

Se procede a la colocación de dos clips transitorios a nivel de los dos extremos (proximal y distal).

La arteria es cortada en su porción más distal, y se procede a la medición del flujo mediante el uso de un doppler microvascular (cut flow) retirando el clip proximal.

Posteriormente se procede a heparinizar la arteria mediante la inyección de suero salino heparinizado a una concentración de 10 U de heparina por ml de suero, usando para ello una jeringa adaptada a un catéter que adapte a la arteria. Tras la heparinización se procede nuevamente a la colocación del clip proximal.

REALIZACIÓN DE LA ANASTOMOSIS

El extremo distal de la arteria donante es preparada para la anastomosis cortando la porción distal de la arteria en un ángulo de 45 grados mediante las microtijeras creando a su vez un pequeño corte en la base de la arteria de modo que se aumente el área de la anastomosis. Es importante antes de realizar el corte examinar con atención la arteria temporal en busca de rotaciones indeseables en la arteria que puedan dificultar el éxito del by-pass.

La arteria receptora será clipada también proximal y distalmente al lugar escogido para la realización de la anastomosis y se realizara una hendidura mediante las microtijeras proporcional al tamaño del extremo distal de la arteria donante. La arteria receptora es lavada con suero heparinizado de forma que no queden restos de contenido hemático a nivel del vaso receptor y se procederá a la anastomosis mediante prolene[®] de 10 ceros. Una vez realizada la anastomosis se retiraran los clips vasculares y se realizará una comprobación visual de la patencia de la anastomosis. El flujo arterial será medido nuevamente a nivel de la arteria donante y se calculará el "Cut flow index"³ que no es más que la relación entre el flujo obtenido a nivel de la arteria temporal superficial una vez realizado el by-pass y el flujo obtenido previamente. Un índice superior a 0,5 se ha correlacionado con una probabilidad del 92% de éxito en la patencia del by-pass.

La duración del tiempo de exclusión de arteria receptora es un factor importante

El período más largo de la exclusión es el momento de suturar.

La técnica de apoyo a la yema del dedo (publicado por primera vez en 2006) redujo el temblor fisiológico para acelerar este procedimiento microquirúrgico.

El uso de una aguja recta ha demostrado que disminuye aún más el tiempo de sutura

Por lo tanto el tiempo de exclusión se minimiza, mediante el uso de la técnica de apoyo del dedo con una aguja recta (Csókay y col., 2012).

CIERRE

La duramadre se dejara preferiblemente abierta y será cubierta por Duragen (Duragen; Integra Neurosciences, Plainsboro, N.J., USA). El hueso será recolocado teniendo la precaución que los márgenes de la craneotomía no compriman la arteria. Si es necesario se realizará una pequeña resección ósea que facilite la adaptación de la arteria. La rama de la arteria temporal no utilizada será ligada para optimizar el flujo a través del by-pass. Cuidados y estudios postoperatorios.

Bibliografía

Fuat Arian Serveci de Neurocirugía, Hospital Universitari Vall d'Hebron

Csókey, András, Domonkos Imreh, Attila Papp, and István Valálik. 2012. "Straight Needle with Fingertip Support Technique Reduces Exclusion Time During Bypass (in Vitro, in Vivo Animal Study): a Technical Note." *Acta Neurochirurgica* 154 (10) (October): 1851–1854.
doi:10.1007/s00701-012-1468-0.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=anastomosis_termino-terminal

Last update: **2025/05/04 00:02**

