligohemico (si existe) y la hemorragia.

Basado en lo expuesto anteriormente se expone un caso de Herida Vasculuar tratado en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" de Güines.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 30 años de edad de la raza blanca, el cual es traído el 17 de abril de 1991 al Cuerpo de Guardia con signos de Anemia Aguda por hemorragia abundante a través de la herida producida en región axilar derecha. Se coloca vendaje compresivo, se canaliza la vena, se toma muestra de sangre para realizar análisis de urgencia y se lleva inmediatamente para el Salón de Operaciones por presentar al Examen Físico ausencia de pulso radial y cubital.

APP: ASMA.

Al Examen Físico: mucosa y piel muy pálidas. sudoroso, frío, obnubilado, taquicárdico e hipotenso. Miembro Superior Derecho: herida avulsiva, transversal, a nivel de la axila derecha de 15 cms de largo que sangra abundantemente con desgarramiento del Biceps, de la arteria axilar y vena, así como los nervios cubital y mediano.

Cardiovascular: Auscultación (ruidos cardíacos apagados y taquicárdicos)

TA: 70/40 pulso: 120´.

Ausencia de pulsos radial y cubital.

Se recibe Grupo Sanguíneo (A+)

Se lleva de urgencia al Salón de Operaciones y se realiza anastomosis término terminal de la Arteria Axilar, ligadura de estructuras venosas y nerviosas. hemostasia cuidadosa.

Se aplicó anestesia general. Se administró 5250cc de líquido, desglosados en:

Ringer (2700cc), Sangre (1250cc) y Dextrosa (1300cc).

La intervención transcurre satisfactoriamente, se yugula el sangramiento, hemodinámicamente se estabiliza, se recupera rápido y sale del salón ventilando espontáneamente, TA: 120/80 pulso: 84´.

Resultado Satisfactorio.

El 18 de abril de 1991 mantiene buen semblante. El miembro superior derecho presenta buena coloración y temperatura, no se precisa pulso radial pero se aprecia buen llene capilar lecho ungueal. Pulso 80´, TA: 140 / 80.

Se recibe los complementarios indicados el 20 de abril de 1991:

Hb: 9.2g Glicemia: 5.3m/mol

Hemograma Hto: 30 Creatinina: 82m/mol

Leuco: 5.5x10⁹ Eritro: 98mm

Coagulación: 8 Proteínas Totales: 5.8g/l Sangramiento: 1

El día 22 de abril de 1991 la herida continua evolucionando bien, se observó tumefacción y edema moderado. No dolor. Eritema rosado.

El día 23 de abril de 1991 se recibe complementarios:

Hb: 10.6g Seg: 60

Hemograma Hto: 34 Linfo: 29

Leuco: 5.5x10⁹/l

A los 15 días de operado continúa evolucionando bien aunque refiere sensación de calambres y parestesia en el miembro superior derecho. Se retiran los puntos de la herida. Los análisis dentro de parámetros normales.

Hb: 12g

Hemograma Hto: 45 Eritro: 25 mm

Leuco: 5.5x10⁹/l

El día 4 de mayo de 1991 se decide dar alta con tratamiento atendiendo a su evolución satisfactoria.

COMENTARIO

Indiscutiblemente la experiencia adquirida después de la guerra de Corea en el tratamiento de las Lesiones Vasculares hizo una conducta más adecuada²

Las heridas de arteria axilar suelen acompañarse de lesiones nerviosas. También pueden producir parálisis o trastornos nerviosos ya que los nervios envuelven en forma de manguito la arteria³ La anastomosis término terminal se practica cuando el vaso ha sufrido una sección total por la herida o se ha tenido que hacer una sección quirúrgica de la arteria como un sitio ocupado por una contusión, trombosis pequeñas o heridas múltiples⁴

Las heridas vasculares en el miembro superior se caracterizan por su benignidad con relación a otras áreas. La presencia de gran circulación colateral disminuye la incidencia de amputación⁵ Este caso donde se demostró por el cuadro clínico y el examen físico un sangramiento profuso por lesión y siguiendo los parámetros de Schumaker² se pudo establecer hemodinámicamente y evitar el peligro de muerte inminente.

La técnica de reparación arterial utilizada fue la anastomosis término terminal previa regulación de los extremos y adventicectomía, ya que es evidente los buenos resultados cuando la sección de la arteria es total. Si es necesario se le colocaría el miembro en flexión con férula anterior, lo cual en el caso presentado se realizó²⁻⁴.

Además, para lograr el éxito de la reconstrucción se tuvo en cuenta lo siguiente²⁻⁵:

- a) El tiempo transcurrido de producirse la herida a la reparación vascular fue corto.
- b) Evitar la hipotensión arterial en el acto quirúrgico.
- c) Realizar anastomosis término terminal en sección total de vaso. Las estadísticas la recogen como la de mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Curbelo Orozco LB, López L.M, Ochoa Bizet LM, Villar Renteria CM. Cirugía arterial directa: complicaciones posoperatorias. Temas de Antología y Cirugía Vascular. 1975; 2 (2): 177-85.
2. Góngora Castillo C, Pérez Hernández R, Hernández Guerra F. Nuestra experiencia en el tratamiento de las heridas vasculares. Temas de Antología y Cirugía Vascular. 1975;2: 65-74.
3. Lesiones vasculares. En: MINFAR. Sección de Servicios Médicos. Cirugía de guerra: doctrina única de tratamiento. La Habana: Ciencia y Técnica; 1969; T.2 . pp. 1061-1110
4. Beauballet Fernández P. Traumas vasculares. En: Ochoa Bizet LM, Duran Llobera C, Bidart Labourdette LA, Charles Eduard Otrante D, Martínez Griñan MA, Rodríguez Lacaba B, et al. Angiología y cirugía vascular. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 1988 . pp. 163-88.
5. Brunet Pedroso P. La Circulación: de los vasos al corazón. La Habana: Científico Técnica; 1997.

SUMMARY

A 30 years white patient arrived at the Duty Department with acute anaemia and abundant haemorrhage in the radial and cubital pulse, cold, obnubilated sweaty. We sent him to the surgery room. Terminal anastomose term of the axilar artery was done. Haemodynamically he got better at the seventeen days he was out of the hospital with satisfactory evolution.

Subject headings: WOUNDS AND INJURIES

