

Fístula arteriovenosa maligna

F. MARTORELL

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)

Existe en los miembros un tipo de fístula arteriovenosa congénita múltiple que por su evolución denomino «maligna». Se caracteriza por su incurabilidad, por su recidiva regional, por su tendencia gangrenante, por su empeoramiento progresivo y por la muerte del enfermo con frecuencia por hemorragia.

Son enfermos que se operan una y otra vez. Una y otra vez se extirpan comunicaciones arteriovenosas; y una y otra vez reaparecen las venas animadas de una endemoniada pulsatilidad. La recidiva constante conduce a la amputación como medida terapéutica en apariencia radical. Sin embargo, la amputación va seguida de necrosis del muñón, de infección y de hemorragia. La amputación se lleva más arriba, pero también a este nivel se desune la herida suturada, se necrosan los bordes, se infecta el muñón y las continuas e inquietantes hemorragias desmoralizan al cirujano ante la inutilidad de todas las operaciones al verse terapéuticamente desarmado frente a una enfermedad donde ni siquiera cabe una desarticulación interescapulotorácica.

Se trata de enfermos que, aparte de sus comunicaciones arteriovenosas, son jóvenes, están bien constituidos, con todos sus órganos en perfecto estado, pero portadores de una enfermedad incurable y mortal semejante a algunos cánceres, de los que se diferencia por no dar metástasis y a los que se parece por su constante recidiva y empeoramiento progresivo.

Voy a relatar dos casos, uno de ellos ya muerto y otro que se halla en grave estado.

El 28-IX-55 ingresa en nuestra Clínica Vascular un enfermo de 22 años de edad, en el estado que muestra la figura 1. Su brazo derecho está amputado entre muñeca y codo. El muñón aparece edematoso, congestionado, con necrosis e infección. La superficie cruenta, constituida por un tejido de granulación exuberante, pálido y maloliente, sangra con mucha facilidad al cambiar el apósito. En la pared torácica se aprecian unas venas turgentes, dilatadas y pulsátiles, más acusadas en la región supraclavicular, en la pectoral

y en el brazo y antebrazo. Estas venas prominentes borran el surco deltopectoral. En la región supraclavicular se ausculta con toda claridad un soplo continuo de refuerzo sistólico acompañado de «thrill». Aunque con menor intensidad, el soplo también se ausculta por debajo de la clavícula. El estado general del enfermo es inquietante: tiene taquicardia, fiebre y anemia.

Relata la siguiente historia. Desde los 12 años aparecieron dilataciones venosas en el brazo derecho que se extendieron hacia hombro y muñeca. El 25-II-55 ingresó en otro

hospital, donde fue sometido a varias operaciones en muñeca, brazo y región supraclavicular. Después de una de estas operaciones sufrió una copiosa hemorragia que obligó a la ligadura de la arteria radial, seguida de gangrena de la mano y amputación a nivel del antebrazo.

Ingresado en nuestra Clínica Vascular, después de varias transfusiones de sangre, preparación con antibióticos y de practicarle una aortografía, decidimos operarle.

Operación (25-X-55): Por esternotomía y resección cleidocostal se descubren la vena cava y la aorta, practicando previamente numerosas ligaduras por estar la piel y los pectorales convertidos en una esponja sanguínea. La cava superior presenta «thrill». La separación de los grandes vasos no muestra fistula alguna. La vena ácigos tiene un calibre cuádruple del normal.

Se continúa la exploración en sentido distal. Arteria y vena subclavias están muy dilatadas y entre ambas se encuentra una comunicación constituida por un vaso anormal, turgente, pulsátil y helicoidal, o sea una fistula arteriovenosa de gran calibre. Satisfechos por el hallazgo, que parece va a permitir resolver el problema, resecamos el conducto que comunica arteria y vena subclavias.

Asistieron a la operación los doctores Pareja, Cutillas y Galotto, de Valencia, el doctor Sixto, de Santiago de Compostela, y el doctor Munar, de Palma de Mallorca.

La localización y resección de esta comunicación arteriovenosa subclavia nos hacía sentir más optimistas sobre el porvenir del enfermo. No obstante, aunque desaparecieron el soplo y el «thrill» de la región

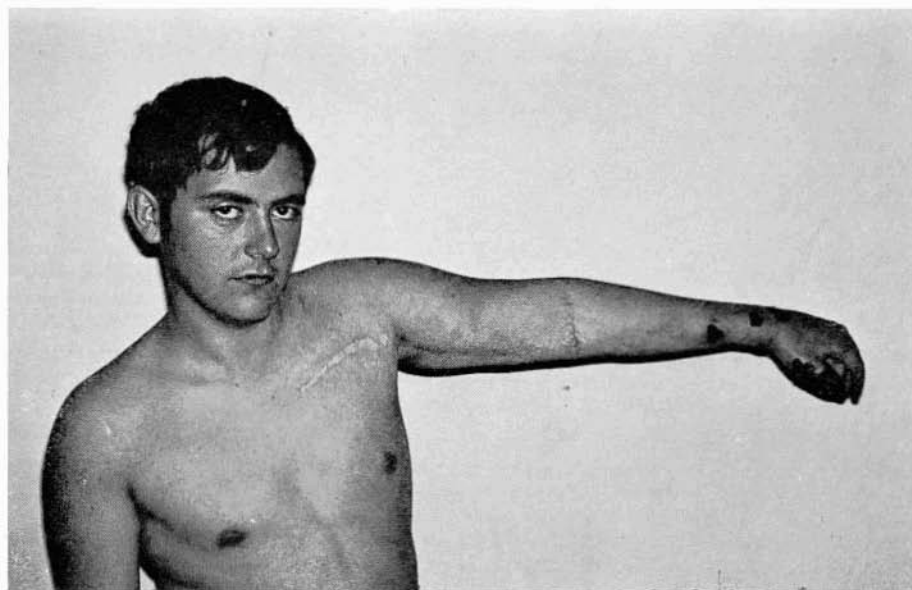


FIG. 1. Aspecto del muñón de amputación a nivel de antebrazo de un enfermo de 22 años con fistula arteriovenosa maligna. El muñón aparece edematoso, congestionado, infectado y necrótico, con una superficie cruenta constituida por tejido de granulación exuberante, pálido, maloliente y que sangra con mucha facilidad.

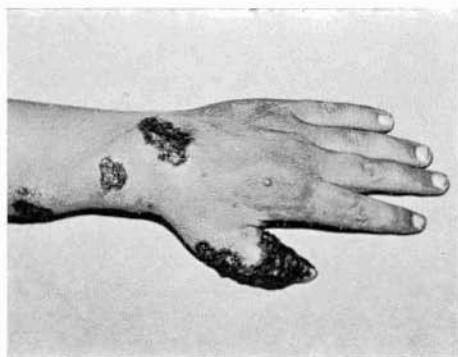
supraclavicular, persistió la turgencia venosa en el hombro y en el brazo. Parecía como si se formaran nuevas fistulas o se dilataran las preexistentes. Al proceder a las curas del muñón ulcerado se originan profusa hemorragias que obligan a repetidas transfusiones de sangre.

El 12-XI-55 se practica amputación a nivel del brazo, suturando el muñón. La herida se desune, el muñón se edematiza, los bordes se necrosan y la superficie cruenta no tarda en presentar el mismo aspecto que el que tenía la del antebrazo.

El estado del enfermo empeora de modo progresivo por la fiebre, el dolor, la infección y las hemorragias.



A



B

FIG. 2. Aspecto del brazo de un enfermo de 16 años con fístula arteriovenosa maligna. Aparece hipertrófico, con notable aumento de la temperatura local (A); placas necróticas en antebrazo y gangrena del pulgar (B) que está aumentado de volumen.

El 3-X-57, dos años después, todavía se practica una nueva intervención, resecaando un sector de la IV y V costillas y descubriendo los vasos intercostales a nivel de una gruesa comunicación arteriovenosa. El 10-I-58 se resecan varias comunicaciones arteriovenosas más a nivel del brazo.

He descrito dos casos de esta trágica enfermedad. Uno ya ha muerto, el otro tiene un pronóstico muy sombrío. Nada cabía hacer en el primero; y es muy posible que nada quepa hacer en el segundo. Hoy por hoy carecemos de una terapéutica eficaz contra dicha enfermedad. Desgraciado el cirujano que tiene que enfrentarse con uno de estos casos, por fortuna raros; al que le toca, se le pueden vaticinar días y meses, incluso años, de profunda amargura ante la ineficacia de todas las operaciones y ante la contemplación de un curso lento que de modo inexorable conduce hasta la muerte.

Podemos catalogar esta enfermedad como Aneurisma cirsoide. Sabemos que este trastorno vascular es en esencia una comunicación arteriovenosa múltiple que requiere su completa extirpación como si fuese un tumor. Si la extirpación es incompleta, la recidiva es segura. Basta con que quede una sola fístula para que el orificio venoso, actuando de aspirador de la sangre arterial, la derive hacia él aportando a la región un caudal sanguíneo cada vez mayor. Así se produce un crecimiento tumoral no blastomatoso, como es el caso del cáncer, sino hidrodinámico. Los vasos se dilatan más y más, crecimiento que sólo cesa cuando no persiste ni una sola comunicación. En los casos relatados la extirpación total era imposible por comprender no sólo el brazo sino también la pared torácica.

Pero hay más. En el aneurisma cirsoide no curado siempre ha quedado una comunicación no interrumpida, o sea el tratamiento ha sido incompleto; pero en la fístula arteriovenosa maligna existe otro factor aún inexplicable: la neoformación de las comunicaciones. El cirujano que ha dejado arterias y venas por completo desconectadas, queda sorprendido ante la reaparición de las fístulas en el mismo lugar en que fueron totalmente suprimidas.

Es esta neoformación de las fístulas el problema más trascendental de esta terrible enfermedad no aclarada todavía por nuestros conocimientos de fisiopatología vascular. Mientras nuestra ignorancia continúe, seguirán muriendo irremisiblemente y en plena juventud los portadores de tan trágica dolencia.

RESUMEN

El autor comunica dos casos de fístula arteriovenosa congénita múltiple de la extremidad superior. La designa con el nombre de Fístula arteriovenosa maligna, por el hecho de que carece de tratamiento y conduce a la muerte.

SUMMARY

Two cases of multiple congenital arteriovenous fistula in the arm are presented. The author calls this «malignant arteriovenous fistula» because it must be kept in mind that this peculiar arteriovenous fistula is a fatal disease.