

SOBRE UN CASO DE FISTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL, ASOCIADA A HEMATOMA PULSATIL *

SAVINO GASPARINI y RUBENS C. MAYALL

Río de Janeiro (Brasil).

OBSERVACIÓN. — A. R. S., varón de 27 años.

Manifiesta que el 21-XI-56 fué víctima de una agresión con un cuchillo en el muslo izquierdo. Conducido a un hospital local, le vendaron la pierna sin que le practicaran ligadura o sutura alguna del vaso que sangraba abundantemente. Estuvo internado en el Hospital Getulio Vargas, de Terezina, durante siete meses, y en cuanto pudo andar le dieron el alta.

Con dos meses de internamiento la herida cerró. En dicha ocasión observaron ya un pequeño tumor, que ha venido aumentando de tamaño hasta el momento presente. Desde el día siguiente de la herida notó, además, una hinchaçón en la pierna que no cedió nunca ni con reposo en cama.

Hace 14 meses empezó a notar adormecimiento y sensación de pesadez en la pierna izquierda.

La exploración clínica del paciente reveló, digno de ser registrado, un soplo sistólico en foco mitral ++; presión arterial 120×70 ; pulso 80 por minuto, regular, amplio y lleno.

La exploración local puso de manifiesto un tumor regular, semiesférico, de 2,5 cm. de radio, situado en el tercio medio del muslo izquierdo, liso y depresible, presentando en su parte más alta una cicatriz de 2 cm.

A la palpación del tumor sentimos un frémito intenso; y a la auscultación, un soplo continuo muy intenso. Este soplo y frémito se propagaron por los vasos del muslo hasta el triángulo de Scarpa. La compresión digital de la arteria femoral en la raíz del muslo hace desaparecer por completo el frémito.

El paciente presenta su miembro inferior izquierdo discretamente más voluminoso que el derecho, con edema considerable del tobillo, engrosamiento de la piel y lesiones descamativas hasta el tercio medio de la pierna.

En la cara plantar del dedo gordo del pie izquierdo hallamos una pequeña úlcera trófica.

Exámenes complementarios, rayos-X del tórax (hipertrofia del ventrículo izquierdo), bioquímicos de la sangre, cuadro hemático y orina, para la valoración del riesgo operatorio: normales.

La arteriografía practicada por uno de nosotros (R.M.) (7-I-58) reveló una dilatación aneurismática de los grandes vasos del muslo y una comunicación arteriovenosa franca (fig. 1).

* Traducido del original en portugués por la Redacción.



Fig. 1. — Arteriografía en serie rápida mostrando la comunicación arteriovenosa y los sacos aneurismáticos.

Oscilometría (7-I-58):

	<i>Miembro inferior derecho</i>	<i>Miembro inferior izquierdo</i>
muslo	6	16 (sobre el aneurisma 18)
pierna	6	4
tobillo	5	1

Termometría (7-I-58):

	<i>Miembro inferior derecho</i>	<i>Miembro inferior izquierdo</i>
muslo	90	96
pierna	93	96
tobillo	92	95
pie { dorso	94	94
pie { planta	92	93
Pulpejo de los dedos:		
1. ^o	90	92
2. ^o	89	90
3. ^o	88	89,5
4. ^o	88	89
5. ^o	88	89

Con el diagnóstico de fístula arteriovenosa femoral izquierda, complicada de insuficiencia venosa periférica y de hipertrofia ventricular izquierda, llevamos al paciente a la mesa de operaciones el 13-II-58.

Tras preparar el miembro con isquemia por garrote neumático y cinta de Esmarch, practicamos una incisión de 25 cm. sobre la proyección del músculo sartorio, cuyo punto medio correspondía al nivel más alto del tumor.

Seccionada la piel y el tejido subcutáneo, observamos un tumor esférico, recubierto por fibras del sartorio, con un radio de 0,025 m. Por palpación encontramos otro voluminoso tumor, con un radio aproximado de 0,04 m., que se insinuaba por entre los músculos recto anterior, semimembranoso y semitendinoso y aductor mayor.

Aislamos el tumor superficial de los músculos.

Aislamos la arteria y la vena por encima y por debajo de la tumoreación superficial.

Abrimos el saco superficial, encontrando una bolsa recubierta de endotelio, donde se identifican con claridad los orificios de entrada y salida de arteria y vena, así como una amplia comunicación de 3 cm. con el saco profundo.

Se ligaron los segmentos venosos proximales y distales, bastante alterados en su estructura.

Los segmentos superior e inferior de arteria separados 3 cm. se anastomosaron en forma términoterminal tras la resección del saco superficial. La anastomosis arterial se realizó sin tensión gracias a la liberación de la arteria de los planos vecinos en sus dos segmentos. La línea de sutura fué envuelta después por una lámina moldeable de «nylon» en una extensión de 3 cm.

Sutura de los planos superficiales sin drenaje. Se envuelve el miembro con crepon.

El paciente guardó cama tres días, quitándose los puntos el octavo día.

Tuvo dolor apenas los dos primeros días.

La semiótica vascular comparativa postoperatoria, inmediata al acto y quince días después fué la siguiente:

Oscilometría miembro inferior izquierdo:

	<i>Inmediata (13-II-58)</i>	<i>A los 15 días (28-II-58)</i>
Muslo	No practicable	No practicable
Pierna	No practicable	1
Tobillo	0,5	1

Termometría miembro inferior izquierdo:

	<i>Inmediata (13-II-58)</i>	<i>A los 15 días (28-II-58)</i>
Muslo	No practicable	90
Pierna	93	89
Tobillo	93	88

	<i>Inmediata (13-II-58)</i>	<i>A los 15 días (28-II-58)</i>
Pie { planta	92,5	86,5
dorso	90	88,5
Pulpejo de los		
dedos: 1. ^º	89,5	85
2. ^º	88,5	83
3. ^º	89	83
4. ^º	90	84
5. ^º	89,5	83

Presión arterial, 120 × 80.

La exploración del miembro inferior izquierdo demuestra pulso presente en las arterias poplítea, pedia y tibial posterior, y la desaparición del edema del tobillo.

El examen histológico del saco (ant.) resecado mostró una estructura histológica venosa.

A los dos meses el paciente continúa sin trastornos con marcha normal y sin alteraciones circulatorias en sus miembros inferiores.

RESUMEN

Se presenta un caso de fistula arteriovenosa femoral postraumática, tratada con éxito por resección del saco, ligadura de los cabos venosos y restablecimiento de la continuidad arterial por anastomosis termino-terminal.

SUMMARY

A case of traumatic arterio-venous femoral fistula is presented. Excision of the sac, ligation and division of the vein and successful end-to-end suture of the femoral artery was performed.