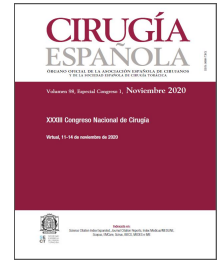




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-575 - BY-PASS AORTO-HUMERAL TRAS LESIÓN EXTENSA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA POR TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO

Fernández Vázquez, María Luz; Moreno Cuervo, Álvaro; Menéndez Sánchez, Elena; Cuende Díez, Miguel; Hernández Kakauridze, Sergio; Garciafilia, Laura; Pérez Díaz, María Dolores; Turégano Fuentes, Fernando

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Las lesiones de la arteria subclavia representan sólo el 3% de todas las lesiones vasculares. Esta baja incidencia es debida a su localización y la protección que genera la caja torácica. Su tratamiento puede ser endovascular o quirúrgico, dependiendo de la situación hemodinámica del paciente, el mecanismo y la anatomía de la lesión.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 24 años trasladado a nuestra urgencia tras sufrir una colisión de moto a alta velocidad. En la asistencia inicial prehospitalaria se objetiva importante deformidad de la cintura escapular y antebrazo izquierdos con ausencia de pulsos distales. Presentaba inestabilidad hemodinámica con TA 90/50 mmHg, 130 lpm e índice de shock 1,4. A su llegada presenta deterioro del nivel de conciencia (GCS 7/15) por lo que se procede a la intubación orotraqueal. Se evidencia un gran hematoma en toda la región periclavicular izquierda y deformidad de antebrazo izquierdo, con ausencia de pulsos distales y frialdad cutánea. El paciente responde bien a la reanimación con fluidos realizándose un TC craneal sin hallazgos y un angio-TC que evidencia trombosis completa de la arteria subclavia izquierda desde 55 mm de su origen en el cayado aórtico, con repermeabilización débil muy distal de la arteria axilar. La permeabilidad de la arteria humeral está preservada con flujo filiforme que vuelve a perderse a partir de su tercio proximal a su paso por las fracturas adyacentes, por probable lesión vascular radio-cubital asociada. También se confirma un voluminoso hematoma en cintura escapular izquierda, que rodea lo vientos musculares supra e infraespinosos, trapecio, subescapular, escaleno anterior y pectoral menor, condicionando compresión extrínseca de la vascularización. Presenta luxación grado III de la articulación acromio-clavicular y cabeza humeral izquierda, y fractura desplazada multifragmentaria de diáfisis de cúbito y radio izquierdos. Igualmente se aprecia una contusión pulmonar y lesión del tronco venoso braquio-cefálico izquierdo. El paciente es intervenido por cirugía vascular, intentando primero un abordaje endovascular que resulta infructuoso por imposibilidad de progresar más allá de la arteria axilar. Mediante abordaje quirúrgico subclavicular izquierdo se aprecia un extenso hematoma con arrancamiento de varios troncos del plexo braquial, lesiones venosas y sección completa de la arteria subclavia, sin poder acceder al cabo proximal trombosado a pesar de una ampliación extensa del campo quirúrgico. Tras estos hallazgos, y ante el riesgo potencial de una hemorragia incontrolable proximal, se pide la colaboración de cirugía cardíaca para esternotomía y realización de un by-pass aorto-humeral izquierdo con prótesis de PTFE. En el postoperatorio inmediato el paciente requiere reposición de hemoderivados y drogas vasoactivas, presentando

coagulopatía y rabdomiolisis. Posteriormente presenta buena perfusión del miembro pero con impotencia funcional por la lesión extensa del plexo braquial.

Discusión: Las lesiones extensas de la arteria subclavia por traumatismo cerrado son poco frecuentes. En el paciente estable el manejo endovascular inicial es de elección en lesiones focales o fácilmente revascularizables. Resulta excepcional tener que recurrir un by-pass aorto-humeral ante una destrucción tan extensa como la de este caso.