

ANASTOMOSIS VASCULARES TERMINO-TERMINALES EN RAQUETA

A. R. ALBANESE y A. A. LAZZARINI

Clínica Albanese, Buenos Aires (Argentina)

En las anastomosis término-terminales, no siempre es posible enfrentar vasos de igual diámetro, siendo a menudo los cabos vasculares de desigual calibre. Esa posibilidad se presenta, tan luego en los grandes vasos como la aorta y arteria pulmonar, así como en las arterias y venas periféricas.

Se nos presentó ese problema por primera vez en 1947 cuando efectuáramos las primeras anastomosis subclavio-pulmonares término-terminales en el tratamiento de la Enfermedad de Fallot. Lo resolvimos frunciendo con tomas más amplias, con mayor distancia entre los puntos en la arteria pulmonar, que era la de mayor diámetro. En 1950 concebimos hacerla sólo con un sector de esa arteria, excluyendo el resto a la manera de un mango de raqueta (figuras 1, 2 y 3).

Ese mismo año operamos una coartación de aorta en la que, circunstancias de emergencia, nos obligaron a utilizar el método. Luego de resecar la coartación se anastomosó el cabo inferior con la parte anterior del cabo superior, cerrando el resto en forma de mango de raqueta (fig. 4).

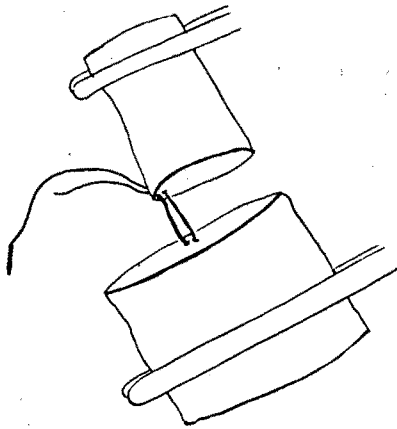
La experiencia de unas 120 anastomosis término-terminales (subclavio-pulmonares, trasposición de grandes vasos, coartación de aorta, revascularización cerebral con anastomosis carótideo-yugular) nos permite afirmar que:

I) Es de gran utilidad en la operación de Taussig-Blalock como método complementario de la anastomosis término-terminal cuando los cabos son de desigual diámetro.

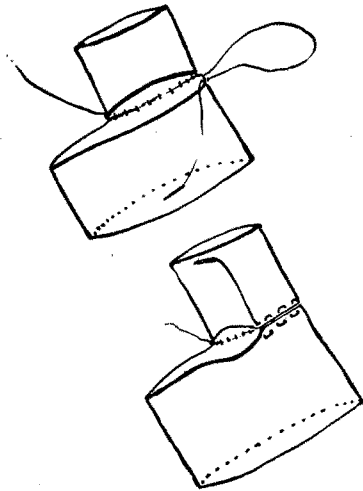
II) Es también útil en la coartación de aorta, cuando deban enfrentarse cabos de diferente diámetro. La toma desigual de los labios de la aorta logra difícilmente un cierre hermético, produciendo hemorragia y aneurismas en la línea de sutura. De ahí que sea aconsejable tomas iguales, suturando el sobrante del cabo más amplio, en forma de mango de raqueta (fig. 5).

III) En el injerto vascular autólogo de vasos periféricos, por ejemplo:

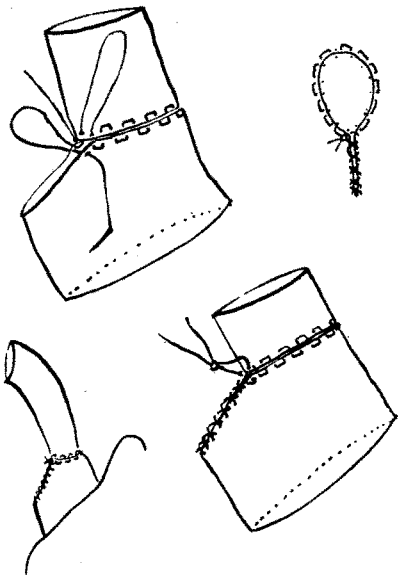
①



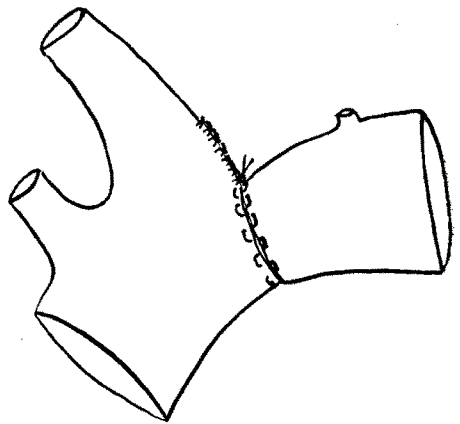
②

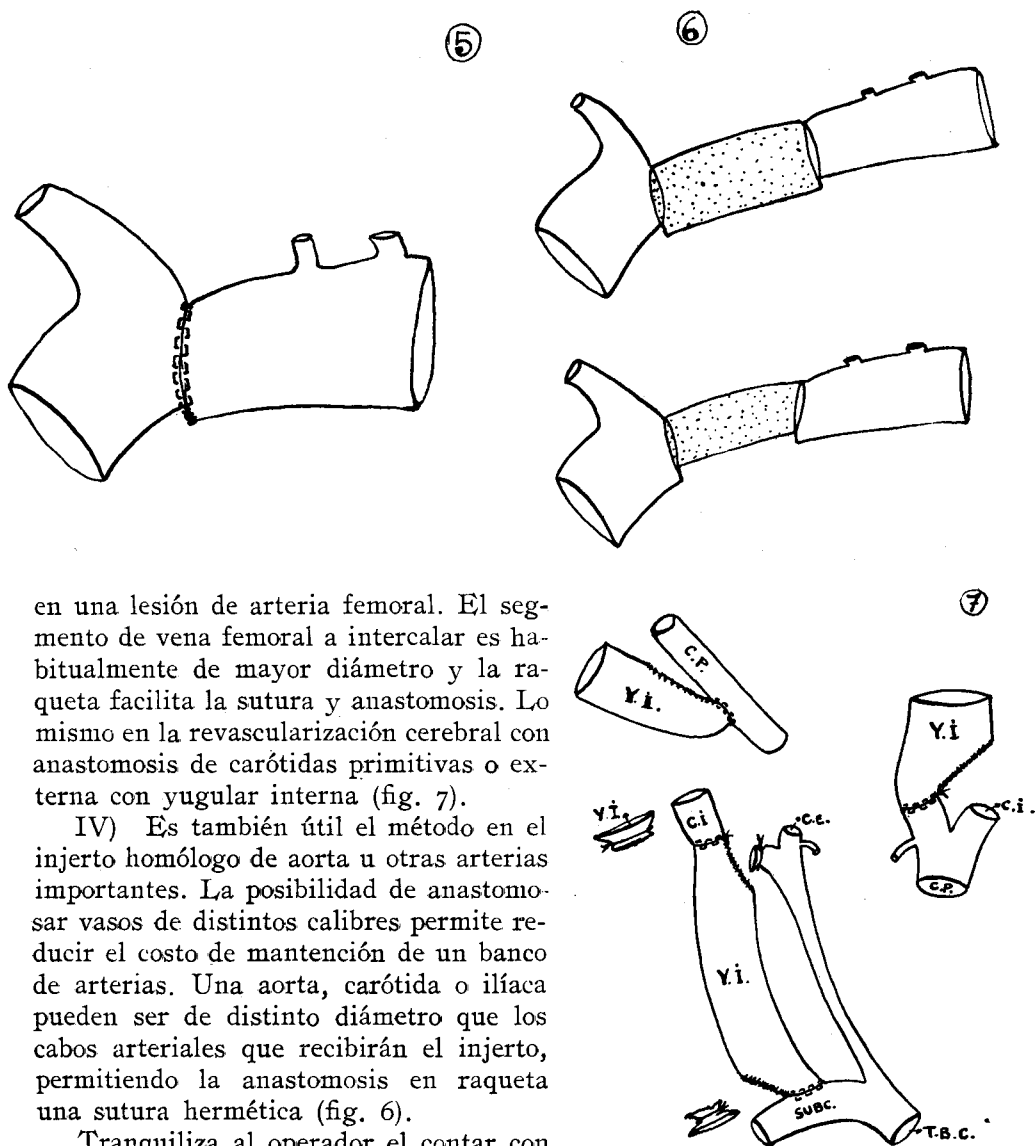


③



④





en una lesión de arteria femoral. El segmento de vena femoral a intercalar es habitualmente de mayor diámetro y la raqueta facilita la sutura y anastomosis. Lo mismo en la revascularización cerebral con anastomosis de carótidas primitivas o externa con yugular interna (fig. 7).

IV) Es también útil el método en el injerto homólogo de aorta u otras arterias importantes. La posibilidad de anastomosar vasos de distintos calibres permite reducir el costo de mantención de un banco de arterias. Una aorta, carótida o ilíaca pueden ser de distinto diámetro que los cabos arteriales que recibirán el injerto, permitiendo la anastomosis en raqueta una sutura hermética (fig. 6).

Tranquiliza al operador el contar con un método que permite suturar cabos arteriales de desigual diámetro. Usará del cabo más grande lo que considere necesario para la anastomosis y excluirá el resto a la manera de un mango de raqueta.

TÉCNICA (figs. 1, 2 y 3)

Hacemos sutura a bordes evertidos en la zona anastomótica y doble «surget» en la zona del mango. Completada la parte de anastomosis, la aguja pasa en «surget» a suturar los bordes sobrantes. El «surget» es de ida y vuelta anudando con el cabo del punto inicial de la anastomosis. No es, habitualmente, necesario un recorte a nivel del mango, pues la dilatación del vaso con el lleno sanguíneo le hace tomar al mango de raqueta una posición oblicua a ángulo obtuso, sin recesos que faciliten la trombosis local.

R E S U M E N

El autor resalta la utilidad de igualar el diámetro de los vasos en las anastomosis vasculares término-terminales. Con esta finalidad describe su técnica personal que denomina anastomosis en raqueta.

S U M M A R Y

The author emphasizes the utility to equalize the diameter of the vessels in the end-to-end vascular anastomosis. With this finality he describes his personal technic which he surnames anastomosis in racket.