

Título del trabajo:

Resumen CIRUGÍA VASCULAR ENFOCÁNDOSE EN REPARACIÓN DE TRAUMATISMOS ARTERIALES

Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Técnicas quirúrgicas

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López

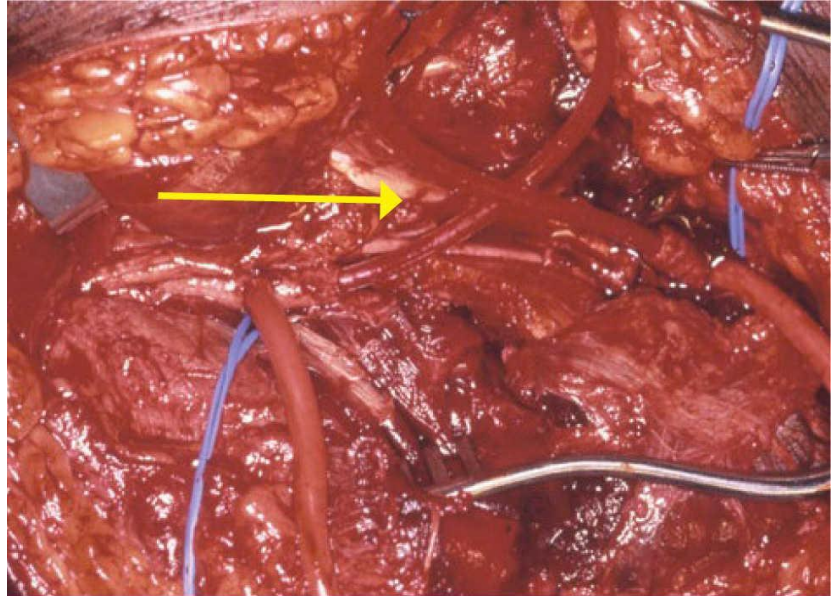
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 27 de Junio de 2020.

La cirugía vascular es una disciplina médicoquirúrgica dedicada a la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de patologías vasculares, arteriales, venosas y linfáticas. Se ocupa del tratamiento de todos los problemas de todos los vasos del organismo, excepto de los intracraneales y de los propios del corazón.

Reparación de traumatismos arteriales

Epidemiología

Las causas más frecuentes fueron el accidente de tráfico y la iatrogenia por acceso vascular. La arteria humeral fue la lesionada con mayor frecuencia. El tipo de reconstrucción arterial realizada fue en el 44,8% de los casos un injerto sustitutivo y en el



Revista Médica Clínica Las Condes. 2011;22:686-95

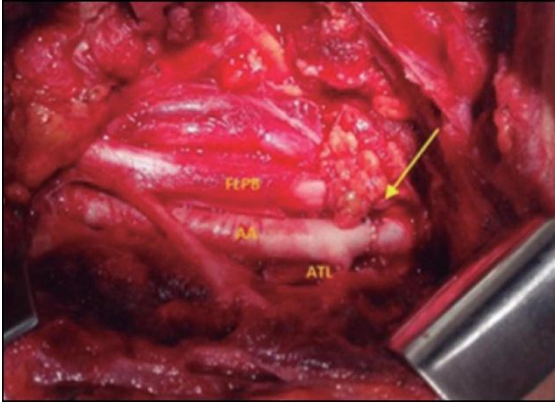
34,6% la sutura directa. En el 2,5% de los casos se consideró la extremidad inviable. Las técnicas asociadas más frecuentes fueron la sutura nerviosa y la osteosíntesis. En el 92,3% de los casos se obtuvo la recuperación de la pulsatilidad distal de la extremidad, pero debe resaltarse que sólo en el 69,2% se produjo su recuperación funcional sin secuelas. Se realizó amputación en seis casos (7,7%), tres en extremidades no viables y otras tres en las que se realizó la reconstrucción vascular en los límites de la viabilidad.

Dx

- Ausencia de pulsos distales
- Sangramiento arterial al exterior
- Hematoma en expansión o pulsátil
- Auscultación de soplo o palpación de frémito sobre área afectada
- Signos de isquemia aguda

Clasificación

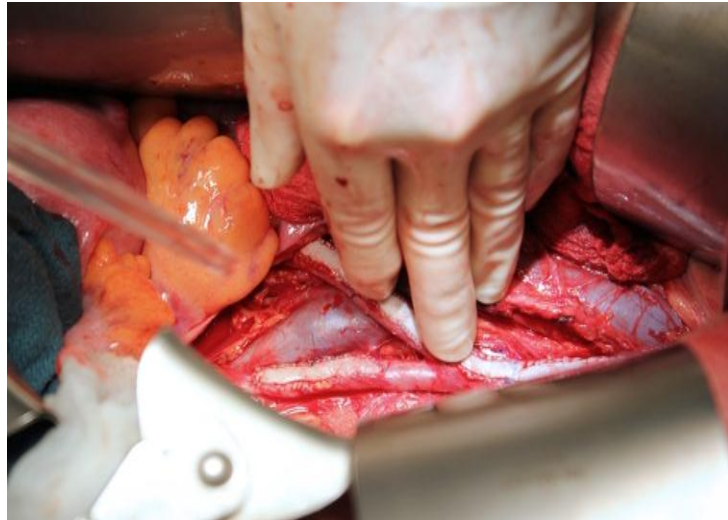
Hay distintas clasificaciones de las lesiones vasculares traumáticas, que orientan y deciden en el diagnóstico y tratamiento: lesiones en la guerra y la paz, o en masa o individuales. Otras clasificaciones por las causas, gravedad o según el momento



de presentación en agudas y crónicas. En los últimos años se ha impuesto una clasificación clínica de "duras" y "blandas" según la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico, que permite una conducta en lesionado más lógica y rápida.

Las lesiones agudas son: por transección parcial de la pared vascular (penetrantes o perforantes) o por sección total produciendo hemorragia; por obstrucción o isquemias debido a una contusión, espasmos o retracción de los cabos en la transección total.

Las lesiones crónicas llamadas también "ocultas" son más lentas en su presentación clínica, a veces se detectan meses o años



después, son los falsos aneurismas o hematomas pulsátiles, los aneurismas verdaderos traumáticos y las fístulas arteriovenosas.

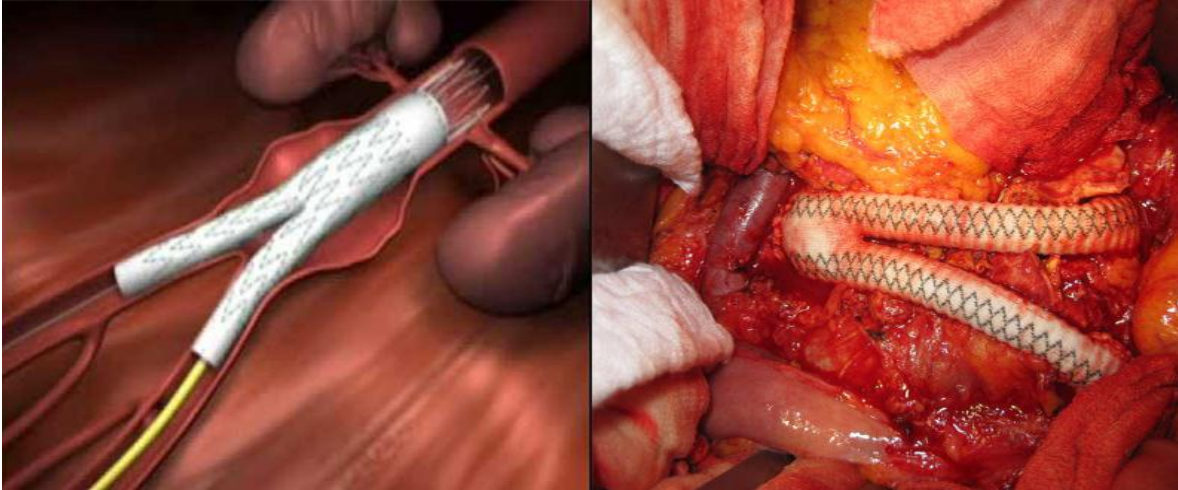
Todas son susceptibles a trombosarse y embolizar. Algunos proyectiles o fragmentos penetran dentro de los vasos y embolizan hacia otros vasos por efecto del flujo sanguíneo o la acción de la gravedad

La cirugía abierta es el Gold Standard de tratamiento.

Técnica quirúrgica

La anestesia en las lesiones vasculares debe ser siempre endotraqueal (general) ya que las regionales aumentan la inestabilidad hemodinámica.

El desarrollo de la anestesiología y los cuidados al paciente en el salón de operaciones y en el posoperatorio han sido fundamentales en los éxitos alcanzados en este tipo de cirugía.

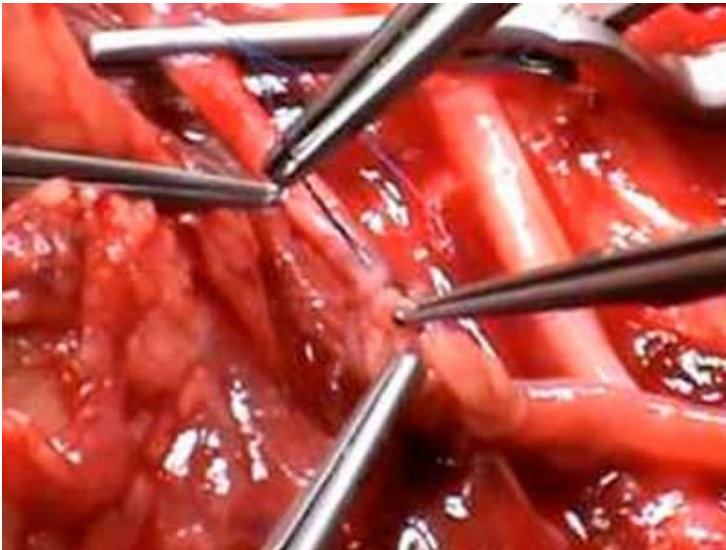


El monitoreo continuo del oxígeno por medio de la oximetría transcutánea de la tensión arterial continua, la presión venosa central o la presión en la arteria pulmonar, la diuresis minutada, junto a la temperatura, a las gasometrías, capnografía y estudios repetidos de la sangre, permiten hoy al anestesista mantener junto al cirujano un control sobre todos los cambios hemodinámicos que se presentan en el paciente que sangra o que está sometido a una isquemia miocárdica por un clampeo arterial de la aorta, un desclampeo, una reperfusión, edema visceral o isquemia visceral de los miembros.

El desarrollo de nuevas suturas más resistentes de distintos tamaños, como las de monofilamento, de pinzas vasculares atraumáticas o ligas de Silastic, de injertos plásticos más maleables, menos porosos, con heparina incorporada para disminuir las trombosis o más resistentes a las infecciones, han facilitado las suturas, anastomosis y los injertos vasculares.

En aquellas áreas, cuya exclusión por el pinzamiento arterial pueda producirse isquemia irreversible, como en la aorta ascendente por la sobrecarga cardíaca, en la transversa por la isquemia de la médula o de las vísceras abdominales, se han desarrollado SHUNT provisionales plásticos o se ha utilizado circulación extracorpórea o cardiopulmonar (derecha) y el empleo de la hipotermia (moderada o profunda) y con bajo flujo o paro circulatorio total para abordar lesiones contenidas o crónicas

Ya se perfeccionan catéteres baxlón para hacer hemostasia, injertos sostenidos *stents* para tratar heridas vasculares sangrantes e isquémicas o con dilataciones,



pero el dominio de la clínica (desde una buena historia clínica, discusión colectiva o el razonamiento médico) y la habilidad del cirujano y demás médicos nunca serán sustituidos.

En el caso de las lesiones vasculares el factor tiempo es fundamental. Si la técnica y la tecnología acortan el tiempo de sangramiento y de isquemia, serán incorporados. Para el cirujano, anestesista e intensivista, el desafío se encuentra en salvar aquellos casos (cada vez más frecuentes en la vida moderna) con lesiones agudas de los grandes vasos, como la aorta torácica o abdominal y de sus grandes ramas, y continuar disminuyendo las amputaciones y secuelas en las lesiones crónicas.