

## 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