

Herida de los vasos femorales superficiales

Dr. TOMAS CHIARA

CONSIDERACIONES GENERALES

Las heridas de los vasos femorales superficiales no son frecuentes en la práctica civil, pero son las más frecuentes de las heridas vasculares de los miembros en nuestro medio. Rubio (5, 6), en 10 heridas de troncos arteriales encuentra 5 de femorales superficiales. Ormaechea y Praderi (2), en 17 casos de heridas vasculares, presentan 9 de miembros inferiores y 5 corresponden a vasos femorales superficiales; 3 de estos casos están incluidos en la estadística de Rubio. Otero (3) relata caso de herida de arteria iliaca. Domingo Prat (5) relata 2 casos de heridas de arterias femorales. Recientemente R. Bradham y otros (1), en 12 casos de heridas de miembro inferior, presentan 5 de femorales superficiales y 3 de femorales comunes. Don R. Patman y otros (4), entre 221 heridas de la práctica civil hallan 78 que corresponden a miembros inferiores y 41 a vasos femorales superficiales.

FRECUENCIA

Con nuestro caso, en que estaban lesionadas la arteria y vena femorales superficiales, suman 11 casos publicados en nuestro medio.

HISTORIA CLÍNICA.— M. G. 19 años. Sexo masculino. Ingresó a Sanatorio del CASMU el 24-6-64 por herida de cuchillo de raíz de muslo derecho. La herida fue producida por una cuchilla de cocina y su dirección de arriba abajo y de afuera adentro, sin orificio de salida.

Examen.— Intenso cuadro de anemia aguda y colapso cardiovascular. Herida cutánea en parte superior y externa de muslo. Tumefacción de raíz de muslo correspondiente a un gran hematoma. No hay pulsos poplíteos ni tibiales posteriores ni anteriores.

Tratamiento.— Vendaje comprensivo. Transfusión rápida de sangre y se lleva a Sala de Operaciones.

Intervención: 24-6-64; hora 21.— (Dres. Chiara, Terra, Grezzi, Pte. Artigas. Anest. Gral. Dr. Lucas). Incisión descubriendo el paquete vascular en el triángulo de Scarpa, prolongada sobre el borde interno del sartorio. Gran hematoma ocupando la logia vascular e infiltrando los aductores.

Descubierta de la arteria femoral común, femoral profunda y femoral superficial, se colocan tubos de goma deteniendo la circulación. Exploración de la vena femoral superficial que presenta gran herida de su cara anterior. Sutura de la vena femoral con seda 5-0 con surget de ida y vuelta. Se descubre una herida de cara posterior de arteria femoral que toma la mitad de su circunferencia de forma de media luna. Lavado de los cabos con suero heparinado y dilatación del cabo inferior con la punta de la jeringa. Sutura transversal a puntos separados.

Se inyectan 10.000 U. de heparina en el extremo distal de la arteria. Hematoma de la logia de los aductores que se respeta. Se repara el trayecto seguido por el cuchillo y se coloca en el mismo una mecha de gasa. No sangra la sutura arterial ni la venosa. Tres puntos de catgut en la aponeurosis y el celular subcutáneo. Drenaje de goma. Lino en piel.

Sale de la mesa con gran relleno venoso, pié y pierna caliente, pero no se palpan pulsos tibiales ni pedios.

Transfusión 4.500 c.c. desde su ingreso al fin de la operación, hora 23.

A la hora 0.40 del 25 de junio.— Hematocrito 45%. Actividad de protrombina, 25%. No hay pulsos. Se continúa con anticoagulantes y antiespasmódicos.

Día 25. Hora 7.— Desaparición de la ingurgitación venosa y aparición de los pulsos.

Julio 1º.— Glóbulos rojos, 2.800.000. Tiempo de protrombina, 30%. Se evacúa hematoma de la región inguino crural.

17-VII-64. **Arteriografía y flebografía.**— Buen relleno arterial. Inmediatamente por debajo del origen de la femoral superficial existe una zona estrechada formándose un pequeño saquito sobre su borde externo. No hay obstáculo a la circulación. **Flebografía:** Inyección en vena safena interna en su origen con ligadura por encima. Buen relleno venoso. Parecería existir obstáculo en la parte alta de la femoral superficial, pues persiste el contraste por debajo y hay mal relleno en la parte alta.

CONSIDERACIONES

a) *Tipo de herida arterial.*— El tipo de herida que presentaba nuestro enfermo, cortante y parcial es de las más simples porque hay poco sector perilesional contrario son las ocurridas por armas de fuego o por fracturas donde hay desgarros, cámara de atrición y tercer sector.

b) *Herida de vena asociada.*— Determina frecuentemente el porvenir anatómico o funcional del miembro. Es muy frecuente su herida y casi siempre eludido su tratamiento reparador, por razones de tiempo o vida y por concederle importancia primordial al tratamiento arterial. Su reparación es fundamental para el restablecimiento hemodinámico del miembro; 1º) cuando se usa la safena interna para injerto libre, 2º) cuando hay lesiones de partes blandas importantes. En ninguno de los casos nacionales publicados se suturó la vena, al parecer esto no trajo trastornos funcionales importantes. Nosotros procedimos a la sutura de la vena después de tener dominados los cabos arteriales. Patman enfatiza que en las extremidades, las venas deben ser reparadas y encuentra 47% de lesiones venosas asociadas (4). De los 12 casos de Bradham (1), en 5 había lesión de la vena femoral, en 4 fue suturada. Cuanto más distal es la lesión y si hay lesiones importantes de partes blandas más importante es el tratamiento correcto de la vena pues el edema de la extremidad es un inconveniente para la buena circulación y reparación arterial. A veces es necesario asociar fasciotomías para disminuir la tensión provocados por la tumefacción y edema del miembro (1).

c) *Tratamiento efectuado.*— Este incide en el pronóstico funcional y vital, en cuanto a precocidad a instaurarse y a tipo de reparación. En 11 casos de herida de los femorales superficiales hay 3 muertes y 6 resultados anatómicos y funcionales buenos, 2 amputaciones.

d) *Causas de muerte.*— Las más frecuentes en nuestro país son:

1º) Retardo del tratamiento del shock hemorrágico o mal tratamiento por falta de reposición de la volemia con sangre o

sustitutos. Bradham halla que la sangre total citratada en transfusión masiva tiene sus inconvenientes al provocar alteraciones y provocar más pérdida de sangre. En nuestro caso el tiempo de protrombina osciló alrededor del 23 hasta el tercer día, con tiempo de coagulación de 7 m. y 3m.30 de sangría. Ascendió después al 42% espontáneamente, se produjo un gran hematoma y los glóbulos rojos descendieron a 2.280.000. Había recibido 4.500 c.c. de sangre pre y peroperatoria.

2º) La pérdida del miembro se debe a un retardo en la instauración de un tratamiento adecuado o a un tratamiento precipitado o erróneo. Hubieron dos amputados, uno al cual se le practicó ligadura y otro que fue operado a las 60 horas de su herida.

La recuperación anatómica y funcional se obtiene cuando se opera dentro de los plazos útiles y se repara la continuidad de la arteria y si es posible de la vena. Excepcionalmente la ligadura puede evitar la amputación. Los procedimientos operatorios que se realizaron en los 6 casos con recuperación fueron: *suturas laterales, 3; suturas terminotermiales, 2; injerto, libre de vena, 1.*

RESUMEN

Se presenta un caso de herida cortante de vasos femorales superficiales, en el que se procedió a la sutura de la arteria y vena, con buen resultado anatómico y funcional.

Se revisa la literatura nacional a propósito de esta lesión.

RÉSUMÉ

On présente un cas de blessure coupante de vaisseaux fémoraux superficiels, et l'on a fait la suture de l'artère et veine avec réussite anatomique et fonctionnelle.

On examine la littérature nationale à propos de cette lésion.

SUMMARY

A case of a clean-cut wound in the superficial vessels of the femur is present-

ted, in which suture of the artery to the veins was performed with good anatomical and functional results.

The national literature on this type of lesion is reviewed.

BIBLIOGRAFIA

1. BRADHAM, R. R., BUXTON, J. T. y STALLWORTH, J. M. Arterial injury of the lower extremity. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 118: 995-1000, 1964.
2. ORMAECHEA, C. y PRADERI, R. Tratamiento de los traumatismos de los grandes troncos arteriales y venosos. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 33: 303-11, 1962.
3. OTERO, J. P. Herida de la arteria ilíaca primitiva izquierda. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 34: 174-76, 1963.
4. PATMAN, R. D., POULOS, E. y SHIRES, G. T. The management of civilian arterial injuries. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 118: 725-38, 1964.
5. RUBIO, R. Tratamiento de las heridas de los troncos arteriales. Congreso uruguayo de cirugía, 8º, Montevideo, 1957, 1: 380-93.
6. ----- y Pte. MARTINO. Herida de arma blanca triángulo de Scarpa. Sección completa paquete femoral. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 27: 585-91, 1956. (Incluye discusión de Prat, D.)
7. -----, OTERO, J. P. y CASTIGLIONI, D. Herida de bala cervico torácica. Autoinjerto de vena en arteria subclavia izq. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 33: 90-8, 1962.