

# BYPASS SUBCLAVIO-AXILAR POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO



Manuel BARRIOS DUEÑAS<sup>1,2\*\*\*</sup>; Diego Santin<sup>1,2\*\*\*\*</sup>; Ignacio TURCONI<sup>1,2\*\*\*\*</sup>; Jorge RAMIREZ<sup>1\*\*</sup>; Micaela GUADO<sup>1\*\*</sup>; Natalia IGLECIA<sup>1,2\*\*\*\*</sup>; Gisell PETRUZZI<sup>1,2\*\*\*\*</sup>; Miguel ROMERO<sup>1\*\*\*\*</sup>; Ronald VILLAROEEL<sup>\*\*\*\*</sup>; Francisco DE PIERRIS<sup>1\*\*\*\*</sup>; Carla GRIGIONI<sup>1\*\*</sup>; Jorge L. TOMMASI<sup>\*\*</sup>; Guillermo PRATT<sup>\*\*\*\*</sup> \*\*\*\*

Cirujano de tórax; \*\* Residente de cirugía de Tórax, <sup>1</sup>Cirujano general, <sup>2</sup>MAAC

**Introducción:** El trauma torácico es común en los pacientes politraumatizados, mas aun, en los heridos por arma de fuego, la identificación de la gravedad de las lesiones, y la habilidad para resolverlas de manera oportuna, sumadas a la disponibilidad de recursos, determina la sobrevida en estos pacientes. Presentamos el caso de un paciente que ingresó a nuestro hospital con una herida de proyectil de arma de fuego, a nivel facial-cervical-torácico, con compromiso vascular arterio-venoso subclavio derecho, asociado a lesión pulmonar, el cual pudo ser resuelto de manera exitosa en nuestra institución.

**Presentación del Caso:** Paciente masculino de 19 años, que ingresa a la guardia por presentar herida por proyectil de arma de fuego que ingresa a nivel de pómulo derecho, con salida en maxilar inferior, nuevo ingreso a nivel supraclavicular ipsilateral sin orificio de salida. Al ingreso paciente vigil, consiente. Glasgow 15/15, signos vitales TA 100/60 FC 110 FR 25 Sat o2 90% aa. Hipoventilación en hemitórax derecho, sin alteración de ruidos cardiacos. Se asegura vía aérea, colocación de 2 vías periféricas. Rx de tórax (portátil), FAST negativo, colocación de tubo de avenamiento pleural obteniendo 1500ml de liquido hemático, se realiza toracotomía lateral, evidenciando orificio de entrada de proyectil a nivel de opérculo torácico y orificio de salida a nivel de 9no espacio paravertebral, sin activo sangrado activo. Se realiza rafia pulmonar, a nivel de trayecto de proyectil, comprobando buena expansión pulmonar, se revisa nuevamente hemostasia, se evidencia sangrado pulsátil a nivel del opérculo torácico, se realizan maniobras hemostáticas, se procede a realizar abordaje supraclavicular, con disección de vena y arteria subclavia, rafia venosa, y realización de bypass subclavio-axilar con v. safena, colocación de tubos pleurales y cierre de toracotomía. El paciente cursó 13 días de internación, con evolución favorable y seguimiento a un año sin secuelas.



**DISCUSION:** El traumatismo torácico es una patología frecuente en nuestro medio. En sus distintas presentaciones; la herida penetrante tiene una mayor mortalidad asociada, debido a la lesión de estructuras vasculares centrales, las cuales dan un periodo de tiempo muy corto para su resolución, por lo cual la gran mayoría son mortales; a pesar de una adecuada evaluación inicial y el tratamiento rápido.