

ANEURISMA CIRSOIDEO SUPRACLAVICULAR

FERNANDO MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)*

El aneurisma cirsoideo está constituido por la dilatación y alargamiento de los troncos y ramas de un sector vascular como consecuencia de múltiples comunicaciones arteriovenosas anormales.

Las arterias aferentes y las venas eferentes del tumor tienen como característica su alargamiento, dilatación y flexuosidad. La dilatación arterial se acompaña de disminución del espesor de sus túnicas y de atrofia de sus elementos musculolásticos. La dilatación de las venas se asocia a un cuadro inverso, el espesor de la pared aumenta. Arterias y venas adquieren de esta suerte caracteres semejantes, siendo difícil su distinción. Se sustenta que las arterias adquieren aspecto venoso y que las venas se arterializan; unas y otras, dilatadas, pulsátiles y con la estructura parecida, se aplanan después de seccionadas, lo cual no ocurre en las arterias normales.

El aneurisma cirsoideo crece progresivamente adaptándose a las nuevas condiciones hidrodinámicas creadas por la comunicación arteriovenosa. El tejido celular perivascular va desapareciendo y transformándose en tejido escleroso, que adhiere unos vasos a otros. La piel puede ulcerarse, sobreviniendo hemorragias graves o mortales. Los huesos adyacentes pueden reabsorberse progresivamente, habiéndose observado en alguna ocasión la perforación de la bóveda craneana y hasta hemorragias meníngeas.

La ulceración y hemorragia es la complicación más dramática y terrible del aneurisma cirsoideo, obligando a veces a una operación urgente.

CASO CLÍNICO

El 10 de julio de 1956 ingresó en nuestra Clínica Vascular una enferma de 41 años que presentaba una tumoración en la región supraclavicular derecha. A los 18 años apareció en esta región una mancha névica de color rojizo que se fue extendiendo. Más tarde, debajo de ella se formó una tumoración blanda que fue creciendo poco a poco. A los 20 años la tumoración se ulceró y sufrió la primera hemorragia. Fue tratada con radium y radioterapia durante años. A pesar de ello la tumoración aumentó de tamaño y las hemorragias se repitieron tres o cuatro veces.

En el momento de su ingreso se aprecia una mancha névica rojiza en la región supraclavicular derecha (fig. 1) y la piel de esta región elevada por una gran tumoración difusa, irregular, blanda y parcialmente reduc-

tible, formada por un conjunto de vasos dilatados, tortuosos y pulsátiles. La auscultación permite oír un soplo continuo intenso de refuerzo sistólico y la palpación un «thrill» intenso.

Salvo una ligera anemia, el resto del organismo es normal, así como las pruebas rutinarias de laboratorio.



Fig. 1

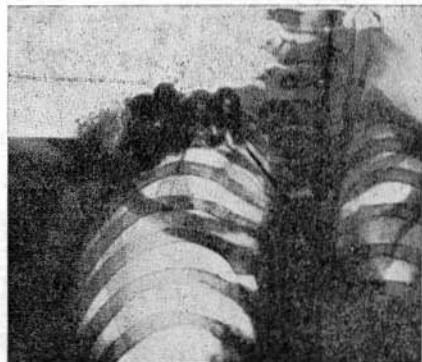


Fig. 2

Fig. 1. — La fosa supraclavicular derecha ha desaparecido ocupada por una tumoración blanda y pulsátil, recubierta por piel que muestra una extensa mancha névica.

Fig. 2. — Arteriograma obtenido en el acto operatorio, mostrando la comunicación arteriovenosa entre la arteria subclavia y la masa tumoral, constituida por un vaso anormal de curso serpantino.

1.^a operación. — El 14 de julio de 1956 se opera la enferma bajo anestesia general. Anestesiador, Dr. Montón. Ayudantes: Dr. Alonso y Dr. Oller, y asisten a la operación el Dr. Córdoba, del Perú y el Dr. López, de Barcelona. Se libera el tronco braquiocefálico mediante incisión supraesternal. Se liberan la carótida, la subclavia y el neumogástrico. Se practica arteriografía por punción de la arteria subclavia (fig. 2). El arteriograma pone de manifiesto un vaso normal de curso serpantino que comunica la arteria subclavia con los paquetes venosos dilatados. La compresión de este vaso suprime el «thrill». Se reseca desde su origen en la subclavia hasta su penetración en la masa tumoral. Desaparece la tensión y la pulsatilidad

del tumor cirsoide. Sin embargo se observa que el acodamiento de la subclavia aumenta todavía más el colapso de la tumoración. Por este motivo se secciona esta arteria entre dos ligaduras. Sutura sin drenaje.

El curso postoperatorio es normal. Desaparecen el soplo y el «thrill». Se trombosan espontáneamente los vasos dilatados. Aunque desaparecen la pulsatilidad y las oscilaciones en el brazo derecho, su irrigación se mantiene bien. Alta el 27 de julio de 1956.

Pasa un año bien.

El 25 de octubre de 1957 reingresa por copiosa hemorragia. La tumoración ha vuelto a crecer y de nuevo es pulsátil.

2.^a operación. — Anestesia general. Anestesiador: Dr. Montón. Ayudantes: Dr. Palou y Dr. López. Transfusor: Dr. Guasch. Asisten a la operación el Dr. Gómez Márquez, de Honduras y el Dr. Monserrat, de Barcelona.

Se retira el vendaje compresivo e inmediatamente la tumoración ulcerada sangra a chorro. Un ayudante mantiene la hemostasia por compresión mientras se desinfecta la piel y durante el acto operatorio. Mediante una sección horizontal en la base del cuello se descubre la carótida primaria y la arteria subclavia. Se seccionan los músculos esternocleidomastoideo y escaleno anterior y la yugular interna en el lado derecho. Las adherencias provocadas por la operación anterior y la hemorragia provocada por la enorme riqueza vascular del campo operatorio dificultan en gran medida la liberación de los troncos arteriales.

Una arteriografía practicada por punción de la subclavia no demuestra ninguna comunicación arteriovenosa. Por otra parte, la compresión de la subclavia ni la de ésta y la carótida simultáneamente provocan el colapso del tumor y el cese de la hemorragia. Aunque la pérdida sanguínea ha sido muy abundante, se decide la extirpación de la tumoración junto con la piel ulcerada.

Se extirpa la tumoración junto con un huso de piel que comprende la perforación. La hemorragia es muy abundante, obligando a practicar numerosas ligaduras. Se sutura parcialmente la piel y se coloca un taponamiento de gasa, dejando la herida parcialmente abierta.

Durante el acto operatorio se han transfundido a la enferma 2,5 litros de sangre.

Curso postoperatorio, normal. Alta el 22 de noviembre de 1957.

El 1.^o de abril de 1958 su médico de cabecera, Dr. Castillo, me escribe desde Zaragoza diciendo que la enferma está perfectamente.

Este caso demuestra una vez más que los aneurismas cirsoideos deben ser tratados como una neoplasia maligna, esto es deben ser extirpados por completo. En el caso que hemos presentado, la existencia de una gran comunicación arteriovenosa bien localizada por arteriografía y resecada fácilmente permitía esperar la curación completa. Obsérvese, sin embargo, como al año se presentó una recidiva y una persistente hemorragia que obligó a una operación urgente.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de aneurisma cirsoide supraclavicular recidivado tras la supresión de una comunicación arteriovenosa y curado después por extirpación de toda la tumoración, se resalta la necesidad de tratar dichos aneurismas por la resección completa como si se tratara de una neoplasia maligna.

SUMMARY

A case of supraclavicular cirsoid aneurysm is reported. Recurrence occurred after ligation of an arteriovenous communication. Following the total excision of the tumor the patient was cured. The need for a complete resection of these aneurysms, as in cancer surgery, is emphasized.