

Los aneurismas de las arterias periféricas (*)

A. ZUCCELLI

Divisione di Chirurgia di Urgenza e Pronto Soccorso (Primario: Antonio Zucchelli).
Istituti Ospedalieri di Trento (Italia)

El desarrollo de la cirugía vascular y sobre todo el continuo perfeccionamiento de los métodos de investigación angiográfica han permitido encuadrar de forma más completa una patología vascular no frecuente pero de evidente importancia como es la de los aneurismas periféricos.

El reconocimiento de tales afecciones siempre ha creado problemas de naturaleza etiológica y terapéutica, en especial cuando estos enfermos no se hallaban encuadrados de manera completa desde el punto de vista angiográfico, elemento fundamental para una correcta atención quirúrgica.

Desde el punto de vista etiopatogénico la arteriosclerosis representa el factor principal, en particular en cuanto a las localizaciones más frecuentes, pero hay que valorar atentamente los traumatismos y sobre todo los microtraumatismos, profesionales o yatrogénicos. Por último, se asiste a un progresivo aumento de aquellas formas, un tiempo casi desconocidas o bastante raras, que comprenden los llamados aneurismas postestenóticos, en los cuales la perforación de la pared arterial viene sostenida por la turbulencia del flujo sanguíneo, proximal de la estenosis, por lo común de origen arteriosclerótico pero también secundaria a compresiones por costilla cervical (5).

No es raro observar dilataciones aneurismáticas múltiples en el mismo sujeto. Es típico el caso de la bilateralidad, relativamente frecuente, de los aneurismas de las arterias poplíticas y de las femorales.

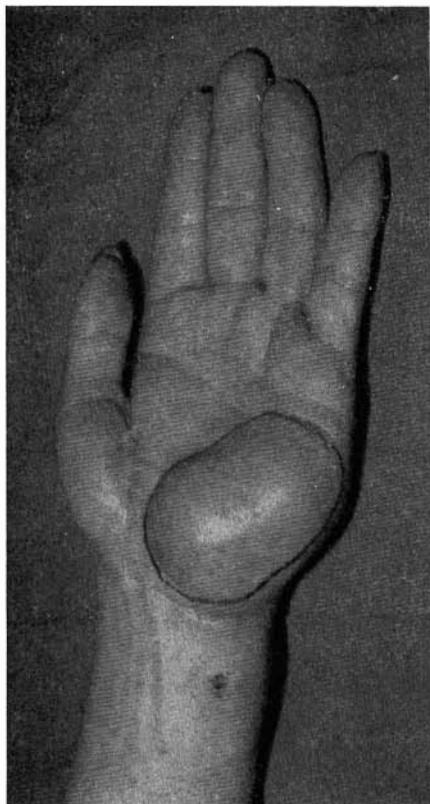
Respecto a la localización, algunas arterias son afectadas de modo particular, como la poplítea y la femoral, mientras otras lo son rara vez, como la subclavia, carótida y arteria cubital (4, 7).

La forma y dimensiones son en extremo variables. En la mayoría de los operados la dilatación aneurismática comprende entre 3 y 9 centímetros (2).

La sintomatología clínica es también variable y está ligada a la localización del aneurisma. Se observan pacientes portadores de aneurismas durante años sin acusar el menor trastorno y su advertencia se produce con motivo ocasional de otra enfermedad al acudir al médico (8).

Otros casos, por contra, presentan claudicación intermitente, parestesias, do-

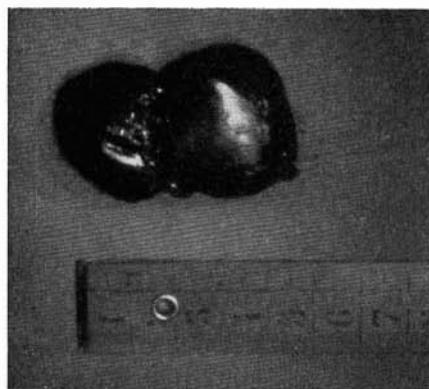
(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.



A



B



C

Fig. 1. Aneurisma de la arteria cubital. A) Panorámica antes de la intervención. B) Durante el acto operatorio. C) El aneurisma resecado.

lor en reposo, trastornos de la flexo-extensión del miembro por la masa pulsátil (en especial en los muy periféricos).

El diagnóstico de certeza se obtiene exclusivamente por documentación angiográfica, pues el hallazgo clínico de una neoformación pulsátil en el trayecto arterial puede ser sólo motivo de sospecha diagnóstica. No debemos olvidar que el aneurisma puede estar ocupado total o parcialmente por un trombo (5).

Las complicaciones vienen representadas, en la mayoría de los casos, por la trombosis arterial aguda o por la embolia; más rara, por no decir excepcional, es la rotura. Estas complicaciones revisten extrema gravedad cuando se producen en la poplítea, ya que el compromiso circulatorio asociado a la escasa posibilidad de restablecimiento quirúrgico de la circulación troncular comportan la perdida del miembro en muchos casos (3, 9).

El tratamiento quirúrgico está considerado por todos los autores como el único tratamiento idóneo y debe efectuar la resección parcial o, si es posible, total del aneurisma seguida de la restauración de la permeabilidad y continuidad arterial. Esto se practica mediante un injerto de safena invertida o por anastomosis término-terminal si es posible en casos de pequeños aneurismas (1, 10). En la actualidad están abandonados otros métodos (endoaneurismorrafia en sus numerosas variantes) (6).

Casuística clínica personal

En el «Servizio di Angiochirurgia» y secundariamente en la «Divisione di Chirurgia d'Urgenza» del hospital de Trento se han observado y tratado 12 aneurismas periféricos en los últimos seis años. De ellos 8 eran hombres y 4 mujeres, en edades comprendidas entre los 30 y 82 años, con mayoría por el quinto decenio de la vida (5 casos).

Desde el punto de vista etiológico podemos distinguir dos factores dominantes: arteriosclerótico (6 casos, uno de ellos bilateral), con localización típica en la femoral común o en la superficial y en la poplítea; y traumático (6 casos).

Las formas traumáticas comprenden a su vez los traumatismos directos (subclavia y dorsal del pie), una herida por arma blanca (arteria glútea inferior derecha), dos iatrogénicos (post-Seldinger) y por último uno mantenido por microtraumatismo continuo (arteria cubital en su extremo distal en un carpintero que desde tiempo utilizaba el borde cubital de la mano para encajar entre sí piezas de madera a base de pequeños golpes).

La sintomatología de nuestros pacientes era la típica, universalmente conocida y descrita en la literatura.

Los 12 casos han sido operados con resección radical del saco aneurismático en todos. La continuidad arterial ha sido restablecida en 11 pacientes: en 5 anastomosis término-terminal (humeral; dorsal del pie, cubital, subclavia y glútea inferior); e interposición de safena invertida en 6 (femorales y poplíticas).

Sólo en un caso se ha practicado la simple resección del aneurisma sin reconstruir el eje arterial. Se trata de un hombre de 82 años, cuya circulación colateral era suficiente para mantener la vitalidad del miembro.

No utilizamos jamás prótesis sintéticas.

En el postoperatorio no hemos observado las complicaciones típicas del sec-

tor arterial, como la trombosis y la embolia, la infección y los trastornos hemodinámicos. En todos se ha conseguido una clara mejoría del cuadro clínico, no sólo vascular sino también general.

Nos parece de interés, por contra, resaltar lo observado en el enfermo del aneurisma cubital. En el cuarto día sufrió una abundante hemorragia, por la herida quirúrgica mantenida por un déficit de factor VIII, resuelta brillantemente y con rapidez administrando Crioprecipitados.

Conclusiones

De lo dicho se deduce que los aneurismas periféricos, aunque no particularmente frecuentes, deben reclamar la atención del Cirujano Vascular, quien debe estar preparado para afrontarlos, sobre todo con el posible aumento de las lesiones traumáticas, como nuestra estadística demuestra, antes consideradas excepcionales.

La documentación angiográfica representa el único medio de investigación para aclarar la real situación respecto a una tumefacción pulsátil en aquellos enfermos que bastante a menudo son remitidos de un médico a otro y etiquetados con el diagnóstico más disparatado.

RESUMEN

Se describen 12 casos de aneurismas periféricos, algunos de los cuales de localización bastante rara, tratados quirúrgicamente con buenos resultados inmediatos y a distancia.

SUMMARY

Results of surgical treatment of 12 peripheral aneurysms are exposed.

BIBLIOGRAFIA

1. Baker, W.: Peripheral arteries aneurysms. «J. Cardiovascular Surg.», 266, 1973.
2. Cutler, B. S. y Darling, R. C.: Surgical management of arteriosclerotic femoral aneurysms. «Surgery», 74:764, 1973.
3. Evans, W. y Conley, J.: Popliteal aneurysms. «Surgery», 70:762, 1971.
4. Gaylis, H. y Kushlick, A. R.: Ulnar artery aneurisms of the hand. «Surgery», 75:478, 1973.
5. Geremia, U.; Dall'Antonia, F.; Turturo, F.: Gli Aneurismi delle arterie periferiche. «Il Fracastoro», núms. 5-6; 240, 1976.
6. Howell, F.; Crawford, S.; Morris, C.; De Bakey, E. M.: Surgical treatment of peripheral arteriosclerotic aneurysm. «Surg. Clin. North. Amer.», 64:979, 1966.
7. Kleinert, H. E.; Burget, G. C.; Morgan, J. A.; Kutz, J. E.; Atasoy, E.: Aneurysms of the hand. «Arch. Surg.», 106:554, 1973.
8. Matsubara, J.: Clinical considerations on peripheral arteries aneurysms. «J. Cardiovasc. Surg.», 15:548, 1974.
9. Sobregrau, R. C.; Viver Manresa, E.; Rodríguez-Mori, A.; Jiménez, J. A.: Aneurismas periféricos. «Angiología», 28:30, 1976.
10. Vollmar, J.: Peripheral arteries aneurysm. «J. Cardiovasc. Surg.», 301, 1973.