

CAPITULO III

VÍAS DE ACCESO VASCULAR PERCUTANEO

TEMA 12

VÍA BRAQUIAL Y AXILAR

AUTORES:

José Carlos Dorado, Carmelo Márquez, Micaela Madueño, Antonio Romero.
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.

12.1 Vía Braquial

Realizaremos la punción arterial braquial en el segmento distal de esta, por encima de la fosa antecubital, evitando así la trifurcación de la misma. A este nivel la arteria es más superficial y facilita la compresión final usando como plano óseo el húmero.

Indicaciones

Está indicada como vía de elección tanto para procedimientos diagnósticos como terapéuticos de:

- troncos supraórticos,
- renales
- digestivos
- vasculares distales.

Siempre que existan:

- Enfermedad de Leriche
- obstrucciones ilíacas severas,
- obstrucciones aórticas infrarrenales,
- elongación de arterias ilíacas y/o de aorta abdominal.

También está indicada para procedimientos diagnósticos y terapéuticos coronarios para los que existe contraindicación de acceso radial:

- Tromboangitis obliterante
- Obstrucciones totales crónicas distales
- Test de Allen negativo
- Enfermedad de Raynaud
- Brazo único para fístula arterio venosa

Está también indicada la vía braquial en los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos en los que el material a usar no tiene longitud suficiente si se realizara desde la vía radial (tramos distales de las arterias femorales, poplíteas, etc.)

Contraindicaciones

- Cuando no existe pulso braquial identificable.
- Obesos en los que no se identifique plano óseo para compresión.

Ventajas

- Fácil acceso
- Facilidad para controlar complicaciones
- Pronta deambulación

Complicaciones

- Hematomas
- Síndromes compartimentales
- Isquemia del miembro superior afectado
- Neuropatía post-procedimiento
- Infección de punto de punción.

12.2 Vía Axilar

Se usa excepcionalmente y de forma preferente la arteria axilar izquierda para evitar el paso por el origen de los vasos cerebrales (arteria carótida izquierda).

Existen 2 técnicas de punción:

- Acceso proximal, se hace 2 ó 3 cm. lateral al hueco formado por el tendón del músculo pectoral mayor.
- Acceso distal, en el tercio proximal del húmero en el borde inferior del bíceps braquial

Indicaciones

Prácticamente solo se usa si no es posible ningún abordaje alternativo o en casos especiales de intervencionismo iliaco.

Complicaciones

La cateterización es dificultosa, sobre todo por la movilidad de la arteria y la difícil palpación pero además debemos tener en cuenta la proximidad de vasos cerebrales y la proximidad del plexo nervioso.

El riesgo de daño neural durante y después de la cateterización (estos daños suelen ser de carácter transitorio) es muy alto.

El compromiso vascular y neural del miembro afecto se agudiza por la abducción prolongada del mismo.

Hematoma con alto porcentaje de compresión del plexo braquial (se resuelve con descompresión quirúrgica).

Bibliografía

1. Barhore TH Bates ER, Berger PB ACC/SCAI, Clinical Exper Consenso 37:2170-21
2. Gassman W. Ban D. Ctt Angiografía e intervención cardíaca 4ª edición 1992 Intermedical
3. Biamino G. Schenet. D Acces sites for peripheal intervention. PCR 2004 Course Book 330.335
4. Chroussat M y Al. Vascular complications and Clinical outcomes after coronary ptc with Iib IIIa Euroheart 2000
5. Kiemenig F. randomizedcomparaison of APTC by radial, braquial and femoral aproaches. 1997 20:1269-75
6. Hildick - Sunt D at al. coronaryangigraphy in the presence of peripheal vascular disease: femoral or brachial/ radial appro- ach? . Catheter cardivasc diag. 2000 49:32-37
7. Guía sobre accesos vasculares. Solach Anibal diamante y as.
8. Manual de radiología intervencionista. Gregorio Ariza 84. 7753. 542-6
9. Mc Ivor. J. RHY MER-JC 245- transaxillary arteriography - in arteripathic pacticents- Chin radiol 45: 390-391, 1992