

# Complicación vascular tardía tras fractura de tibia y peroné

R. Delgado Daza - Ll. Moga Donadeu - J. Muncunill Gil - J. Mañosa Bonamich - V. Vidal Conde

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular  
Hospital de Mutua de Terrassa  
Terrassa, Barcelona (España)

## RESUMEN

Los autores, presentan un caso de aneurisma de la arteria tibial posterior, secundario a un traumatismo de tibia y peroné causado por un accidente de tráfico y que dio las primeras manifestaciones a los cuatro meses del mismo.

## SUMMARY

Authors present a case report of an aneurysm from Posterior Tibial artery secondary to a traffic accident with trauma on tibia and perone. First symptoms appeared four months after accident.

## Introducción

Los falsos aneurismas son hematomas pulsátiles en conexión con la luz arterial. Se forman a partir de la sangre escapada de la arteria que ve limitada su expansión por las estructuras adyacentes, creándose de este modo un «falso saco» fibroso que, con el paso del tiempo, puede llegar a recubrirse de endotelio (1). A nivel tibial los aneurismas suelen ser secundarios a traumatismos (2), constituyendo el 99% de todos los aneurismas tibiales, siendo tan sólo el 1% los de origen aterosclerótico (Cuadro 1) (3).

La frecuencia relativa aproximada de traumatismos arteriales a nivel tibial es la más baja (3%), frente a

otras localizaciones como la radial o cubital (20%), la humeral (18%) o la poplítea (6%) (Cuadro 2) (4).

## Exposición del caso

Varón de 25 años, sin antecedentes de interés, que sufrió el 17 de

Marzo de 1989 un accidente de tráfico con fractura abierta de tibia y peroné de la extremidad inferior izquierda en su tercio medio, heridas y contusiones múltiples en el resto del cuerpo (Fig. 1A).

Al día siguiente de su ingreso en nuestro hospital se le practicó osteotaxis de Oms con fijadores externos (Fig. 1B) retirándose estos a los 24 días y colocándose un clavo tibial intramedular (Fig. 2). El postoperatorio fue correcto, cursó sin complicaciones aparentes y fue dado de alta al mes de su ingreso.

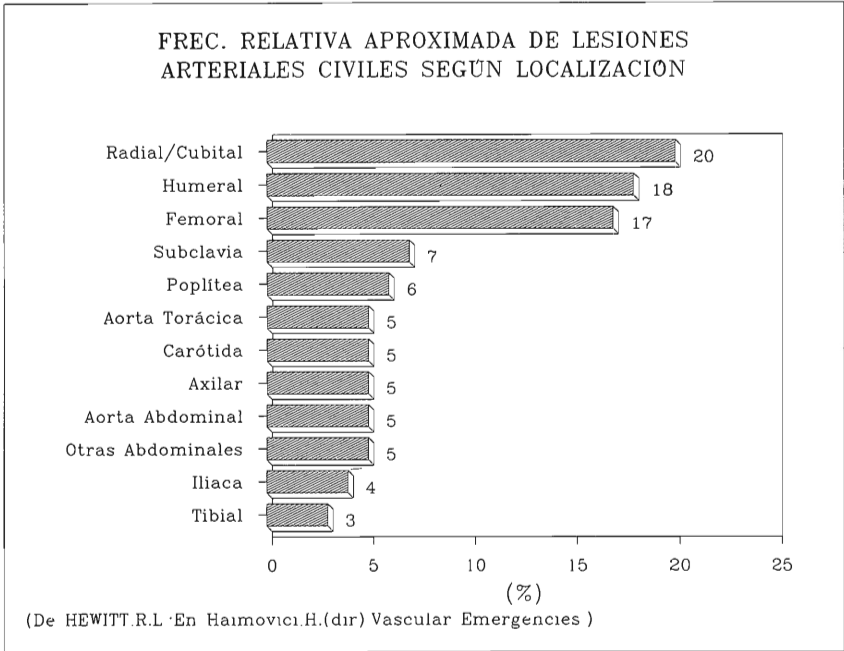
Tres meses después, el paciente comienza a notar dolor gemelar en la extremidad afecta. Tras consultar al traumatólogo, éste le recomienda reposo relativo y antiinflamatorios tópicos. A pesar de ello la molestia persiste y progresivamente va apareciendo una zona cianótica y tumefacta en la pantorrilla que el traumatólogo cataloga de hematoma y, sin mediar exploración vascular alguna, procede a desbridar ambulatoriamente, hallando que el supuesto hematoma es muy profundo y que de él brota abundante sangre de color

Cuadro 1

### Aneurismas tibiales

Falsos Aneurismas Postraumáticos	99 %
Verdaderos Aneurismas Postraumáticos	Excepcionales
Verdaderos Aneurismas Ateroscleróticos	1 %

Cuadro II



rojo vivo y a gran presión. Por todo ello se avisa al cirujano vascular, quién constatando los datos anteriores y ante la sospecha de lesión arterial procede primero al taponamiento y seguidamente a la práctica de una arteriografía por punción femoral que muestra la extravasación bien delimitada del contraste en la zona de la bifurcación tibio-peronea dependiente de arteria tibial posterior, que no se repermeabiliza distalmente (Fig. 3A).

Se confirma la sospecha de falso aneurisma en la mesa de quirófano, resecándose el tejido perisacular fibrótico. La arteria tibial posterior está distalmente trombosada por lo que se procede a su ligadura proximal cerca de la bifurcación y distal.

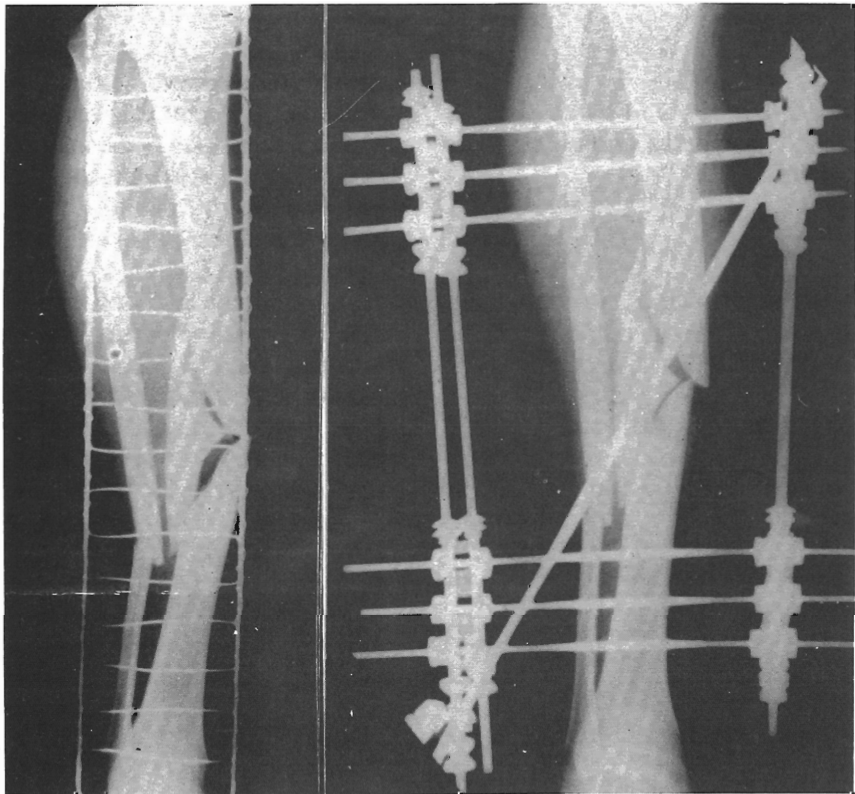


Fig. 1A - Fractura de Tibia en su tercio medio y de peroné en su tercio proximal y distal.

Fig. 1B - Osteotaxis de Oms con fijadores externos.



Fig. 2 - Estado de la Tibia tras colocar el clavo intramedular.



**Fig. 3A - Arteriografía por punción femoral. Extravasación de contraste bien delimitada en bifurcación tibio-peronea.**



**Fig. 3B - Arteriografía peroperatoria tras la resección del falso aneurisma. Se observa la permeabilidad de troncos distales excepto tibial posterior.**



**Fig. 4 - Divas I.V. de comprobación al año de la intervención. Se observa la obliteración de la arteria Tibial Posterior y la permeabilidad del resto de troncos.**

La arteriografía peroperatoria muestra la ausencia de nuevas extravasaciones y permeabilidad del resto de los troncos distales (Fig. 3B). El postoperatorio es correcto, obteniéndose una exploración vascular completamente normal, con índices tobillo/brazo = 1,00.

Los controles postoperatorios a los tres, seis y doce meses fueron correctos, realizándose en el último un DIVAS de comprobación en el que se apreciaba una arteria tibial posterior obliterada desde su primera porción con normalidad del resto de los troncos distales (Fig. 4).

## Conclusiones

Se trata de la aparición de un falso aneurisma tras una fractura de tibia y peroné tratada con osteotaxis primeramente y con enclavamiento medular después.

Este caso se presenta para ilustrar, una vez más, que todo traumatismo de miembros inferiores debe comportar una correcta y continua exploración vascular contemplando la posible lesión de un vaso. Igualmente resulta imprudente, incluso temerario, el desbridamiento ambulatoriamente de un supuesto hematoma sin confirmar que realmente lo sea.

La ruptura arterial causante del falso aneurisma pudo producirse o bien en el momento de la fractura por contusión directa, o por cizallamiento óseo o bien yatrogénicamente en uno de los dos actos quirúrgicos de reducción.

## BIBLIOGRAFIA

1. HAIMOVICI, H. and cols.. «Vascular Surgery: Principles and Techniques». Appleton-Century-Crofts, 1986.
2. CAREY, L. C., STREMPLE, J. F.: An aneurysm of the anterior tibial artery: A case report. «Angiology», 18: 117, 1967.
3. PAPPAS, G., JANES, J. M., et al.: Femoral aneurysms. «JAMA», 190: 97, 1964.
4. HEWITT, R. L., HAIMOVICI, H.: «Vascular Emergencies». New York, Appleton-Century-Crofts, 1982.