
LESIONES TRAUMÁTICAS DE ARTERIA FEMORAL: REVISIÓN DE CASOS EN UN CENTRO DE TRAUMA

RAYAMAJHI S Y COL., PENETRATING FEMORAL ARTERY INJURIES: AN URBAN TRAUMA CENTRE EXPERIENCE

European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 2019 Oct;45(5):909-917 <https://doi.org/10.1007/s00068-018-0951-6>

Un trabajo de revisión de casos de heridas traumáticas de arteria femoral llevado a cabo en el Hospital Groote Schuur permite actualizar un tema de permanente vigencia, dado que se trata de una de las lesiones arteriales traumáticas más frecuentes. Rayamajhi y colaboradores efectuaron la revisión de los casos admitidos en el Centro de Trauma de esa institución entre enero de 2002 y diciembre de 2012, reuniendo datos demográficos, de mecanismos de lesión, perioperatorios y de técnica quirúrgica.

Los autores identificaron 158 pacientes con heridas femorales, 91% de sexo masculino y con edad media de 28 años. El 76% de los pacientes presentó signos duros de lesión vascular y 14 pacientes (22%) presentaban déficit motor con sospecha de isquemia muscular avanzada (Rutherford IIb). Los signos vasculares blandos fueron hematomas no pulsátiles (n = 31) y disminución de pulsos distales (n = 49). La arteria femoral superficial fue la lesionada con más frecuencia (87%) y los tipos más frecuentes de lesión fueron el desgarro (39%) y la sección (37%). En cuanto al tipo de reparación, los autores consignan reparación primaria en el 51% de los casos, interposición venosa en el 33% y en el 10%

se recurrió a prótesis. En 12 casos fue necesario un procedimiento de control con shunt temporario y en este grupo fueron más frecuentes las amputaciones secundarias (n = 4). Las lesiones venosas asociadas se verificaron en 78 pacientes (51%) procediéndose a la reparación en 12 ocasiones. El 22% de los pacientes ingresó con síndrome compartimental (n = 34). Hubo 4 amputaciones primarias (2,5%) y 10 secundarias (6,5%), y no se registraron fallecimientos. Los factores de riesgo de amputación que alcanzaron significación estadística fueron el miembro con viabilidad amenazada al momento del ingreso, el uso de shunt temporario y la ausencia de pulsos distales en el posoperatorio. Al hacer el análisis de los casos que finalizaron en amputación los autores destacan otros potenciales factores de riesgo aunque no hayan alcanzado significación estadística en este análisis retrospectivo, y recomiendan la necesidad de acelerar los tiempos intrahospitalarios hasta cirugía, la evaluación del síndrome compartimental para evitar la fasciotomía tardía y la imperativa necesidad del control angiográfico en los pacientes que no recuperan pulsos distales en el posoperatorio inmediato.