

ANGIOLOGÍA

VOL. XIV

NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1962

N.º 6

SOBRE EL EMPLEO DE PROTESIS ARTERIALES EN CASOS DE ACCIDENTES QUIRURGICOS

JESÚS HERNÁNDEZ ALVAREZ

Servicio de Cirugía del Hospital Minero de Bottrop (Westfalia).

Prof. C. Blumensaat (Alemania).

La cirugía arterial se ha enriquecido de modo considerable con el empleo de prótesis aloplásticas de material trenzado, las cuales, según se desprende de las diversas estadísticas, son perfectamente toleradas por el organismo. La mayor parte de la casuística se recluta entre enfermos arteriosclerosos con compromiso circulatorio a nivel de las ilíacas o femorales, en los cuales se halla estenosado de igual modo el resto del sistema arterial, por lo que muchas veces el esfuerzo que supone tal arte quirúrgico no se ve debidamente recompensado.

Otra cosa sucede cuando se trata de reconstruir una arteria sana que, por un accidente traumático o quirúrgico, ha sido de tal forma lesionada que su reparación quirúrgica no es posible sin el uso de un injerto. La indicación en tales momentos es absoluta.

Relatamos dos casos demostrativos.

CASO N.º 1. — L. Sch., varón de 46 años de edad, afecto de endangiítis obliterante en ambas piernas y en brazo derecho. En 1952 sufrió una simpatectomía lumbar derecha. En 1956 la misma intervención en el lado izquierdo. Después de ambas intervenciones se apreció considerable mejoría en el cuadro clínico, con disminución del dolor y del dintel de claudicación; si bien, a causa de gangrena, fue necesaria la amputación de los dedos cuarto y quinto de ambos pies.

Acude ahora a la consulta por dolores en brazo y mano derechos, con frialdad. En la falangeta del dedo medio se aprecian lesiones incipientes de gangrena seca. Atendiendo los deseos del enfermo y a la vista del éxito de las anteriores simpatectomías, se indica la realización de una estelectomía derecha.

El cuadro clínico revela una mano fría y pálida, gangrena del pulpejo del dedo medio, falta de pulsación radial y humeral a nivel del codo y débil pulsación de la humeral a nivel del brazo. En el brazo izquierdo las pulsaciones son normales.

Operación: Incisión de 7 cm. de longitud en la fosa supraclavicular derecha, siguiendo un pliegue cutáneo. Sección del cutáneo y fascia cervical. Separación del músculo omohioideo. Extirpación de la grasa y ganglios linfáticos que se hallan a este nivel. Al empezar la preparación del tronco tirocervical, se desgarró una arteria: la transversa del cuello. La hemostasia mediante una pinza y la ligadura consiguiente aumentan el desgarro arterial. La hemorragia crece. Otros intentos de hemostasia no son eficaces. La sangre procede de la arteria subclavia. Un pinzamiento a ciegas o una ligadura puede comprometer la irrigación del miembro. Se taponó con gasa mientras un ayudante comprime la arteria. Se secciona el escaleno anterior y la inserción clavicular del músculo esternocleidomastoideo. Tras osteotomía de la clavícula, el campo operatorio es más amplio y permite la disección del trayecto de la arteria subclavia. Después de colocar una pinza hemostática de Höpfner, se pone de manifiesto que el desgarro asciende a nivel de la arteria subclavia en el punto de salida de la arteria tiroidea inferior. La sutura produciría un estrechamiento de la luz arterial, dificultando considerablemente el riego del brazo. Por ello se decide practicar un injerto arterial, previa resección de la zona lesionada. Mientras se prepara la prótesis de Dacron (el injerto debe permanecer en sangre por espacio de quince minutos para hacerlo impermeable), se realiza la estelectomía. A continuación se secciona la arteria subclavia proximalmente y se sutura un injerto de 3 cm. de longitud mediante puntos sueltos de Lafil y aguja arterial atraumática. La íntima se halla engrosada y la pared arterial es muy frágil, por lo que los nudos se asientan del lado del injerto. Se secciona la subclavia distalmente y se lleva a cabo el segundo tiempo de la sutura. Abiertos los «clamps», la sutura es impermeable y el injerto pulsa de inmediato así como la parte distal de la subclavia más allá de la sutura. Los «clamps» estuvieron colocados alrededor de los 45 minutos. El tiempo empleado para la sutura del injerto fue de 20 minutos.

La circulación troncular en el brazo pudo ser mantenida gracias al injerto. El aporte sanguíneo no disminuyó. Las pulsaciones se mantuvieron como antes de la intervención. La gangrena del dedo medio no se modificó, si bien el enfermo presentaba a ese nivel lancinantes dolores que llevaron a la amputación del dedo.

CASO N.º 2. — H. W., mujer de 38 años de edad. Clínica y radiográficamente presenta un proceso tumoral a nivel del tercio medio del ureter izquierdo. El riñón y la parte superior del ureter se hallan incluidos en una masa tumoral que llega hasta el psoas. Se procede a realizar la extirpación del riñón juntamente con la zona del ureter comprometida y el tumor responsable, el cual por su parte inferior se halla peligrosamente en contacto con la arteria ilíaca primitiva. Extraída la pieza operatoria, la hemorragia es considerable. La arteria ilíaca ha sido desgarrada. Se pinza la arteria e inmediatamente se coloca la paciente en decúbito supino. A continuación se amplía la incisión, se rechaza el saco peritoneal hacia la línea media y se pone de manifiesto la bifurcación aórtica. La pinza he-

mostática se halla colocada un centímetro por debajo de la misma. Con pinza de blalock se «clampa» la aorta. Existe un amplio desgarró en la arteria iliaca que hace imposible la sutura primaria. Se injerta un segmento de 5 cm. de Dacron mediante puntos sueltos en U de Lafil y aguja atraumática. La sutura de la pared posterior es considerablemente dificultosa. Después de retirar el «clamp», la prótesis y la zona arterial distal pulsán perfectamente.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y no se presentaron trastornos circulatorios en el miembro. Cuando la enferma fue dada de alta, la arteria dorsal del pie latía como en el otro lado. La pieza operatoria era un enorme papiloma sin claros signos de malignidad.

Resumiendo, puede decirse que mediante el empleo de una prótesis arterial de Dacron pudieron impedirse serias complicaciones en dos pacientes operados. Se recomienda disponer de este material para casos urgentes como los descritos, así como de agujas atraumáticas y Lafil.

SUMMARY

Two cases of arterial injury successfully treated by prosthesis are presented.