

ANGIOLOGÍA

VOL. XXIV

MAYO-JUNIO 1972

N.º 3

Consideraciones sobre las varices secundarias a fístulas arteriovenosas congénitas (*)

A. M. RASO, P. SILVESTRINI y C. ROVIERA

Istituto di Clinica Chirurgica Generale e di Terapie Chirurgica dell'Università

(Director: Prof. F. Morino)

Torino (Italia)

Un reciente artículo de **Alonso** (2) sobre varices por fístula arteriovenosa congénita nos ha inducido a exponer dos observaciones nuestras, que por su peculiaridad y difuminado e imprevisible cuadro eran de difícil encuadramiento, sólo desde el punto de vista clínico, entre las formas secundarias a fístulas arteriovenosas.

Observación I. Se trata de un sujeto de 24 años de edad que acude a nuestra consulta ambulatoriamente con un clásico cuadro de varices del territorio de la safena externa. Tras la exploración clínica, que confirma la primera hipótesis, y las pruebas funcionales de Trendelenburg, Pratt, Perthes y De Takats, que resultan positivas, se decide su ingreso en Clínica y se procede a la intervención.

Después de aislar la safena externa en el hueso poplíteo y a nivel maleolar y después de haberla incanulado con el fleboextractor, antes de proceder a la maniobra de extracción se explora un grupo de voluminosos paquetes situados en el tercio medio de la pierna. La observación directa evidencia una angiomatosis arteriovenosa notable con vasos que penetran y salen del gastrocnemio e importantes hemorragias múltiples del tipo arterial. Una vez aisladas y escindidas todas las formaciones extra e intraaponeuróticas, se practica la fleboextracción de la safena externa insuficiente. Como único dato particular hay que señalar que en su desembocadura en la poplíteo la safena externa no se muestra ectásica, pero en cambio sí en su porción distal. Sutura y vendaje de contención fijo.

Observación II. Varón de 26 años de edad que ingresa para someterse a safenectomía de la safena interna derecha por voluminosas ectasias de la vena en su trayecto y presencia de paquetes y comunicantes insuficientes del grupo

* Traducido del original en Italiano por la Redacción.

de Dodd y Cockett. Las pruebas funcionales hablan en favor de unas varices idiopáticas.

Al inicio de la intervención, tras la incisión parainguinal derecha, se observa que el cayado de la safena interna se halla afecto de pulsatilidad con los claros caracteres del refuerzo sistólico. La punción de la vena con una aguja de mediano calibre visualiza la salida de sangre de color rojo vivo a alta presión. Con la ligadura de las distintas colaterales de la unión safenofemoral disminuye la pulsatilidad del cayado. Se practica en la pierna una incisión según Cockett y se resecan numerosos paquetes venosos de los que sale sangre a gran presión. Se deja la safena interna en su lugar y se sutura la herida, retrasando la intervención definitiva un mes para proceder a una arterioflebotopografía.

La observación en poco tiempo de dos casos de varices de tipo arteriovenoso congénito nos hace sospechar que tal patología sea más frecuente. Hay que resaltar, además, que en ambos casos existían antecedentes varicosos en la anamnesis familiar. Cierta número de autores han propuesto ya una mejor observación de las distintas displasias de tipo arteriovenoso y nosotros mismos hemos observado úlceras de carácter francamente hipertensivo que se han revelado a continuación, clínica y angiográficamente y tras terapéutica médica, secundarias a fístulas arteriovenosas (12).

La presencia de varices de tipo malformativo ha sido subrayada desde hace tiempo (1, 2, 3, 5, 6 y 8), así como ha sido muy bien descrita la fístula arteriovenosa maligna (9), sin por ello llegar a las aseveraciones de **Piulachs** y **Vidal-Barraquer** (10) que consideran todas las varices como de tipo arteriovenoso.

Las varices llamadas arteriales (4, 10 y 11) pueden constituir un gran problema si, no identificadas, se proceda al habitual «stripping» de la vena ectásica principal, dado que el desgarrar de pequeñas arteriolas que cortocircuitan la sangre arterial y venosa superficial puede provocar una hemorragia subcutánea tanto más importante cuanto más numerosas y de mayor dimensión sean las fístulas arteriovenosas.

Parece se trata de malformaciones que se distinguen de las formas congénitas propiamente dichas porque se exteriorizan en época tardía, en la adolescencia o en el adulto joven, a continuación de un traumatismo o a persistentes esfuerzos: presentan un claro carácter benigno, a diferencia de la llamada forma maligna de **Martorell** (9), con aflujo de sangre arterial más o menos continuado pero escaso en las venas superficiales que se dilatan poco a poco. Además, se localizan de preferencia en la zona posteroexterna del miembro inferior; a menudo bilaterales, como en el segundo caso operado por nosotros, y pueden ser evidenciadas con certeza sólo por medio de una cuidadosa arteriografía (5).

En los casos donde la etiopatogenia arterial no fue reconocida antes de la intervención o el aspecto de las varicosidades había indicado un acto operatorio atípico parece ser bastante frecuente la presencia en el cayado de numerosos y finos vasos diferentes en su localización y aspecto de las colaterales habituales, vasos que seccionados dan salida a sangre de color rojo intenso a cierta presión.

En estos casos es bastante perjudicial la extirpación a ciegas de la safena,

teniendo en cuenta que estas comunicaciones pueden hallarse situadas a cualquier nivel. Según **Lamy y Bourde** (5) conviene envolver todo el miembro con un vendaje elástico compresivo a la vez que se procede a la extirpación de la vena, al objeto de impedir una grave hemorragia.

Las varices secundarias a fístula arteriovenosa parecen tener origen en la ausencia de desaparición de las comunicaciones que se hallan fisiológicamente en el feto. Su persistencia lleva a una ectasia venosa no distinta a la que tiene lugar con mayor brusquedad en las formas traumáticas y que conduce, entre otras cosas, a la insuficiencia venosa de tipo crónico.

En cuanto a la sintomatología, estamos de acuerdo con **Alonso** (2) respecto a su frecuente aparición en edad juvenil, su tendencia a la recidiva postoperatoria, al aumento de la temperatura local que quizá viene trocada por un hecho flebítico superficial, a la ausencia de lesiones tróficas y del característico soplo y «thrill», por la pequeñez de las comunicaciones.

Por el contrario, en nuestros dos casos hemos observado la típica localización que no dejaba dudas sobre el carácter idiopático de la patología, mientras las pruebas comunes de colapso venoso eran totalmente positivas e indiscutibles. Por tales razones, este tipo de patología sólo se nos reveló en la intervención, en vistas de la pulsatilidad venosa, el tipo de hemorragia y el aspecto de los vasos.

Creemos que, a lo más, tras un período inicial en el cual prevalece la sintomatología de hurto, por otra parte de poca importancia, el cuadro clínico es de difícil identificación a menos que de modo rutinario se efectúen exámenes angiográficos.

Respecto a la terapéutica, cada vez que como en nuestros casos subsista la duda de una patología desconocida es oportuno limitar al mínimo la intervención, diferiendo la fase definitiva consistente en la ligadura de todas las fístulas arteriovenosas visibles angiográficamente. Resecadas las fístulas arteriovenosas, si la safena se muestra insuficiente será oportuna su extracción y sucesiva colocación de un vendaje compresivo durante largo tiempo. A falta de un claro cuadro angiográfico nos parece mejor aguardar y repetir el examen antes que proceder a una intervención de sólo excisiones venosas a ciegas.

En **resumen**, el cuadro presentado por nosotros debe hacer reflexionar en que cada vez que llega a nuestra observación un caso de varices bilaterales en un sujeto joven no tenemos que olvidar la posibilidad de un origen malformativo de la patología, cuya ignorancia puede comportar graves cuadros hemorrágicos intra y postoperatorios.

RESUMEN

Se exponen dos casos de varices arteriovenosas congénitas que pasaron inadvertidas al examen clínico por su aspecto típico idiopático. Se discuten y subrayan los caracteres, poniendo en guardia contra la facilidad de correr graves riesgos si se practican intervenciones de safenectomía a ciegas.

SUMMARY

Two cases of congenital arteriovenous varicose veins with clinical manifestations identical to idiopathic varicose veins are reported. The authors remark the characteristics of the arteriovenous varicose veins and point out the danger of performing a saphenectomy when it is not indicated.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abdalla, P.**: Varizes arteriais, Síndrome de Pratt. «Boletim do Centro do Estudos», 3:235, 1951.
2. **Alonso, T.**: Varices por fistula arteriovenosa congénita. «Angiología», 23:139, 1971.
3. **Benchimol, A. S.; Montero, J. B.**: Fistulas arteriovenosas congénitas. «La Prensa Méd. Argentina», 37:187, 1950.
4. **Bourde, C.; Bourdoncle, E.; Jouve, A.**: Documents sur les fistules artérioveineuses des membres. Essai de classification. «Arch. Mal. Coeur et Vaisseaux», 8:775, 1955.
5. **Lamy, J.; Bourde, Ch.**: «Urgences Vasculaires des Membres», Masson et Cie., París, 1957.
6. **Martorell, A.**: Un caso de varices por fistula arteriovenosa. «Colección Española de Monografías Médicas», 133:17, 1950.
7. **Martorell, F.**: «Varices. Su Tratamiento basado en la Flebografía». Editorial Labor, Barcelona-Madrid, 1946.
8. **Martorell, F.; Salleras, V.**: Fistulas arteriovenosas congénitas. «Rev. Española de Cirugía, Traumatología y Ortopedia», 6:117, 1947.
9. **Martorell, F.**: Fistula arteriovenosa maligna. «Angiología», 22:53, 1970.
10. **Piulachs, P.; Vidal-Barraquer, F.**: Pathogenic study of varicose veins. «Angiology», 4:59, 1953.
11. **Pratt, G. H.**: Arterial varices. A syndrome. «Am. J. Surg.», 77:456, 1959.
12. **Raso, A. M.; Silvestrini, P.; Galligani, R.**: L'ulcera sopramalleolare della gamba da fistole arterovenose: diagnosi differenziale con la forma ipertensiva di Martorell in base all'arterio-flebo-topografia e nuova condotta terapeutica. «Riv. Gen. It. Chir.», 9: n.º 3, 1968.
13. **Wolff, Ch.**: A propos des varices. Les varices artérioveineuses. «Praxis», 36:3, 1947.
14. **Zaldúa, J. M.**: Fistula arteriovenosa maligna. Comunicación presentada al «Coloquio Franco-Español de Angiología», Barcelona, 1971.