

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

**DOCENTE:
DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ**



MATERIA: TÉCNICAS BÁSICAS QUIRÚRGICAS

TEMA: HERIDAS DE CABEZA Y CUELLO

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 24/04/2021

Heridas de cabeza y cuello

CABEZA

CLASIFICACION DE LAS HERIDAS DE CABEZA Y CARA

LACERACIÓN SIMPLE: superficiales, compromiso de piel, producidos por elementos cortantes , tx: lavado o sutura.

LACERACIÓN CON CONTUSIÓN: más profunda, compromiso de piel, tcsc, musculos, hueso, bordes irregulares, causa: accidentes transito, vidrios, deporte, tratam: sutura por planos, anestesia local o sop, medidas de soporte.

HERIDAS POR AVULSIÓN: perdida de tejido, cierre primario imposible, accid transito, paf, morded caninas, tratam en sop

HERIDAS TUMORALES: tumores de tejidos blandos y duros que producen soluciones de continuidad hacia la piel, si hay sangrado: compresion, no suturar, hemangiomas rotos, tumores de hueso.

Preparación para el cierre:

- Controlar la hemorragia, presion directa
- Retirar los contaminantes macroscópicos
- Limpieza y lavado
- Cubrir la herida con compresas húmedas y vendaje elástico (30 a 60)
- Anestesia y cierre primario
- Hemorragia profusa (colchonero horizontal)
- Inspección visual y palpación (fx)
- Eliminación del pelo SOLO si interfiere con el cierre o anudado (recortar con tijera, NO afeitar)

CARA:

Esta corresponde a la zona anterior de la cabeza. Contiene diversos órganos de los sistemas sensoriales, respiratorio, digestivo y masticatorio y foniatrico. Es una zona rícamente irrigada e inervada, motora y sensitivamente.

- El tercio superior o confluyente cráneo-facial, que incluye los hemisferios orbitarios superiores y sus contenidos, la unión etmoidonasal, los arcos orbitarios del hueso frontal y la fosa anterior del cráneo. Su compromiso en un traumatismo puede involucrar estructuras del sistema nervioso central, los globos oculares, el sentido del olfato, hueso y partes blandas de esta región.
- El tercio medio o región maxilar, que incluye los huesos maxilares, palatinos, malares, lagrimales y arcos cigomáticos y estructuras como los senos maxilares y etmoidales, la arcada dentaria superior, las fosas nasales, hemisferios inferiores de las órbitas y su contenido, el paladar duro y blando. La vía aéreo-digestiva superior comienza a este nivel con la rinofaringe.
- El tercio inferior o mandibular, que incluye fundamentalmente a la mandíbula, su aparato dentario, el contenido oral y orofaríngeo y las partes blandas perimandibulares.

Diagnóstico

o:

- Las heridas derivadas de traumatismos superficiales de partes blandas basan su diagnóstico en la inspección. Especial atención debe ponerse en los posibles compromisos de estructuras subcutáneas, no siempre evidentes. Entre éstos destacan la sección de troncos nerviosos importantes, como nervio facial, ramas I, II y III del nervio trigémino, conductos salivales, vía lagrimal con su saco y conducto. También deberán buscarse cuerpos extraños en las heridas y saber reconocer aquellas que requerirán una reparación más compleja (heridas labiales, palpebrales, mucosas, etc.).

En relación al diagnóstico de las **fracturas faciales**, éste se basa en los siguientes aspectos:

Diagnóstico lesional: consiste en lograr conocer precisamente el o los huesos fracturados y el tipo de fractura que lo compromete.

a) Fracturas del tercio superior (confluyente cráneo-facial):

Las **fracturas simples** de esta región se presentan habitualmente como asimetrías y hundimientos óseos, acompañados de mayor o menor grado de edema y equimosis. Rara vez se producen en estos casos alteraciones funcionales oftalmológicas u olfatorias.

Las **fracturas complejas** corresponden habitualmente a traumatismos craneanos y faciales combinados, con importante riesgo de vida para el paciente. Se observa compromiso de conciencia, importante edema y equimosis facial (periorbitario), hemorragias subconjuntivales, rinorrea y epistaxis, aplanamiento facial, asimetrías óseas, lesiones oculares graves, etc.

El estudio radiológico más adecuado para fracturas de esta región de la cara es la tomografía axial computada (TAC) y en menor medida la radiología simple. La TAC permite un detallado estudio de las estructuras nerviosas (encéfalo, nervios ópticos), los ojos y la fractura en cuestión. Permite además, reconstrucciones tridimensionales de gran ayuda al especialista. Debe recordarse que este tipo de fracturas pueden acompañarse de lesiones del sistema nervioso central, en donde la TAC es fundamental. De esto se deduce que en pacientes con traumas del confluente craneofacial, debe siempre descartarse un componente traumático del sistema nervioso central.

b) Fracturas del tercio medio (maxilares y malares)



Las fracturas menos complejas del tercio medio de la cara corresponden a aquellas del hueso malar o cigomático, con o sin compromiso del piso de la órbita del ojo, del arco cigomático, de la maxila y de la arcada dentaria superior (ósea y dental). Se acompañan de discreto edema, retrusión maxilar y disoclusión, aflojamiento dental, hundimiento del pómulo, bloqueo de la apertura bucal (fracturas del arco cigomático). Es posible palpar escalones óseos que evidencian desplazamientos de los rasgos de fractura, hipoestesia del ramo infraorbitario del V par craneano, etc.



En la medida que el traumatismo es producido con mayor energía, El edema facial es mayor, los párpados impiden visualizar con facilidad el globo ocular (siempre deben evaluarse los globos oculares en estos casos), el hundimiento malar es mayor y capaz de producir alteraciones de la estática (enoftalmo) y/o dinámica ocular (diplopía, limitación de la mirada extrema). Si el componente traumático es principalmente maxilar, la disoclusión es más notoria, el sangrado nasal y faríngeo puede llegar a constituir una emergencia, puede existir avulsión dentaria, etc.

Los rasgos de la fractura son diversos. Pueden ser lineales y únicos o irregulares y conminutos. Los rasgos precisos de Le Fort (I, II y III) son raros de ver. Interesa más este aspecto al especialista que deberá repararlos.



El estudio radiológico de las fracturas menos complejas del tercio medio se basa preferentemente en radiología simple en distintas proyecciones (Waters o cavidades perinasales para fracturas nasales y malaras, axiales de cráneo para el arco cigomático). Con compromiso mayor de las órbitas o destrucción grave de los maxilares, la TAC ofrece ventajas claras sobre la radiología convencional. El

estudio con radiografías retroalveolares o panorámicas de la oclusión afinan el diagnóstico del compromiso dentoalveolar.

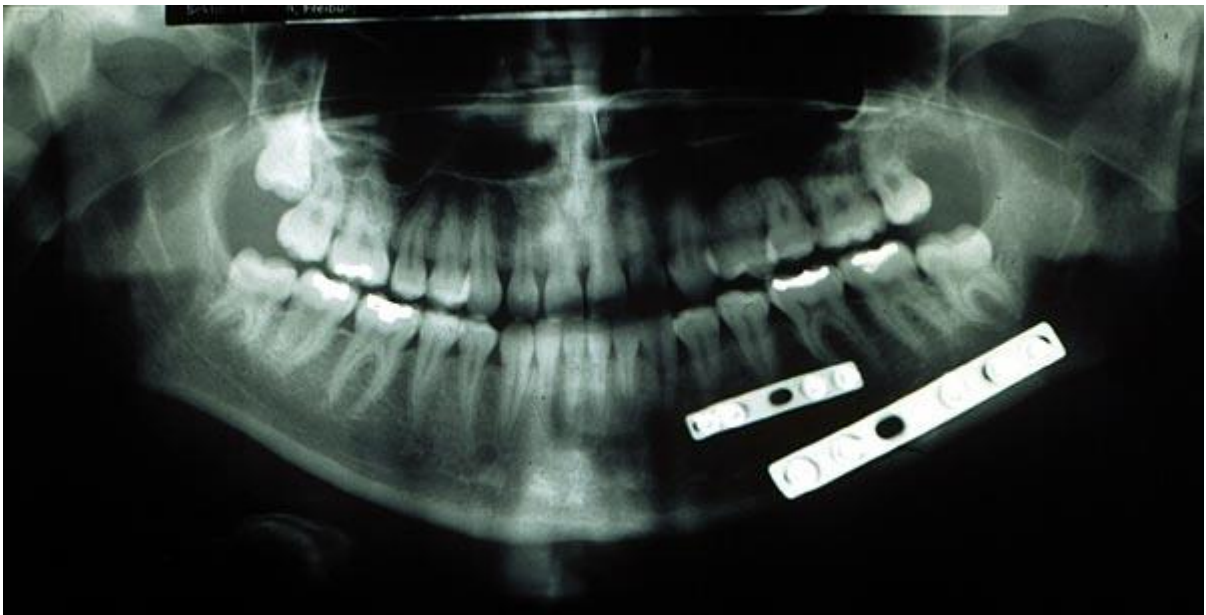
c) Fracturas del tercio inferior (mandibulares):

La mandíbula es el único hueso móvil de la cara, de manera que las fracturas que la comprometen ocasionan distintos grados de impotencia funcional, expresándose como trismus

y dolor. Cuando la fractura compromete el sector dentado del hueso (fracturas mediana, paramediana y corporal), se observan escalones de la línea dentaria, heridas de la mucosa gingival haciendo expuestas estas fracturas, aflojamiento dentario, hematoma del piso oral, etc. Menos llamativas pero complejas y dolorosas son las fracturas del ángulo, rama y cóndilo mandibulares.

Fracturas bilaterales de la mandíbula pueden originar desplazamiento posterior del piso oral y lengua, lo que en pacientes con compromiso de conciencia es causa de obstrucción de la vía aérea superior.

El estudio radiológico más adecuado para las fracturas de la mandíbula, es la radiografía panorámica mandibular. Se realiza con un equipo especial para esta técnica. Proyecciones "improvisadas", no permiten un diagnóstico preciso y con frecuencia subdiagnostican la lesión, con el riesgo de un tratamiento inadecuado. Complementariamente, las proyecciones radiológicas dentales (retroalveolares y oclusales) evalúan la región dentoalveolar y la TAC, algunos tipos de fracturas articulares (articulación tèmporomandibular).



- Diagnóstico de emergencias: las fracturas de la cara no son motivo de acciones de urgencia en general, excepto en casos de hemorragia importante (habitualmente del tercio medio de la cara), obstrucción respiratoria (fracturas bilaterales de mandíbula o cuerpos extraños) y en lesiones del globo ocular. Incluso las grandes y complejas heridas de partes blandas faciales pueden ser diferidas en espera de las condiciones óptimas de reparación.
- Diagnóstico de lesiones extrafaciales: en traumatismo faciales graves es frecuente la asociación con lesiones del sistema nervioso central (hemorrágicas, contusionales, fracturas

de cráneo, etc.), de la columna cervical, del tórax (hemoneumotórax), del abdomen (trauma de vísceras) y extremidades. Por esta razón, debe ser activa la búsqueda y descarte de éstas, las que prácticamente siempre tendrán prioridad terapéutica sobre una fractura facial, especialmente si ésta no está complicada con situaciones de emergencia.

En relación al diagnóstico de las heridas penetrantes cervicales, éste debe ser activo. Las heridas de este tipo son de alto riesgo, especialmente aquellas que lesionan vasos de importancia, la vía aéreo-digestiva superior y la pleura.

Se debe estar atento a signos y síntomas como aumento de volumen de rápida instalación y a tensión y dificultad respiratoria, que alertan de lesiones vasculares con hematoma progresivo. Otros signos son enfisema subcutáneo (heridas de la pleura cervical, vía aérea o digestiva), traumatopnea (respiración soplate a través de la herida), disfonía, disfagia, etc.

Las alternativas de diagnóstico por imágenes son principalmente la TAC, la radiología simple y la angiografía. Esta última de importancia central en la evaluación de herida por bala complicadas con hematoma.

Técnicas endoscópicas se deben realizar en pacientes en que se sospecha alguna lesión poco evidente de la faringe, esófago, tráquea o laringe.

Tratamiento:

Tanto en el caso de las *lesiones faciales como cervicales*, el tratamiento puede ordenarse en las siguientes etapas:

a. Medidas en el lugar del accidente: Abarcan desde el traslado, sin acciones médicas necesarias, hasta maniobras de resuscitación. En politraumatismos, los pacientes deben ser sometidos a los principios clásicos de control de la vía aérea, camilla rígida, inmovilización cervical, vías venosas, aseo de las cavidades faciales, especialmente extrayendo cuerpos extraños, y traslados a centros de complejidad mayor.

b. Medidas en la atención de urgencia hospitalaria: Nuevamente dependerán de la gravedad de las lesiones. En pacientes graves, se controlarán las medidas previas, se deberán descartar lesiones alejadas con riesgo vital, tratar aquellas complicaciones faciales más simples o urgentes (sutura de heridas sangrantes, extracción de cuerpos extraños, desinfección) e iniciar el estudio diagnóstico de las lesiones sospechadas.

Las heridas cervicales penetrantes complicadas requieren de hospitalización, diagnóstico urgente y tratamiento habitualmente inmediato.

c. Tratamiento específico: En ambos tipos de trauma (facial y cervical), el tratamiento puede ser médico o quirúrgico. En algunos casos de fracturas faciales sin desplazamiento, sin consecuencia funcional (ocular o masticatoria, por ejemplo), en pacientes de edad avanzada y deteriorados, en pacientes con daño neurológico grave e irreversible, podría no estar indicado el tratamiento quirúrgico.

Así mismo, los pacientes con heridas cervicales penetrantes no complicadas, sólo deben ser observados.

Conceptos generales del **tratamiento quirúrgico de las fracturas faciales:**

El tratamiento quirúrgico de las fracturas faciales pretende los siguientes objetivos: Correcto abordaje por incisiones favorables (palpebrales, coronales, orales vestibulares, preauriculares, etc.) o heridas, reducción de los fragmentos óseos, estabilización en lo posible con osteosíntesis rígidas (placas y tornillos), restablecimiento de las proporciones faciales, adecuadas suturas de piel y mucosas. Todo lo anterior basado en un diagnóstico lesional preciso y correcto.

Las heridas penetrantes del cuello, una vez más basándose en un diagnóstico correcto, requerirán de variadas técnicas quirúrgicas que incluyen: Reparación de vasos venosos y arteriales, sutura de esófago y vía aérea, sutura de nervios, traqueostomía, drenajes pleurales, etc



Cuello

Lesiones vasculares

Las lesiones vasculares significativas varían en su forma de presentación, evolución y evaluación diagnóstica de acuerdo al mecanismo de trauma. Las lesiones vasculares se producen en el 2 al 5% del trauma cerrado. A pesar de su rareza, presentan mayor mortalidad (20 a 30%) y morbilidad (hasta 58% de los pacientes con déficit permanente por isquemia cerebral) que las lesiones vasculares producidas por trauma penetrante. La cinemática del trauma incluye fenómenos de desaceleración, hiper-flexión/extensión y rotación. La lesión ana-tómica

principal es el desprendimiento de la íntima y los vasos más afectados las carótidas y las arterias vertebrales. En las lesiones penetrantes, el tipo de patrón de lesión va a estar en relación con las características cinéticas del agente actuante: las cuales incluyen además del daño directo, lesiones secundarias causadas por estiramiento de la íntima. Ambos tipos de lesión pueden producir disección, formación de pseudoaneurismas, sección o fístulas arteriovenosas. El objeto de la evaluación clínica es detectar paciente que se podrían beneficiar de un procedimiento invasivo, lo cual se establece a partir de una estimación de riesgo en base a signos clínicos llamados signos duros o blandos. En pacientes con criterios de alto riesgo de lesión neurológica por lesión vascular, es prioritario realizar estudios definitivos antes que los signos de déficit neurológico se hagan presente. Los métodos más utilizados son la tomografía computada con angiografía, la angiografía convencional de cuatro vasos y la ecografía dúplex color.

Lesiones de la vía aérea

Desde el punto de vista de la anatomía aplicada al trauma, es conveniente considerar vía aérea a la faringe, laringe y la tráquea cervical. Las lesiones traumáticas de la vía aérea (exceptuando las lesiones iatrogénicas), son de frecuencia baja, aunque es desconocido el porcentaje de víctimas que fallecen en la etapa prehospitalaria, con una mortalidad estimada variable entre el 15 y el 80%; constituyendo menos del 1% de las consultas por trauma.

Esto se debe a la protección que brindan la flexibilidad de los cartílagos, los músculos esternocleidomastoideos, la clavícula, el esternón, y la mandíbula. Pese a esto, considerando que el manejo de la vía aérea es la primera prioridad en el manejo del paciente traumatizado, las lesiones de la vía aérea constituyen un riesgo inmediato para la vida. En este contexto, la clave para el manejo de estos pacientes pasa por el conocimiento de las técnicas avanzadas de acceso a la vía aérea, lo cual constituye un verdadero reto para los operadores más experimentados. Debido a las estructuras de fijación anatómicas, la localización más frecuente de lesión en trauma cerrado involucra el cartílago cricoides o la membrana cricotiroidea, siendo menor la frecuencia de lesiones del cartílago tiroides. La separación laringotraqueal se asocia en general a la lesión del cartílago cricoides debido a la relativa debilidad de la membrana cricotraqueal. El diagnóstico de las lesiones de la vía aérea, se basa en la presentación clínica y el uso racional de los métodos complementarios, pero puede presentar desafíos particulares. Es necesario un alto índice de sospecha basado en la cinemática del trauma. A esto se le suma la magnitud de la energía necesaria para lesionar la vía aérea: por lo que este tipo de trauma

suele estar asociado con otras lesiones, especialmente trauma encefalocraneano, espinal, facial, neumotórax y lesión vascular. Los signos y síntomas pueden ser clasificados en criterios mayores o duros y menores o blandos. Los criterios mayores son el enfisema subcutáneo, el estridor laríngeo, la disnea, la hemoptisis y la imposibilidad de tolerar la posición supina o con la extensión del cuello (sospecha de separación cricotraqueal). La presentación clínica de estos pacientes está relacionada con el mecanismo y la localización de la lesión. En trauma cerrado, el signo más común es el enfisema subcutáneo, seguidos de sangrado oral y ronquera. En trauma penetrante las formas más comunes de presentación son el sangrado externo, la pérdida de aire por la herida y el enfisema subcutáneo.

La prioridad son el manejo de la vía aérea, la ventilación y la circulación con control de la columna cervical por medio de la evaluación primaria, reanimación y anexos de la evaluación primaria. El manejo de la vía aérea representa la primera prioridad, presentando desafíos particulares en los pacientes con trauma de cuello. Los mecanismos de afectación de la vía aérea, más allá de los generales del trauma, incluyen las lesiones laringotraqueales por trauma abierto o cerrado y las lesiones vasculares con hematoma sofocante. El diagnóstico y manejo de la vía aérea puede ser complejo debido a las variaciones de la anatomía y a la asociación con trauma encefalocraneano, cervical, facial y torácico.

Lesiones esofágicas

Las lesiones esofágicas son de muy baja frecuencia, lo que dificulta la conducción de estudios con adecuado número de pacientes para determinar su manejo óptimo. Se presentan con una frecuencia menor al 5% de los traumas de cuello, siendo más frecuente en los casos de traumatismos penetrantes, correspondiendo al trauma cerrado menos del 5% de las lesiones de este órgano. A pesar de esto, se asocia a alta mortalidad (20 a 40%), debido a las complicaciones del diagnóstico tardío, como son la mediastinitis, absceso y hematoma retro-faríngeo, empiema y sepsis. En traumatismos cerrados, el mecanismo de producción de trauma es el aumento rápido de la presión intraesofágica producido por la compresión entre los cuerpos vertebrales y el cartílago cricoides. La causa más común de trauma penetrante son las heridas por arma de fuego. La mayoría de las lesiones esofágicas están asociadas a lesiones laringotraqueales o espinales. El diagnóstico de las lesiones del esófago reviste características particulares: debido a su baja frecuencia y a la complejidad de las lesiones asociadas por la magnitud cinética requerida para lesionar este órgano, es la lesión más comúnmente inadvertida. El retraso diagnóstico mayor de 12 horas, se asocia a mayor estadía en unidades de cuidados intensivos

y mayor índice de complicaciones, el retraso mayor a 48 horas se asocia con un importante aumento de la mortalidad. Las manifestaciones clínicas pueden no estar presentes al inicio, por lo que la presunción diagnóstica debe basarse en un alto índice de sospecha relacionado con el mecanismo del trauma. La tríada de Mackler (vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo), está presente en menos del 25% de los casos: son comunes la odinofagia (70 a 90% de los casos), la hemorragia orofaríngea, el débito hemático en la sonda nasogástrica u orogástrica y el enfisema subcutáneo y la salida de aire por la herida. Se debe prestar atención a la presencia de dolor, vómitos o disnea con la deglución. Una vez establecida la presunción diagnóstica, teniendo en cuenta las graves consecuencias potenciales de no reconocer una lesión esofágica, deben optimizarse los métodos complementarios para su documentación. A pesar de la utilidad limitada como único método en el diagnóstico específico, la radiografía simple cervical de perfil y la radiografía de frente de tórax puede orientar la posibilidad de lesiones del tracto aerodigestivo por la presencia de enfisema subcutáneo, aumento del espacio retrotraqueal o neumomediastino, siendo adecuadas como método inicial. El arsenal de estudios incluye el tránsito esofágico con contraste, la tomografía computarizada y la esofagoscopia.

Técnicas

Es importante tener en cuenta que las maniobras de exposición y manejo de las lesiones específicas, requieren entrenamiento en cirugía de cabeza y cuello, cirugía torácica y cirugía vascular. Los accesos más utilizados son la toracotomía anterior y la esternotomía mediana, se han descrito también accesos transclaviculares y extensión de abordajes convencionales (abordaje a lo Suiffet o abordajes tipo puerta trampa), los cuales deben ser realizados por cirujanos entrenados en este tipo de accesos. Respecto a las lesiones vasculares específicas, la primera prioridad es el control de la hemorragia por medio del clampeo proximal y distal a la lesión, dependiendo el manejo definitivo de la experiencia, la disponibilidad de medios, las características de la lesión y el estado del paciente. Las lesiones de la arteria subclavia, así como las de la carótida primitiva, deben ser tratadas en forma primaria con las técnicas habituales de reconstrucción vascular, lo que incluye sutura primaria, anastomosis termino-terminal, reconstrucción con injerto protésico (PTFE) o vena autóloga. En situaciones de control de daño, o en heridas complejas, la arteria subclavia puede ligarse distal al nacimiento de la arteria vertebral con poca morbilidad siendo también factible la utilización del shunt como maniobra de temporización.

Las lesiones de la vena subclavia deben repararse en forma primaria de ser posible, pero su ligadura puede efectuarse en forma segura con poca morbilidad. De igual manera, las lesiones de la vena yugular (la lesión vascular más frecuente), es posible de reparación en forma primaria, pero su ligadura es la opción adecuada en situaciones de control de daño. El acceso quirúrgico de la zona II requiere menor complejidad técnica que las zonas I y III. El tipo de incisión dependerá del tipo de lesión y las preferencias del operador. El abordaje sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo es la incisión más utilizada en trauma de cuello (Figura 3-10), que puede ser ampliada al lado contralateral en caso de heridas transfixiantes, o extenderse hasta la apófisis mastoides o en dirección caudal con esternotomía mediana. Las maniobras básicas de exposición son el abordaje de la vaina carotidea, el acceso a la tráquea y la exposición esofágica. La exposición de la arteria carótida debe comenzar proximal al área de lesión sospechada para controlar el flujo, retrayendo lateralmente el músculo esternocleidomastoideo.

El control distal requiere la identificación y el control vascular de la bifurcación carotidea, luego de la bifurcación, la arteria carótida interna discurre posterolateralmente a la externa. La disección debe ser cuidadosa y efectuada cerca de la arteria para evitar la lesión de las ramas del glosofaríngeo y el vago. Para acceder al esófago cervical, es necesario retraer la vaina carotidea de manera lateral. Las lesiones esofágicas pueden ser difíciles de identificar, por lo que puede ser útil la instilación de aire o azul de metileno por una sonda colocada en el esófago cervical. Es importante durante la eventual disección del surco traqueoesofágico, evitar la lesión del nervio laríngeo recurrente. El abordaje de la tráquea se realiza a través de la apertura de la línea media con la separación de los músculos infrahioideos. En caso de ser necesario, el istmo tiroideo puede ser retraído para exponer la cara anterior de la tráquea, es importante realizar la disección proximal y distal a la lesión estrictamente necesaria para la exposición, a fin de no comprometer la vasculatura.

Las lesiones vasculares pueden ser arteriales o venosas, al ser lesiones con potencial amenaza para la vida en forma rápida, el control vascular debe ser la primera prioridad, como maniobra inicial, la simple compresión digital puede ser útil para conseguir hemostasia en forma temporal. Las lesiones arteriales más importantes son las que involucran a la carótida primitiva y sus ramas. El primer objetivo es el control proximal y distal a la lesión por medio de la exclusión vascular por clampeo. El tratamiento ideal es la reparación primaria por medio de anastomosis, sutura primaria, o reconstrucción con parche, prótesis o vena autóloga. En los casos en que la reparación primaria no sea posible, la arteria carótida externa puede ser ligada sin mayores

consecuencias. En el caso de la carótida interna o primitiva, puede utilizarse el shunt como recurso de control de daños. Las lesiones venosas, sobre todo las de la yugular interna, deben repararse en forma primaria siempre que sea posible, pero pueden ser ligadas con poca morbilidad. Las lesiones de la vía aérea, pueden clasificarse en lesiones laríngeas y traqueales, con diferencias en su complejidad y manejo.

El manejo quirúrgico de las lesiones laríngeas, generalmente demanda habilidades adquiridas en cirugía de cabeza y cuello u otorrinolaringología, por lo que en el contexto de la cirugía de trauma la prioridad es el manejo de la vía aérea como fue explicado anteriormente, las lesiones simples pueden repararse con sutura mucosa reabsorbible. Las lesiones traqueales, pueden ser reparadas en forma primaria con material irreabsorbible. Si se requiere una traqueostomía, debe realizarse por lo menos un anillo traqueal distal a la lesión. En este tipo de reparaciones, de existir lesiones asociadas vascular o esofágica, es conveniente proteger la sutura mediante un colgajo de esternocleidomastoideo. Respecto al tratamiento de las lesiones esofágicas, es aconsejable la resolución quirúrgica. Las opciones quirúrgicas dependen del tipo de lesión e incluyen la reparación primaria y la esofagostomía cervical con cierre distal, asociada a gastrostomía descompresiva y yeyunostomía de alimentación. Es aconsejable el drenaje del lecho quirúrgico. El uso de colgajos en lesiones complejas que afectan la tráquea y el esófago, es útil para la prevención de fístulas traqueoesofágicas.



Fig. 3-11. Exposición del paquete vascular



Fig. 3-12. Hemostasia digital