

VARICES POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÉNITA

VICTORIANO PAREJA

Asistente voluntario del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona (España).

En 1946, MARTORELL (1) en su libro sobre «Varices» las clasifica de la siguiente manera:

- 1.º Varices por comunicación arteriovenosa.
- 2.º Varices por comunicación venovenosa anormal.
- 3.º Varices postflebíticas.
- 4.º Varices esenciales o idiopáticas.

En este artículo vamos a ocuparnos solamente de las varices por fístula arteriovenosa, relatando un caso interesante que en un principio fué operado como si se tratara de unas varices esenciales.

HISTORIA

MARTORELL (1), en 1946, describe por vez primera este tipo de varices y publica un arteriograma muy demostrativo en el que se distinguen perfectamente tres comunicaciones entre la arteria femoral y las venas peritrotulianas. Hasta la fecha no se ha publicado ningún otro documento gráfico tan demostrativo.

En 1947 insiste de nuevo sobre este tema en un artículo escrito en colaboración con SALLERAS (2). Entre los casos descritos figura el de una enferma que al volverse hipertensa observó que sus varices adquirían pulsatilidad.

CH. WOLF (3) (Suiza), en 1947, y G. PRATT (4) (Estados Unidos), en 1949, A. BENCHIMOL (5) (Argentina) en 1950, A. MARTORELL (6) (España), el mismo año, y P. ABDALLA (7), en 1951, confirman la existencia de este nuevo tipo de varices. PIULACHS y VIDAL-BARRAQUER (1953) (8) llegan a afirmar que todas las varices, tanto esenciales como postflebíticas, se deben a comunicaciones arteriovenosas.

PATOGENIA. — En el embrión, todos los vasos presentan primitivamente la estructura y la arquitectura de los capilares. Los que dejan de serlo para convertirse en arterias o venas adquieren gradualmente los demás componentes de su pared y poco a poco pierden sus comunicaciones múltiples. El sistema arterial y el venoso comunicantes durante la vida fetal dejan de serlo después del nacimiento. Si estas comunicaciones arteriovenosas no desaparecen y persisten se designan con el nombre de fístulas arteriovenosas congénitas y crean trastornos de la circulación sanguínea y alteraciones diversas, entre ellas las llamadas varices por fístula arteriovenosa congénita.

FISIOPATOLOGÍA. — Las venas responden a un aumento de presión de su contenido líquido dilatándose, alargándose y volviéndose tortuosas; esto es, adquiriendo aspecto varicoso. La existencia de una o varias comunicaciones arteriovenosas hace que la sangre llegue a las venas a mayor presión, al no pasar por el amortiguador capilar, y por este hecho se dilatan.

SÍNTOMAS. — Mientras en los aneurismas arteriovenosos traumáticos la comunicación es única y de gran calibre, las fístulas arteriovenosas congénitas son múltiples y de pequeño calibre. Por este motivo suelen carecer de pulsatilidad, soplo y «thrill». En algunos casos la pulsatilidad es bien manifiesta. WOLF, MARTORELL y PRATT insisten en que las varices por fístula arteriovenosa deben ser más frecuentes de lo que se cree. Estos autores coinciden en señalar como características de este tipo de varices, su fácil recidiva, la aparición en niños o jóvenes, el vaciamiento incompleto en posición elevada y el aumento de temperatura local. WOLF señala la ausencia de trastornos tróficos y la repleción de abajo hacia arriba salvo que la anastomosis sea alta. La localización es menos típica, con frecuencia ocupan la cara externa.

En ocasiones, aunque las varices estén originadas por una comunicación arteriovenosa, tienen la apariencia de varices esenciales. Vamos a relatar a continuación la historia clínica de una enferma que fué diagnosticada y tratada como varicosa esencial, y sólo al operarla por segunda vez de extirpación de una úlcera e injerto se descubrió en el lecho de la úlcera la existencia de una comunicación arteriovenosa.

El 21-VIII-44 acude al Departamento de Angiología una enferma de 45 años que presenta varices en las dos piernas desde los 21 años y úlcera en el lado derecho. Fué tratada con inyecciones esclerosantes en otro Hospital. La enferma manifiesta que le pusieron hasta dieciseis inyecciones en las dos piernas. El estado general es bueno aunque presenta hipertensión arterial, aorta dilatada y desenrollada, e hipertrofia del ventrículo izquierdo.

En la pierna derecha tiene dilataciones varicosas que siguen la cara anterior del muslo y la externa de la pierna. Se practica una flebografía ascendente que demues-

tra un cayado de safena interna dilatado y serpentino. Se le propone tratamiento operatorio.

El 6-II-52 acude de nuevo a consultarse por haber empeorado su úlcera, dispuesta a operarse. El 7-II-52 se opera bajo anestesia local. El cayado de la safena interna en lugar de constituir un tronco único está formado por un paquete cirsoide que se secciona en masa entre dos ligaduras. El curso postoperatorio es normal, cerrándose la úlcera a los pocos días.

El 9-I-53 reingresa en el Departamento de Angiología por un brote linfagítico con fiebre alta que ha aparecido a los pocos días de abrirse de nuevo la úlcera. Cede rápidamente con Penicilina y reposo en cama. Pasa dos años bien.

Recidiva de la úlcera en 1955. El 18-X-55 se practica extirpación de la úlcera junto con el tejido escleroso periulceroso. Puestas al descubierto las venas del lecho ulceroso se observa en la parte alta del sector extirpado que las venas son pulsátiles. Mediante una incisión longitudinal se descubren estas venas hacia arriba pudiendo apreciar que comunican con una pequeña arteria. Se extirpan estas venas y para confirmar la naturaleza arterial de dicho vaso se deja sangrar deliberadamente antes de su ligadura. La hemorragia tiene lugar con las características de la hemorragia arterial. Ligadura. A continuación se aplica el injerto obtenido con el Dermatomo de Padgett, se sutura y se cierra la incisión longitudinal practicada para descubrir la comunicación arteriovenosa.

El curso postoperatorio transcurre normalmente. El injerto se mantiene bien hasta el 4-V-56 en que ha sido vista esta enferma por última vez.

Creemos interesante la presentación de este caso clínico que pone de manifiesto cómo algunos casos pueden catalogarse erróneamente de varices esenciales cuando en realidad corresponden a varices por fístula arteriovenosa. El problema terapéutico en estos casos es más difícil, porque con gran frecuencia las comunicaciones arteriovenosas son múltiples y en muchas ocasiones resulta imposible cerrarlas todas.

RESUMEN

Tras un breve recuerdo histórico referente a las varices por comunicación arteriovenosa, el autor describe su patogenia, fisiopatología y síntomas. Presenta un caso de úlcera por varices de este tipo, terminando con unas consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

SUMMARY

History, pathology and symptoms of varicose veins due to arteriovenous fistulae are described. A case of varicose ulcer is presented. Accurate diagnosis of this type varicose veins is required in order to perform adequate surgical treatment.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL, F.: Varices. Su tratamiento basado en la flebografía. «Editorial Labor, S. A.», Barcelona 1946.
2. MARTORELL, F. y SALLERÁS, V.: *Fistulas arteriovenosas congénitas*. «Rev. Española de Cirugía, Traumatología y Ortopedia», 6:117; 1947.
3. WOLF, Ch.: *A propos de varices. Les varices artério-veineuses*. «Praxis», 36:3, 1947

4. PRATT, G. H.: *Arterial varices. A syndrome*. «American J. of Surgeon», 77:456; 1949
5. BENCHIMOL, A. S. y MONTERO, J. B.: *Fistulas arteriovenosas congénitas*. «La Prensa Médica Argentina», 37:187; 1950.
6. MARTORELL, A.: *Un caso de varices por fistula arteriovenosa*. «Colección Española de Monografías Médicas. Notas prácticas», 133:17; 1950.
7. ABDALLA, P.: *Varizes arteriais. Síndrome de Pratt*. «Boletim do Centro de Estudos», 3:235; 1951.
8. PIULÁCHS, P. y VIDAL-BARRAQUER, F.: *Pathogenic study of varicose veins*. «Angiology», 4:59; 1953.