

Clínica Quirúrgica Prof. Larghero. — Hospital Pasteur

HERIDA DE ARMA BLANCA TRIANGULO DE SCARPA. SECCION COMPLETA PAQUETE FEMORAL (*)

Dr. R. Rubio y Pte. Martino

L. O., 26 años.

Ingresa al Hospital Pasteur el día 24 de junio del cte. año a las 5 de la mañana. Encontrándose 2 horas antes en Atlántida, de donde es oriundo y en estado de ebriedad, recibe profunda puñalada en raíz del miembro inferior izq. Sangra profusamente y pierde la conciencia. Es llevado urgentemente al Hospital de Pando y de allí luego de curarlo, trasladado en ambulancia a la capital.

Examen. — Paciente con excitación psíquica marcada, el grave estado que presenta, junto con el estado de ebriedad, impiden una anamnesis satisfactoria. Gran palidez de piel y mucosa. Sudoroso. Extremidades frías, pulso apenas perceptible en ambas radiales, de 130. Presión arterial máxima 5 cc. no es posible determinar la presión diastólica. Polipnea. En cara anterior de muslo izq. a unos 6 cms. por debajo de la arcada presenta herida cortante de unos 3 ½ cms. de longitud, al retirar la curación sangra en regular cantidad. La parte alta del muslo izq. se presenta tumefacta en forma difusa con los caracteres de un hematoma subaponeurótico. No se palpa pulso en poplítea y arterias pedias y tibial posterior izquierda.

El paciente es llevado directamente a Sala de Operaciones. Trendelenburg, oxígeno a permanencia por catéter nasal, transfusión.

Con diagnóstico de herida del paquete femoral es operado de inmediato.

Cirujano: Dr. Rubio, Pte. Martino. Anestesia general, Pte. Ruiz, Evipan Eter, Oxígeno.

Al explorar digitalmente el trayecto seguido por el arma observamos que se dirige hacia adentro y ligeramente arriba en dirección del paquete vascular, femoral, sangrando profusamente al efectuar esta maniobra. Le indicamos al primer asistente que introduzca su dedo índice a través del trayecto de la herida y efectúe compresión del paquete vascular. Se obtiene así hemostasis temporaria que resulta satisfactoria durante toda la operación.

Incisión amplia que sigue la dirección de los vasos femorales, arriba

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 14 de noviembre de 1956.

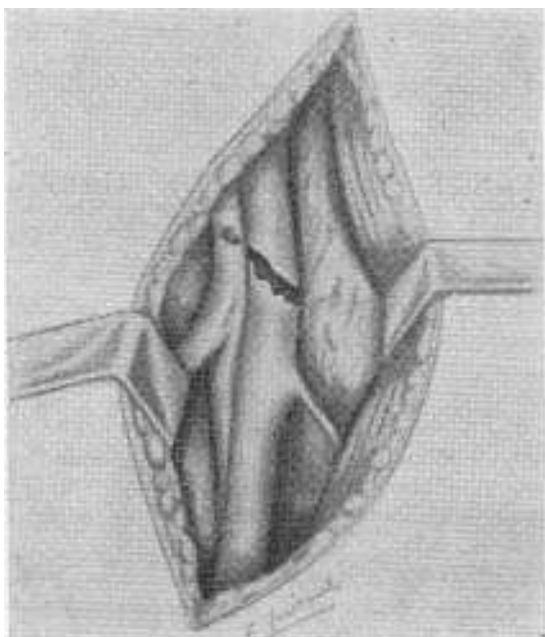


FIG. 1



FIG. 2

llega hasta la arcada crural y abajo hasta tercio medio de muslo. Se reclina Sartorio hacia afuera. La arteria femoral superficial, inmediatamente por debajo del nacimiento de la femoral profunda, se encuentra seccionada en forma total, reducida en su luz por un intenso espasmo. Liberación por encima y por debajo de la sección, se colocan clamps de Crafoord en ambos extremos (fig. 2). La vena femoral presenta dos perfora-

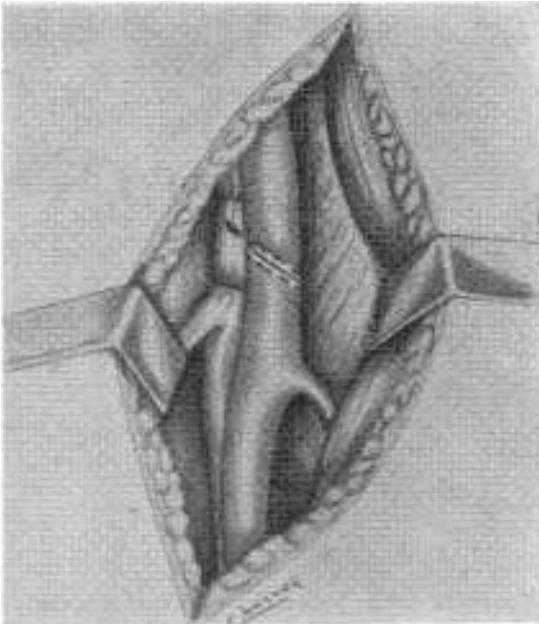


FIG. 3

ciones, una en su pared anterior y otra en la posterior. Orificios de un centímetro y medio de longitud cada uno aproximadamente. Al aflojar la presión digital sangra profundamente la vena. Disección de la vena femoral y ligadura con seda de ésta por encima y debajo de las perforaciones. Ligadura de la vena femoral profunda al ras de la vena femoral común, con lo que se consigue una hemostasis total.

En este momento el paciente no presenta pulso periférico, ni es posible registrar presión arterial. Los latidos cardíacos son muy apagados, taquicardia. Se suspende momentáneamente la intervención, se apura la transfusión y se pasa Levofed intravenoso (4 mg. en un litro de suero glueo - fisiológico). Media hora después la presión arterial es de 12 de Mx. y es posible continuar la operación. Resección de los bordes de la arteria femoral. Anastomosis término-terminal con Degknetel (fig. 3). Al retirar los clamps se registra un buen rellanamiento de la arteria y un excelente pulso. Puntos separados de catgut en la aponeurosis. Algodón en piel. Drenaje de goma en trayecto de herida. Recibió en totalidad un litro

200 cc. de sangre. Al terminar la operación el estado del enfermo es bueno.

Post operatorio. — Inmediato: miembro caliente con buen pulso pedio y tibial posterior. Edema de todo el miembro por estasis venosa, que

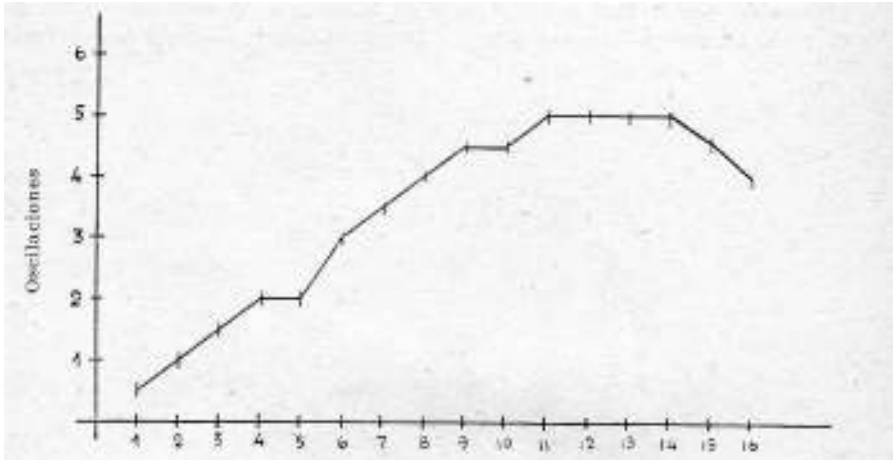


FIG. 4. — Pantorrilla izquierda, Leo O., Sala 11, Cama 1, Julio 2 de 1956
Presión en cm. de Hg.

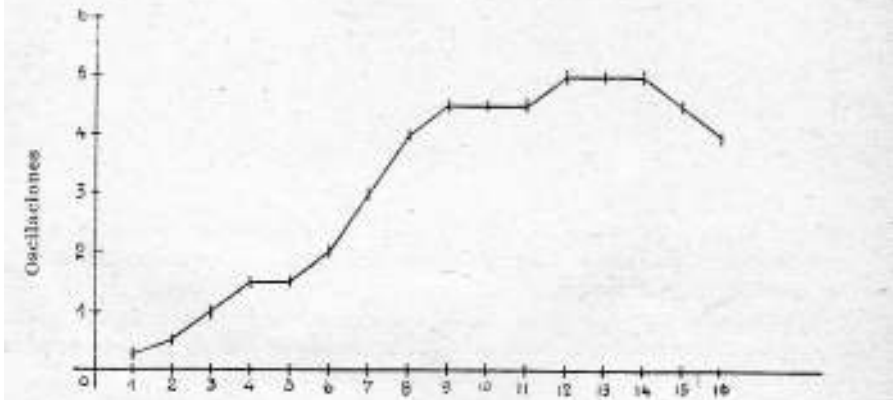


FIG. 5. — Pantorrilla derecha, Leo O., Sala 11, Cama 1, Julio 2 de 1956
Presión en cm. de Hg.

desaparece a las 24 horas, al elevar moderadamente el miembro. A las 48 horas se comienza con movilización pasiva y días después activa del miembro izquierdo. Se levanta y camina a los 8 días de la operación. Recibió suero y vacuna antitetánica, penicilina, estreptomycinina y terramicina.

El estudio oscilométrico: mostró una curva normal a izquierda, con

un índice oscilométrico de 5. Fue dado de alta en buenas condiciones a los 20 días del ingreso. A los dos meses se le efectuó una arteriografía de control: Dres. Gorlero, Polero y Dubra.

Técnica. — Catéter que penetra por femoral derecha y es llevado

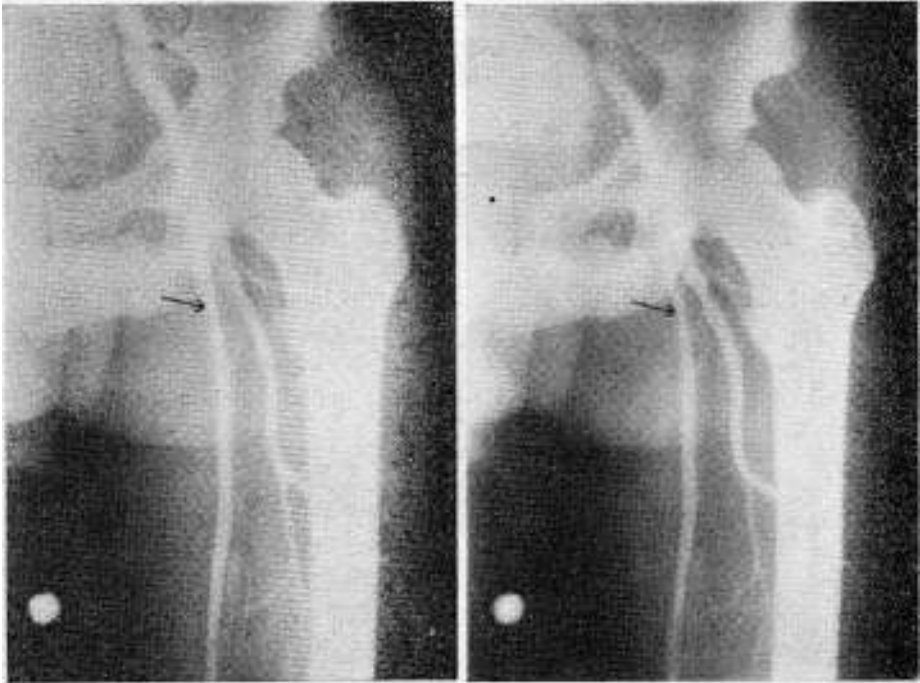


FIG. 6

FIG. 7

inmediatamente por encima de la bifurcación aórtica. Inyección de 35 cms. de Nosylan al 70 %, compresión del lado derecho en el momento de la inyección. Arteriograma: normal. La flecha indica el lugar probable en que se efectuó la anastomosis.

Consideraciones. — En este enfermo se procedió como medida de extrema urgencia al control operatorio de la hemorragia; seguido de medidas de orden general tendientes a tratar el grave estado de anemia aguda y choc que presentaba. Una vez cumplida esta indicación fundamental, se efectuó el procedimiento operatorio de elección, con miras de conservar la viabilidad del miembro afectado, o sea la anastomosis término - terminal de la arteria femoral.

Por ser un hombre joven, con sistema vascular normal, y teniendo una sección total de la arteria femoral, la hemorragia por ésta era menos importante, en el momento que lo operamos, que la hemorragia producida por la vena. Existía un intenso arterioespasmo que lo explicaba.

Teniendo en cuenta el grave estado que presentaba el paciente, no creímos oportuno intentar la sutura de las perfora-



FIG. 8

ciones de la vena femoral, lo que hubiera demorado la operacion. Nos tememos que de haberlo intentado hubiéramos quizás perdido al enfermo. La ligadura de la vena femoral común y también de la profunda, como nos vimos obligados a efectuar ha sido muy bien tolerada. En el post operatorio sólo en las primeras 24 horas presentó edema, que desapareció cuando nos atrevimos a elevar moderadamente el miembro. Actualmente desarrolla su actividad habitual, de obrero de la construcción, sin presentar ningún trastorno que se pueda relacionar a su sistema venoso.

No usamos por creer innecesario en este caso, terapéutica

anticoagulante, ni local en el acto operatorio, ni parenteral en el post operatorio. Tampoco empleamos por las mismas razones, tratamiento espasmolítico.

Diversas estadísticas dan cifras diferentes en cuanto a la frecuencia de gangrena del miembro en heridas de la arteria femoral tratadas por ligadura. Esta incidencia es más elevada cuando la herida es por encima que por debajo del nacimiento de la femoral profunda. Así por ejemplo para Pratts es de un 32 %; para De Bakey es de un 56 %. Ambas estadísticas referidas a heridos de la segunda guerra.

Existieron algunos hechos que favorecieron en forma evidente la buena evolución que tuvo este enfermo. De entre ellos debemos mencionar: a) el poco tiempo transcurrido desde el accidente y la operación; "time-lag" de los anglo sajones, pues, cuando el tiempo transcurrido es de varias horas, por lo general la arteria en su segmento distal está trombosada y las lesiones de isquemia del miembro ya son irreversibles; b) el tipo de herida, ya que a diferencia de las frecuentes en la guerra moderna, no existía por ser de arma blanca, pérdida de sustancia; c) por último, el estar provistos de los instrumentos imprescindibles para el correcto tratamiento en la actualidad, de una herida vascular, como ser clamps y material de sutura adecuados.

Dr. Prat. — Sr. Presidente. En la sesión anterior de esta Sociedad, el Dr. Rubio presentó una comunicación sobre herida de arma blanca de la arteria femoral, tratada por sutura y con curación integral. Manifesté entonces, que había tratado un caso por herida de la femoral producida con el arpín o espolón de un chucho, que fue tratado por ligadura de la femoral con curación del paciente. Hoy puedo completar los datos de acuerdo con lo prometido.

Esta observación está contenida en un trabajo de "Cirugía vascular" de la Clínica del Prof. A. Lamas, presentado a la Sociedad de Cirugía el 18 de agosto de 1923 y publicado en los "Anales de la Facultad de Medicina" de febrero de 1924. T. IX. Nº 2, pág. 85, que reúne 26 casos de cirugía vascular, entre heridas y aneurismas vasculares.

Además de la herida femoral por espina de chucho, presenté en esta publicación, dos casos más de herida femoral, uno de la arteria con herida en colgajo, que fue tratado por ligadura y que hizo gangrena del pie y la pierna y tuvo que ser amputado; el otro, se trataba de una herida de la vena femoral por tiro de escopeta, en el Triángulo de Scarpa y que traté por sutura de los orificios de la vena, producidos por los chumbos y que curó perfectamente.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

A los que interese este trabajo, lo pueden consultar como dije en el tomo de los Anales de la Facultad de Medicina, febrero de 1924. T. IX. Nº 2 pág. 85.

Dr. Etchegorry. Felicito al Dr. Rubio por el caso que nos ha presentado. De acuerdo a mis informes ésta es la primera vez que en nuestro país, frente a una sección completa de arteria importante, se efectúa reparación de ésta, conservando así la vía arterial permeable obteniendo éxito. Hace poco tiempo se discutió en esta Sociedad sobre las ventajas e inconvenientes del uso de anticoagulantes del tipo de Heparina en cirugía vascular periférica. Me alegro que el comunicante no haya usado anticoagulantes y pienso que el excelente resultado obtenido, en parte sea por este motivo. Hago mías las palabras vertidas por el Dr. García Capurro a propósito de la arteriografía efectuada.

Dr. Rubio. — Deseo agradecer a todos los que han tenido la amabilidad de escucharme y en especial a los Drs. García Capurro, Etchegorry, Prof. Larghero, que comentaron esta comunicación.

La dirección tangencial u oblicua seguida por el arma, pasando por debajo del Sartorio, para llegar a los vasos y el hematoma sub-aponeurótico subsiguiente que, actuando por compresión desempeñó un importante rol hemostático, explican que el herido llegara con vida al hospital.

A medida que mejoren las condiciones de trabajo en nuestros Hospitales de Urgencia, estaremos en condiciones de efectuar en todos los casos de heridas vasculares de importancia, el tratamiento de elección o sea cohibir la hemorragia y preservar la continuidad arterial mediante sutura directa o injerto, ya sea del tipo del homoinjerto o usando derivados plásticos. La próxima etapa será, pues, crear en nuestro medio el Banco de Vasos.

Con respecto a la indicación de la arteriografía. De mis maestros aprendí a considerar en primer término y antes que nada la integridad del enfermo.

La arteriografía constituye el único medio de demostrar en forma incontrovertible que la anastomosis es funcionante. En un hombre de 25 años de edad, con arterias normales, dos meses después de la operación y con la técnica empleada, se puede asegurar la inocuidad del procedimiento arteriográfico, y no existe ninguna causa que contraindique el uso de ésta.