

ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS ADQUIRIDOS*

SAVINO GASPARINI FILHO

*Professor de Clínica Cirúrgica da Escola de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas,
Río de Janeiro (Brasil)*

Los aneurismas arteriovenosos adquiridos se originan en casi su totalidad en heridas de regiones donde la arteria y la vena transcurren próximas y paralelas. La exploración sistemática obligatoria reduciría mucho la incidencia de estos aneurismas.

La falta de saco en el 75 % de estos tumores llevó a LERICHE,⁵ en 1949, a denominarlos fistulas arteriovenosas. El contorno de la fistula está siempre reforzado por una ganga fibrosa, a veces calcificada. La endotelización del trayecto fistuloso casi nunca permite la trombosis local. Existen casos donde, no obstante, después de constituido el aneurisma se produce una trombosis, trombo que se fragmenta a veces a nivel de la comunicación, emboliza y da lugar a una gangrena secundaria (MARTORELL⁷, 1953). La vena se hipertrofia, se dilata y entra en régimen de insuficiencia valvular secundaria. Es frecuente la asociación con aneurismas arterioarteriales traumáticos (SAVINO GASPARINI FILHO^{1 y 4}).

La anoxia de las metáfisis óseas da lugar a un crecimiento del miembro afecto, aunque las extremidades se atrofien.

En el aparato circulatorio se establecen de modo progresivo una sobrecarga diastólica y una hipertrofia ventricular izquierda. Tales fenómenos conducen con el tiempo a la dilatación y a la insuficiencia cardíaca.

Otra característica clínica de estas ectasias es la prolongada latencia de síntomas. Pueden no existir; a veces producen sensación de calor, otras dan lugar a la aparición de simples dilataciones venosas en los miembros o conciencia de «thrill» en el trayecto de los vasos.

Al examen físico se observan los signos clásicos de los aneurismas, con la particularidad de que el soplo es de carácter continuo comprendiendo todo el ciclo cardíaco.

Cuando se instalan en los miembros inferiores y son de larga duración, aparecen signos de insuficiencia venosa periférica que van del simple edema hasta la ulceración de la piel (GASPARINI FILHO, S.²).

Tenemos en nuestra experiencia personal 5 casos operados: uno de mano, dos de muslo, uno de rodilla y uno de pierna.

El caso de la mano, ya publicado (GASPARINI FILHO, S.³), se refería a una comunicación entre la arteria radical izquierda y la vena mediano-cefálica, a nivel de la tabaquera anatómica. Fue tratado por tetraligadura (Caso I) (fig. 1).

En la arteria femoral los aneurismas se manifiestan por un empastamiento

* Presentado al IX Congreso Brasileño de Angiología, Río de Janeiro 1962.

Traducido del original en portugués por la Redacción.



FIG. 1. Aneurisma arteriovenoso adquirido de la mano. Obsérvese la arteria radial y la vena mediano-cefálica.

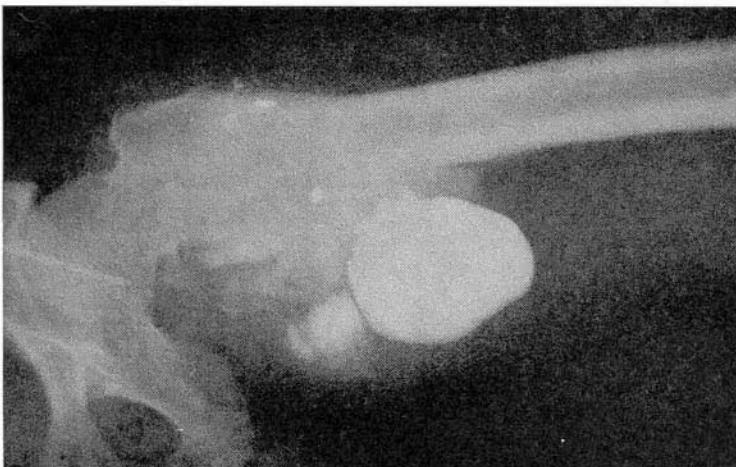


FIG. 2. Aneurisma arteriovenoso adquirido asociado a aneurisma arterioarterial traumático del músculo. Flebografía retrógrada.



FIG. 3. Aneurisma arteriovenoso adquirido asociado a aneurisma arterioarterial traumático de la pierna. Obsérvense los perfiles de la arteria y de la vena y la circulación colateral de suplencia.

acompañado de alteraciones del pulso distal. Cuando estas alteraciones no se hallan presentes es que el aneurisma se localiza en la femoral profunda (MARTIN y colaboradores,⁶ 1956).

Los casos II y III, ambos ya publicados por GASPARINI FILHO, S.¹⁻⁴ se constituyán de aneurismas arteriovenosos adquiridos asociados a aneurismas arterioartiales traumáticos, el primero entre arteria y vena femorales a nivel del conducto de Hunter, el segundo a nivel del triángulo de Scarpa (fig. 2). El primero fue tratado por ligadura definitiva de la vena y aneurismectomía con anastomosis terminoterminal; el segundo por fleborrafia, fistulectomía, arterio y fleborrafia.

El paciente que se refiere al Caso IV de esta serie era portador de un aneurisma arteriovenoso adquirido asociado a un doble aneurisma arterioarterial traumático, en las arterias y venas poplíticas izquierdas. Este Caso se halla pendiente de publicación en la Revista Chilena de Angiología. Fue tratado quirúrgicamente en dos tiempos. En el primero practicamos endoaneurismorrafia tipo Matas; en el segundo, resección del aneurisma varicoso por tetrasección vascular y anastomosis terminoterminal de la arteria y vena comprometidas. En este caso heparinizamos el paciente.

En el Caso V la localización del aneurisma fue entre arteria tibial posterior y una de sus venas satélites (fig. 3). Practicamos ligadura de los cabos venosos, fistulectomía y arteriorrafia.

CASUÍSTICA

CASO 1. A. R. S., varón de 39 años. Ingreso el 25-IX-61. Operación el 26-X-61. Tumor con una evolución de dos meses, originado por un microfragmento de acero procedente de un martillo. Localización en la tabaquera anatómica izquierda. Tetraligadura y aneurismectomía. Acceso por la bisectriz del ángulo de los abductores.

CASO 2. A. R. S., varón de 27 años. Ingreso el 29-I-58. Operación el 13-II-58. Tumor con una evolución de quince meses, originado por herida de arma blanca. Localización en el tercio medio del muslo izquierdo. Aneurismectomía con anastomosis terminoterminal y ligadura definitiva de los cabos venosos. Acceso anterointerno del muslo.

CASO 3. J. D., varón de 41 años. Ingreso el 3-IV-62. Operación el 25-IV-62. Tumor con una evolución de treinta meses, originado por una herida de arma de fuego (plomo fino). Localización en la raíz del muslo izquierdo. Fleborrafia de la femoral seguida de arteriofleborrafia.

CASO 4. A. Z. Z., varón de 21 años. Ingreso el 5-XII-61. Operación el 27-XII-61, 10-I-62 y 12-II-62. Tumor con evolución de dos meses, originado por herida de arma de fuego. Localización en región poplítea derecha. Simpatectomía lumbar. Endoaneurismorrafia tipo Matas. Aneurismectomía más anastomosis terminoterminal de arteria y vena femorales. Acceso posterior vía Arnolf Berrochoux.

CASO 5. W. R. S., varón de 23 años. Ingreso el 6-VI-60. Operación el 24-VI-60. Tumor con una evolución de quince meses, originado por herida penetrante de arma blanca. Localización en la pantorrilla derecha. Fistulectomía con doble arteriorrafia y ligadura definitiva de los cabos venosos. Acceso posterior vía Fiolle-Delmas.

RESUMEN

El autor expone el concepto de aneurismas arteriovenosos adquiridos, hace consideraciones sobre la anatomía patológica y la clínica de dichos tumores y registra la técnica operatoria y la táctica quirúrgica utilizada en cinco casos que tuvo oportunidad de intervenir personalmente.

SUMMARY

Five operated cases of acquired arteriovenous aneurysms are presented.

BIBLIOGRAFÍA

1. GASPARINI FILHO, S. y MAYALL, R. C. — *Sobre un caso de fistula arteriovenosa femoral, asociada a hematoma pulsátil.* «Angiología», 10:273;1958.
2. GASPARINI FILHO, S. — *Varizes dos membros inferiores. Síndrome de insuficiencia venosa periférica. Tratamento operatório.* «O Hospital», 69:133;1961.
3. GASPARINI FILHO, S. y MAYALL, R. C. — *Sobre un caso de aneurisma arteriovenoso traumático de la mano.* «Angiología», 14:187;1962.
4. GASPARINI FILHO, S. — *Sobre um caso de aneurisma arteriovenoso traumático associado a hematoma pulsátil.* «Angiopatias», Revista Brasileira de Angiología. 224;1962.
5. LERICHE, R. — *«Anévrismes artériels et fistules artério-veineuses. Physiologie, pathologie et traitement.»* Masson et Cie., Paris.
6. MARTIN, P.; LYN, R. B.; DIBLE, J. H.; AIRD, L. — *«Peripheral vascular disorders»*, E & S Livingstone Ltd., Edinburgh y London.
7. MARTORELL, F. — *«Accidentes vasculares de los miembros».* Salvat Ed., Barcelona-Madrid-Buenos Aires-México-Caracas-Río de Janeiro.