

HEMANGIECTASIA BRAQUIAL POR FISTULAS ARTERIOVENOSAS CONGENITAS

J. FRANCINO GRAU y F. MATILLA INIESTA

*Servicio Nacional de Cirugía Cardio-Vascular del S.O.E.
(Director: Prof. A. Muñoz-Calero)*

Madrid (España)

Constituyen las fístulas arteriovenosas de la extremidad superior una afección poco frecuente no sólo para el cirujano general sino, incluso, para el vascular. Considerada esta afección desde el punto de vista terapéutico, entraña su resolución grandes dificultades técnicas. No es de extrañar, por tanto, lo poco que se ha avanzado en el tratamiento de este proceso; y que desde el criterio abstencionista, en los casos leves, a la cirugía radical, en los casos avanzados, sean las normas de conducta en muchos cirujanos.

Ya, en 1958, GROSS, LIMONE y OLDEMBURG, en una revisión de conjunto sobre fístulas arteriovenosas congénitas, indicaban que el número total de casos publicados en la literatura médica mundial era de 200 solamente.

GASPARINI y MAYALL, en 1959, con motivo de una comunicación presentada sobre un caso de fístula arteriovenosa congénita de la mano, establecían en el número de 50 la cifra total de casos comunicados hasta entonces de tal afección.

En el mismo año, TRIFAUD publica un caso de fístula arteriovenosa congénita del pulgar asociada a fístula intraósea del metacarpiano; y MARTORELL y PALOU, tres aneurismas cirsoideos por comunicación intraósea.

Más recientemente, en 1960, CASTRO-FARIÑAS y RIVERA-LÓPEZ presentan dos casos de fístulas arteriovenosas congénitas de la mano tratadas quirúrgicamente con recuperación total, señalando la necesidad del tratamiento quirúrgico precoz como única forma de acabar con los tratamientos tróficos que en grado avanzado conducirían hasta la amputación del miembro.

Finalmente, estos mismos autores presentaron, en 1961, un nuevo caso de aneurisma cirsoideo de la mano por fístula arteriovenosa intraósea a nivel de la falange proximal del índice, tratada quirúrgicamente con trepanación e injerto óseo.

Basándonos en la relativa rareza del caso que comentamos es por lo que hemos estimado oportuno presentar esta comunicación que se refiere a un caso de fístulas arteriovenosas múltiples del miembro superior derecho y más concretamente de antebrazo y mano.

HISTORIA CLÍNICA. — Enfermo S. S. B., de 26 años.

Antecedentes familiares sin interés. Enfermedades de la infancia.

Enfermedad actual: Desde el nacimiento ha oído comentar a sus padres que tenía dilataciones venosas en antebrazo y dorso de la mano derechos. Estas dilataciones han estado estacionarias sin haber observado nunca aumento de tamaño. Nunca le han producido molestias subjetivas; algunas veces cree recordar que nota cierta sensación de hormigueo, cosa que no le ocurre en la extremidad opuesta. No dolor ni pesadez. No ha observado cambios notables en la coloración. Hace diez o doce días sufrió un traumatismo en brazo derecho que le obligó a ir al médico, el cual le remite a nuestra consulta.

Recuento por aparatos, sin interés.

Exploración: Constitución asténica. Normal coloración en facies y mucosas. Buen estado de nutrición. No dolor a la salida de los pares craneales. Pupilas isocrónicas y normoreactivas. Lengua y faringe normal. Cuello normal.

Tórax: Pulmón y corazón, normales. A la exploración radiológica de tórax no se aprecia aumento de la silueta cardíaca. E.C.G., normal.

Extremidades inferiores sin alteraciones vasculares: ausencia de varices, latidos arteriales normales.

T. A. brazo derecho 140/95; brazo izquierdo 120/100.

Extremidad superior derecha: Se aprecian grandes paquetes varicosos en tercio inferior del brazo, cara externa del antebrazo y dorso falange proximal dedos pulgar, medio y anular. Estas dilataciones venosas son saculares a partir del tercio medio del antebrazo, siendo en el resto tortuosas. La coloración del antebrazo es por zonas redondeadas que corresponden a la dilatación de color rojo vinoso discreto, apareciendo en falange proximal de dedo medio una coloración rojo violácea. No hay alteraciones en la piel ni en las uñas.

GRAFICO I

MIEMBRO SUPERIOR				
SECTOR	Oscilometría		Termometría C°	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Brazo	3	1.75	32.°	28.°5
Antebrazo	1.25	1	33.°	29.°5
Muñeca	0.50	0.50	33.°5	30.°
Mano			31.°	30.°
Pulgar			29.°5	28.°
Índice			28.°	28.°
Medio			27.°8	28.°2
Anular			27.°5	28.°5
Meñique.			27.°2	28.°7

No hay dolor por palpación en las extremidades. Las dilataciones son blandas, depresibles, sin sensación de trombos ni pulsatilidad en las mismas. La temperatura por tacto es igual a la del otro miembro. No se observa la existencia de «thrill» ni se auscultan soplos. El signo bradicárdico de Branham ha resultado negativo.

Al elevar el miembro y ponerlo en la vertical desaparecen las dilataciones cuando, al mismo tiempo, se realizan maniobras de expresión. No se observa ingurgitación de las flebectasias al comprimir el sistema venoso superficial en la raíz del miembro.



Fig. 1

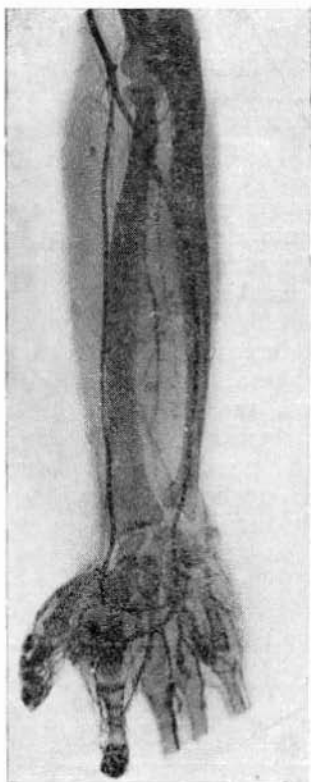


Fig. 2

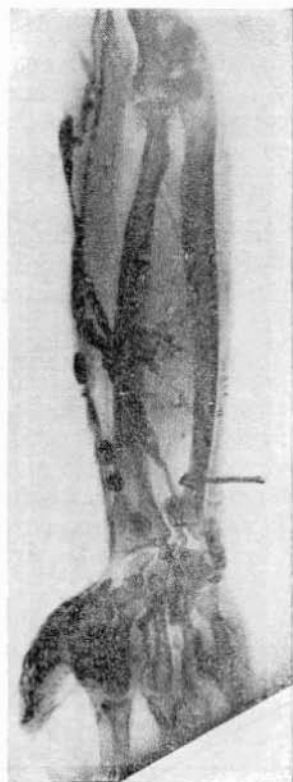


Fig. 3

Fig. 1. Radiografía 1, sin substancia de contraste. Se observan flebolitos de diferente tamaño a lo largo del antebrazo. No se observan deformaciones ni proceso osteolítico alguno. — Fig. 2 Radiografía 2, donde se observa la repleción total del árbol arterial a partir de la arteria braquial, con un esbozo de repleción capilar en los dedos pulgar e índice y presencia de contraste a nivel de flebectasias de la mano, con amplias anastomosis a nivel de las interóseas. — Fig. 3. Radiografía 3, donde se observa relleno de las flebectasias del antebrazo y mano, con restos aún de contraste correspondiente a las arterias humeral y radial. Desaparición del mismo en el sistema de la cubital, lo que nos hace pensar en cortocircuitos arteriovenosos múltiples a este nivel.

Exploración neurológica y arterial, normal. 80 pulsaciones por minuto. Desarrollo muscular y capacidad articular, normales.

Estudio oscilométrico y termométrico expresado en el Gráfico I.

Determinaciones oximétricas: Sangre venosa 37.5 Hb., O_2 4. Corresponde 12 % de O_2 con 47 % de saturación. Sangre obtenida de las varices 30 Hb., O_2 23. Corresponde 21.5 volúmenes % de O_2 con 87,5 % de saturación. Sangre arterial 24 volúmenes % de O_2 con 96 % de saturación.

Estudio analítico: Hematíes 4.100.000; leucocitos 10.800; eosinófilos 10; segmentados 61; linfocitos 15; monocitos 7. V.S.G., 2-6, Índice 2.5.

Tiempo de coagulación 7". Tiempo de hemorragia 30".

Urea en sangre 0.28; glucemia 0.79.

Arterioflebografía: Estudio radiográfico seriado con 20 c.c. de Triopaque 400, realizado percutáneamente a través de la arteria humeral: I) Placa obtenida a los 4" de comenzar la inyección, II) placa obtenida a los 6", III) placa obtenida a los 10". Radiografía 1.ª (fig. 1): presencia de flebolitos de diferente tamaño a lo largo del antebrazo. No se observan deformaciones ni proceso osteolítico alguno. Se trata de una radiografía simple. Radiografía 2.ª (fig. 2): Se observa repleción total del árbol arterial a partir de la arteria braquial, esbozándose el relleno de la red capilar de los dedos pulgar e índice con presencia de contraste a nivel de flebectasias de la mano, con amplias anastomosis a nivel de las interóseas. Radiografía 3.ª (fig. 3): Se observa relleno de las flebectasias del antebrazo y de la mano, con restos aún de contraste correspondiente a las arterias humeral y radial y desaparición del mismo en el sistema de la cubital, lo que nos hace pensar en cortocircuitos arteriovenosos múltiples a este nivel.

COMENTARIOS

El presente caso por nosotros estudiado nos sitúa en el terreno de las angiodisplasias o malformaciones congénitas vasculares del miembro superior.

Pudiéramos pensar que este caso fuera el señalado por SERVELLE y TRINQUECOSTE con la designación de Angioma venoso que, revisado por MARTORELL y SALLERAS, recibe el nombre más apropiado de Hemangiomatosis braquial osteolítica, en la que coinciden con una hemangiectasia monomélica de miembro superior atrofia ósea, acortamiento del miembro y flebolitos.

Nuestro caso únicamente presenta como hecho destacable la hemangiectasia y los flebolitos pero no el resto sintomático que individualiza tal afección.

Tampoco lo encajamos dentro del aneurisma cirsoideo o angioma racemoso arterial, por cuanto su sintomatología típica no coincide al no existir pulsatilidad venosa, soplo o «thrill» que indicase su existencia.

Podemos descartar asimismo el Síndrome de Klippel-Trenaunay del miembro superior al no existir hipertrofia y alargamiento del miembro ni comprobarse nevus.

Por lo tanto, encuadramos el caso que nos ocupa tal vez en el angioma venoso o angioma racemoso venoso, que constituye una de las variantes de hemangiectasia de tipo congénito por múltiples fistulas arteriovenosas, en que la tumoración está constituida por el alargamiento, flexuosidad y dilatación de las venas en un determinado territorio con amplio drenaje a través del sistema venoso del miembro, correspondiente asimismo a una forma difusa y no localizada de angioma racemoso que nos recuerda exactamente las formas varicosas del miembro superior.

RESUMEN

Se presenta un caso de hemangiectasia braquial por fistulas arteriovenosas congénitas.

SUMMARY

A case of braquial hemangiectasis due to arterio-venous fistulae is presented.