

Aneurisma de la tibial posterior: Una rara complicación de la úlcera venosa crónica

A. M. MATEO, Cirujano Vascular y Prof. de clases prácticas de la 2.ª Cátedra de Cirugía de Valladolid.

F. DE ANDRES PEREZ, Jefe del Servicio de Cirugía de la Residencia Sanitaria de la S. S. de Valladolid.

M. DE ANDRES PEREZ, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de la Marina, Madrid.

S. CARRERA DIAZ, Adjunto de Cirugía de la Residencia Sanitaria de la S. S. de Valladolid
(España)

En el Homenaje al Prof. **Martorell**, celebrado en Barcelona (España) en septiembre de 1975, tuvimos el encargo de desarrollar una de las Ponencias de la Mesa Redonda sobre «Tromboflebitis», concretamente sobre «Clínica de la tromboflebitis». En el capítulo correspondiente a la úlcera venosa crónica mencionábamos las complicaciones que tal situación trófica podía causar sobre el miembro afecto. En tal sentido enumeramos como más frecuentes las rigideces de la articulación del tobillo, las contracturas en equino irreductibles, las atrofiás óseas subyacentes y los linfedemas por fibrosis periulcerosa.

En el diálogo entablado tras el desarrollo de los diferentes capítulos de la Mesa Redonda preguntamos al Prof. **Martorell** si, en base a su dilatada experiencia angiológica, había tenido la oportunidad de observar un aneurisma falso de la arteria tibial posterior en su trayecto retromaleolar como complicación de una úlcera venosa, a lo que el insigne Maestro respondió que no.

Tal contestación nos ha movido a poner de relieve el caso vivido por nosotros y a comunicarlo a la literatura nacional, dada la rareza del proceso objeto de esta nota clínica.

Caso clínico

Enferma P. B., de 61 años de edad. De sus antecedentes y por la evidente relación con el cuadro clínico futuro destacamos la existencia de un traumatismo sobre el miembro inferior derecho, con fractura tibial, ocurrido hace 19 años. Interrogada sobre la evolución del traumatismo, refiere haber presentado a los pocos días de la reducción ortopédica un edema global de pierna y muslo, con grandes molestias que obligaron a retirar el yeso y sustituirlo por una inmovilización hasta ceder el cuadro edematoso.

Tras este incidente, la extremidad quedó en una situación de frialdad permanente, edema casi constante, cianosis cutánea y, con posterioridad, intensifi-

cación de la circulación venosa superficial. Del lado ortopédico hubo un retardo de consolidación que obligó a mantener la inmovilización enyesada durante seis meses.

En años sucesivos se hacen patentes varicosidades que, junto a los demás signos de insuficiencia venosa, hacen pensar en la instauración de un «Síndrome postflebítico crónico» con un componente de síndrome reflejo postraumático inicial evidenciado por el descenso permanente de la temperatura cutánea, la debilidad muscular y la limitación activa de los movimientos de dorsiflexión del pie, dolor al apoyar, etc.

Refiere que los trastornos últimamente mencionados culminaron en la aparición a nivel maleolar de una pigmentación, seguida de endurecimiento cutáneo y finalmente una úlcera con los típicos caracteres de la úlcera venosa. La rebel-
día de esta lesión a la curación, incluso tras largas temporadas de reposo, obligó

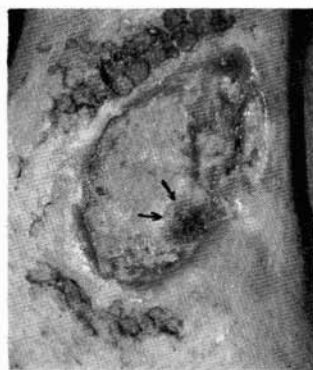


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Fig. 1: Aspecto inicial de la úlcera, en la que es visible un mamelón pulsante en su borde postero-inferior. — Fig. 2: La arteria tibial aislada muestra la dilatación aneurismática. — Fig. 3: Angioplastia en «patch», con injerto venoso.

a la realización de una simpatectomía lumbar con lo que, de modo transitorio, mejoró la temperatura cutánea y el tono muscular global del miembro, pero no logró el cierre de la úlcera. Evidentemente, la existencia del cuadro de «fisiopatía postraumática» agravó el normal proceso curativo de la úlcera. Ni siquiera una extirpación venosa mejoró la situación.

Cuando nosotros atendimos a la paciente llevaba 10 años de evolución ulcerosa y había sufrido ya las dos operaciones mencionadas. De inicio recurrimos a los vendajes angiológicos para el control del edema, pero tales remedios se hacía difícilmente adoptables dado que la compresión de la extremidad era muy mal tolerada. El reposo en cama era poco eficaz dada la intensa esclerosis y fibrosis de la úlcera. Y la posibilidad del injerto parecía remota por la desvitalización de la piel restante a causa del proceso postraumático sufrido. En este momento la paciente abandona las medidas de autocontrol que le fueron prescri-

tas y se limita a curas tópicas de la lesión, que acepta como consustancial e inevitable, restableciendo su vida habitual.

Así las cosas, un día nota la salida de unas pequeñas gotas de sangre que le empapan el apósito, a lo que no da demasiada importancia, por lo que no le hacen variar el ritmo y forma de sus curas tópicas, hasta que pocos días después tiene una hemorragia importante por la parte inferior y posterior de la herida, con carácter rítmico y con fuerza que alcanza a manchar el suelo a una distancia aproximada de un metro. Simultáneamente sufre una pequeña pérdida de conciencia, de la que se recupera con rapidez. Avisado uno de nosotros, se le insta un tratamiento general y compresión local que yugula la crisis hemorrágica.

Sin embargo, a la semana siguiente se reproduce con idéntica virulencia la



Fig. 4

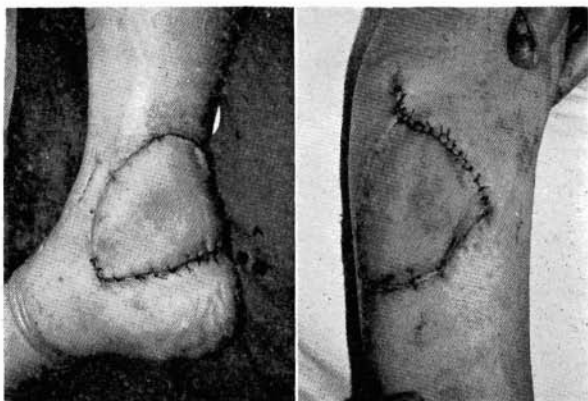


Fig. 5

Fig. 4: «Cross-leg» cutáneo, ya prendido en su receptor y todavía no separado de la zona dadora. — Fig. 5: Izq.: Zona ulcerada injertada, con la sutura del borde inferior del pedículo al reborde inferior de la úlcera. Dcha.: Zona dadora del colgajo recubierta por injerto libre.

situación clínica, lo que nos obliga a dar una solución rápida y duradera al problema.

Al examen de la herida (fig. 1) se observa un pequeño mamelón de color rojo oscuro en el borde póstero-inferior de la úlcera, pulsátil y en parte coagulado, que dada su situación retromaleolar se atribuye a la arteria tibial posterior dilatada de modo aneurismático por un proceso traumático crónico y constante.

La táctica a seguir debía llenar dos condiciones: reparación de la arteria tibial posterior, reparación imperativa dada la hipovitalidad global de la extremidad, y el recubrimiento de la zona reparada con un colgajo de piel, tratando de asegurar al máximo las posibilidades de que el injerto prendiera. Para el primer

objetivo planeamos la angioplastia «en parche» venoso. Para el segundo, el injerto en colgajo de piel tomado de la extremidad contralateral («Cross-leg») que asegurase la perfecta vascularización del fragmento cutáneo hasta su completa integración en la piel periulcerosa. El injerto libre nos parecía, por las razones expuestas, con muchas posibilidades de fracaso, no tanto por la zona periulcerosa sino más bien en relación con la deficiente vitalidad en general de la piel, secundaria al síndrome reflejo postraumático existente.

En la intervención (fig. 2) se aísla el aneurisma de la arteria tibial y se repara mediante una angioplastia con vena (fig. 3). El recubrimiento se efectúa mediante «cross leg», como demuestra la figura 4.

A los 21 días, tras pruebas de clampaje del pedículo cutáneo, se observa la ausencia de palidez de la piel injertada, lo que demostraba la perfecta vascularización a expensas de la zona receptora. Se interrumpe el pedículo y se sutura al borde inferior de la úlcera. Al mes se comprueba la zona ulcerada recubierta y el prendimiento del injerto, así como la perfecta repuesta de la zona dadora injertada con un fragmento libre de piel (fig. 5).

A los tres meses la enferma se encontraba perfectamente, manteniendo una leve compresión elástica.

Comentarios

Evidentemente y por fortuna, la lesión descrita es de muy rara presentación.

En cuanto al mecanismo de producción, pensamos en que hayan podido influir los siguientes factores: a) larga evolución de la úlcera, sometida a curas tópicas y a roces con las gasas y restantes apósitos; b) situación de hipovascularización de la extremidad por un síndrome de compresión vascular brusco sobrevenido tras el edema inicial de la fractura y producido por un vendaje enyesado cerrado, o sea tras un «síndrome reflejo postraumático»; c) infección crónica sobre añadida; d) efecto lentamente destructivo de determinadas pomadas (sobre todo con enzimas).

La lesión así producida cabe interpretarla como un falso aneurisma de la arteria tibial posterior, que en su evolución sufre una ruptura de su pared.

En cuanto a las posibilidades de tratamiento de esta lesión, cabía efectuar una de las técnicas siguientes: Angioplastia con «patch» venoso; sustitución del tramo arterial por injerto venoso término-terminal, efectuado con técnicas de microcirugía; y, por último, la simple ligadura del vaso. Este último aspecto fue, a priori, descartado por la necesidad de no reducir todavía más la ya deficiente vascularización del pie.

Los aspectos «plásticos» de la lesión también nos plantearon algunas dudas. Pensamos que el injerto libre era problemático que prendiera debido al hecho de la poca granulación del fondo de la úlcera, la existencia de una arteria reparada con un «patch» y por tanto suturada con un material extraño, que además con su rítmico latido movería el injerto, la poca vitalidad de la zona receptora muy esclerosada, la localización retromaleolar de la lesión, con fondo irregular, no liso, etc. Por todo ello, tratamos de proporcionar piel sin que se hicieran patentes tales inconvenientes. En consecuencia, optamos por el «cross-leg» que, si

bien complica y retarda la evolución, da muchas más seguridades sobre el resultado futuro, lo que en nuestro caso compensó las dificultades e inquietudes que la evolución de la lesión nos proporcionó.

RESUMEN

Se describe un caso de hemorragia masiva, a nivel del tobillo, producida por un falso aneurisma de la arteria tibial posterior localizado en el lecho de una úlcera venosa crónica. Se comentan los mecanismos de producción y las posibilidades técnicas, vasculares y plásticas, de su reparación.

SUMMARY

A case of massive haemorrhage of the ankle area, produced through a false aneurysm of the tibial artery together with a chronic venous ulcer, is described. Considerations regarding mechanical productions and technical possibilities, vascular and plastic, of its treatment are made.