

ANGIOLOGIA

23º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

Accidentes arteriales agudos de los miembros

COORDINADOR:

Dr. RAUL UGARTE ARTOLA

Introducción.

Dr. Raúl Ugarte Artola.

Posición del cirujano general.

Dr. Oscar Bermúdez.

Diagnóstico de los síndromes isquémicos agudos espontáneos.

Dr. Milton E. Mazza.

Accidentes de origen traumático.

Dres. Rómulo Danza y José Arias.

Heridas producidas por proyectiles de armas de fuego.

*Dres. Wolfgang Goller, Juan C. Castiglioni,
Luis A. Bergalli y Rodolfo Saccone.*

Complicaciones agudas de los aneurismas arteriales periféricos.

Dr. Roberto Rubio.

Tratamiento de las oclusiones no traumáticas.

Dr. Eduardo Palma.

Conclusiones.

Dr. Raúl Ugarte Artola.

* Organizada por la Sociedad de Angiología del Uruguay.

Introducción

Dr. RAUL UGARTE ARTOLA

Señores Congresales:

Es para mí alta distinción y gran compromiso coordinar una Mesa Redonda en este XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía.

En nombre de la Sociedad de Angiología y en el mío hago llegar a los integrantes del Comité Ejecutivo, nuestro agradecimiento por su invitación para participar en este Congreso.

La Sociedad de Angiología, se hace presente por primera vez y espera contribuir eficazmente al intercambio de conocimientos, que con fines de mutuo enriquecimiento científico, realizan anualmente los cirujanos uruguayos.

Hemos elegido como tema, "Accidentes arteriales agudos de los miembros", focalizado en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico, por tratarse de una reunión de cirujanos y porque la brevedad del tiempo de que disponemos, no nos permite un estudio integral del problema.

A pesar de que en 1906, Goyanes publicó el primer caso de tratamiento de una herida de la arteria poplítea con interposición de un segmento de vena, es recién en la última década,

que se ha producido un avance efectivo en el tratamiento quirúrgico de los accidentes arteriales agudos, con beneficios positivos: salvar la vida y conservar el miembro y su función.

En la práctica civil, la cirugía arterial directa, restaurando el flujo sanguíneo en las injurias arteriales traumáticas, alcanza en la estadística de Drapanas más de 80 % de éxitos.

Hace pocos días, escuchábamos al Dr. Norman Rich, referir su experiencia en la guerra de Vietnam, sobre más de 750 pacientes, 13 % de amputaciones y 1,2 % de mortalidad; recordemos que el promedio de amputaciones en la segunda guerra mundial era del 50 %.

En las obliteraciones arteriales la utilización de la sonda de Fogarty a partir de 1964 eleva a más de 70 % el porcentaje de buenos resultados.

Emergiendo de la cirugía general, la cirugía angiológica, podría suscitar ciertas controversias y por eso le hemos pedido, a nuestro querido maestro, el Dr. Bermúdez, que nos diga, cuál es en su opinión la realidad de la cirugía vascular periférica como una especialidad y cuál es la posición del cirujano general frente a los accidentes arteriales agudos.

Posición del Cirujano General

Dr. OSCAR BERMUDEZ *

La posición del cirujano general frente a los temas que serán expuestos y discutidos en esta Mesa Redonda, se vincula estrechamente al concepto de especialidad quirúrgica y en este terreno creemos necesario considerar dos aspectos:

I) Ubicación de la cirugía vascular periférica (C.V.P.) en el marco de las especialidades quirúrgicas. Nos referiremos exclusivamente a la C.V.P. La cirugía cardiovascular (corazón y grandes vasos), es del dominio del cirujano del tórax.

II) El cirujano general frente a los accidentes arteriales agudos de los miembros.

I) En lo que respecta al primer punto corresponde recordar, que las especialidades quirúrgicas clásicas, denominadas "mayores", "definidas" o "curriculares", si bien requieren preparación básica en cirugía general, circunscriben su acción a un grupo de afecciones sectoriales; gozan de cierta autonomía en aspectos anatomoclínicos y técnicos; disponen de cáte-

dras independientes para su enseñanza y no requieren en su ejercicio una convivencia estrecha con la cirugía general. La C.V.P. no está entre ellas.

En los últimos años, la avalancha de conquistas científicas en ciertas disciplinas quirúrgicas —otras que las consideradas clásicamente como especialidades—, ha impuesto al cirujano general, la necesidad de realizar estudios especializados con la finalidad de focalizar y profundizar el conocimiento en determinado campo de la patología, en la práctica de técnicas particularmente adecuadas para ofrecer mejor solución terapéutica a sus problemas y a encauzar la investigación en tal sentido. En este grupo se encuentra actualmente la C.V.P. Las ciencias físicas y biológicas le han comunicado un fecundo impulso poniendo en manos de sus cultores, cada vez más medios para balancear correctamente la patología vascular en lo funcional y en lo orgánico y lo han capacitado técnicamente para enfrentar actos quirúrgicos cada vez más avanzados en base al perfeccionamiento del diagnóstico, al manejo de aparatos, instrumental y materiales especiales.

* Profesor Emérito. Fac. Med. Montevideo.

Es indudable, que la C.V.P. tiene un campo de acción más amplio que aquel de las especialidades clásicamente "definidas". No limita su acción a un grupo de afecciones sectoriales. Se extiende a múltiples órganos y sistemas. Los miembros le proveen el mayor volumen de material clínico; pero la cirugía de los vasos del cuello, aorta abdominal, vena cava, vasos mesentéricos, de la hipertensión portal y renovascular, de los vasos pelvianos, exige el manejo quirúrgico del cuello, abdomen y pelvis en todos sus sectores y de los miembros en todos sus segmentos.

Basta esta simple enumeración patológica y territorial, para comprender que, *sólo el cirujano general especialmente preparado* está en condiciones de manejar con solvencia esta extensa gama lesional, vinculada patológica y topográficamente a todos los sectores del organismo. Por ello, la cirugía vascular periférica, que ha adquirido personalidad jerárquica en directivas de conducta y en la aplicación de técnicas especiales, *sigue incorporada a la cirugía general y convive con ella*; pero esto no invalida el carácter de cirugía especializada que hay que conferirle. Se argumenta que, "la cirugía vascular periférica propiamente dicha no justifica una especialidad, porque a medida que la clínica y las técnicas se vulgaricen, el cirujano general puede llegar a dominarlas". Este argumento puede esgrimirse frente a todas las especialidades quirúrgicas, porque el cirujano general es quien está más capacitado para incorporar la clínica y las técnicas de cualquier especialidad de este grupo. También en el terreno de la cirugía vascular periférica, el cirujano general que se dedique especialmente o en forma preferencial a desarrollar sus técnicas, llegará a dominarlas; pero cuando esto suceda se habrá convertido en un cirujano especializado.

La integración de esta Mesa Redonda es un ejemplo de lo que acabamos de expresar. Todos sus miembros son cirujanos generales de carrera y actúan como tales; pero quienes se ocuparan específicamente de los temas a tratar, conviven con la mayor parte de los problemas quirúrgicos de todo el organismo, están en condiciones de resolverlos y además, se han capacitado especialmente en la cirugía del sistema vascular periférico.

II) El segundo punto a considerar se refiere a la posición del cirujano general frente a los temas que tratará esta Mesa Redonda, circunscritos en los "accidentes arteriales agudos de los miembros" y que comprende: *obstrucciones arteriales agudas; heridas arteriales y traumatismos cerrados; complicaciones de los aneurismas*. Hay un límite territorial: arterias de los miembros y una limitación en el terreno patológico, en las circunstancias etiológicas y en el carácter evolutivo: se trata de afecciones agudas que requieren tratamiento urgente. En estos aspectos hay que delimitar la posición del cirujano general respecto a los conocimientos que debe incorporar, lo que debe y puede hacer en la urgencia inmediata y sus limitaciones en el campo de la especialidad.

En principio se está de acuerdo en que, todo accidente vascular agudo debe ser correctamente tratado desde el comienzo en centros especializados y por cirujanos capacitados en las técnicas de revascularización. En el estado actual de nuestras disponibilidades esto no es siempre posible en todos los medios quirúrgicos. Por ello, el cirujano general, especialmente si actúa en servicios de urgencia o en centros alejados, debe y puede incorporar el conocimiento de los elementos clínicos fundamentales para el diagnóstico correcto en todas sus etapas (lesional, topográfico y de terreno), y el manejo de técnicas destinadas a solucionar situaciones de urgencia cuando las circunstancias lo exijan, tal como lo hace en el campo de las especialidades "definidas". Todos los cirujanos generales están capacitados para resolver en forma satisfactoria situaciones urgentes en patología ginecológica, urológica, torácica, etc., sin ser especialistas integrales en estas disciplinas.

Desde el punto de vista del diagnóstico, sin entrar en el detalle de los aspectos clínicos y paraclínicos que serán expuestos en esta Mesa, entendemos que el cirujano general y el médico, deben conocer el síndrome de isquemia aguda en todos sus aspectos y variantes; no solo la isquemia aguda típica, sino también los síndromes de isquemia transitoria, el carácter progresivo de una isquemia y la eclusión secundaria de una isquemia aguda, en las distintas entidades patológicas.

En casos de obstrucción aguda, debe estar informado de la signología que permite diferenciar clínicamente la obstrucción aguda que sobreviene en arterias sanas, de aquella que se produce en arterias previamente enfermas; y también de los elementos clínicos que le permitan establecer la topografía de la obstrucción. Debe estar alertado sobre los diversos factores regionales y locales que con frecuencia complican o enmascaran la sintomatología, especialmente en lesiones traumáticas y sobre la indicación precisa de ciertos exámenes auxiliares.

En materia de tratamiento, las lesiones traumáticas configuran el terreno patológico donde el cirujano general puede verse en la necesidad de enfrentar con mayor frecuencia situaciones que exigen soluciones urgentes. Los cirujanos que actúan en servicios de emergencia y en centros quirúrgicos alejados, deben capacitarse y equiparse para realizar una minuciosa exploración de las heridas, que permita el inventario lesional completo, con total exposición de las lesiones y decidir de acuerdo a ello la intervención que corresponda, que será una sutura simple o una resección con sutura cabo a cabo y aun la colocación de un injerto; pero repetimos: esto puede hacerlo el cirujano general capacitado y equipado para realizar estas intervenciones de acuerdo a reglas precisas de cirugía vascular. De lo contrario deberá limitarse a la hemostasis salvadora por los procedimientos menos agresivos y a remitir sin tardanza al herido a un centro especializado para realizar la cirugía arterial reparadora, recordando que un fracaso primario termina fatalmente en una agravación de las lesiones.

Las *obstrucciones arteriales agudas* requieren la asociación estrecha de métodos médicos y quirúrgicos realizados en etapas precoces que serán expuestos en el desarrollo de las ponencias. Los plazos útiles para el éxito de la revascularización pueden ser muy variables en base a factores múltiples, pero ello no invalida el principio de *operar precozmente*.

En el caso particular de la *obstrucción por embolia*, la indicación operatoria precoz es imperativa. Tratándose de arterias sanas, el cirujano general en emergencia puede realizar correctamente la extracción del émbolo abordando directamente por arteriotomía transversa. El abordaje retrógrado, ("carrefour" aórtico, ilíacas axilares), requiere preparación en el manejo de instrumental adecuado y queda en pie para ser resuelto por el cirujano especializado la eliminación de la fuente embolígena.

Cuando la *obstrucción aguda se produce en arterias patológicas*, se requiere capacitación especial para realizar la cirugía de revascularización. La desobstrucción deja de ser el acto quirúrgico simple de extraer un émbolo en arterias sanas por arteriotomía transversa, inclusive practicada con anestesia local. Se requieren incisiones amplias bajo anestesia general, arteriotomía longitudinal, a veces incisiones múltiples, exploración del árbol arterial distal y del sector venoso con cierta frecuencia comprometido, asociar a la desobstrucción el tratamiento de la arteritis por endarteriectomía seguida de angioplastia o injerto venoso o puentes vasculares, porque si persisten obstáculos subyacentes, se complicará de trombosis extensiva y de isquemia aguda interativa. Todo ello exige un acabado conocimiento de la entidad patológica y sus complicaciones, experiencia en las tácticas terapéuticas a aplicar y manualidad en el manejo de instrumental especial. Creemos que en este terreno, *el cirujano general no capacitado especialmente* debe limitarse a iniciar de inmediato el tratamiento médico convencional dirigido a retardar o impedir la trombosis distal y remitir rápidamente al enfermo a un centro especializado.

En lo que se refiere al tratamiento de los *aneurismas complicados*, caben las mismas precedentes consideraciones que hemos hecho para la cirugía de revascularización en arterias enfermas.

Resta un punto importante. Se refiere a las *isquemias severas vistas tardíamente*. El problema debe ser encarado en función de

riesgos vitales que pueden ocurrir posteriormente, en base a graves desórdenes biológicos bien conocidos, que entran en escena con la revascularización: *caída tensional brusca* como respuesta al lleno rápido de un extenso territorio vacío, (factor hemodinámico), a veces agravada por hipotensión cardiogénica; *acidosis metabólica e hiperpotasemia*, por entrada brusca en circulación de metabolitos ácidos y de potasio acumulados en el foco excluido, que pueden provocar insuficiencia renal aguda y paro cardíaco. Los criterios de operabilidad del miembro son de aplicación difícil. La vigilancia biológica estricta de estos pacientes y la corrección de sus desórdenes, requieren asistencia por equipos de cirugía vascular integrados con auxiliares especializados en laboratorio y reanimación.

CONCLUSIONES

I.— Con respecto al primer punto, "*Lugar que ocupa la C.V.P. en el marco de las especialidades quirúrgicas*", nuestra posición es la siguiente:

La C.V.P., por la extensión del campo en que debe actuar, requiere una convivencia estrecha con la cirugía general; pero la jerarquía que ha adquirido en directivas de conducta, en la aplicación de ciertas técnicas y en la investigación, hacen que *su ejercicio deba estar a cargo de cirujanos generales que dediquen especialmente o en forma preferencial su actividad a la cirugía del sistema vascular*.

II.— En lo que se refiere al segundo punto, "*El cirujano general frente a los accidentes arteriales agudos de los miembros*", creemos que éste puede y debe capacitarse para realizar la cirugía de desobstrucción y reparación arterial en accidentes agudos que se suceden en arterias previamente sanas y en etapas tempranas, cuando las circunstancias lo exijan. Contribuir a tal capacitación, es la finalidad que persigue esta Mesa Redonda. En las demás situaciones, el cirujano general que enfrenta un accidente arterial agudo, debe hacer un severo balance de sus conocimientos, su capacitación en cirugía de revascularización y de las disponibilidades del medio en que actúa, para proceder en base a reglas precisas que exige la cirugía vascular. Si estas condiciones no están dadas, debe recordar que cierta pérdida de tiempo en trasladar a estos pacientes a un centro especializado será siempre menos perjudicial que un fracaso primario.