

# Un caso de múltiples fístulas arteriovenosas en síndrome postflebítico de larga evolución

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

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

## RESUMEN

Los autores presentan el caso de un varón de 77 años que, tras sufrir un accidente de tráfico en 1968, presentó una trombosis venosa profunda ilio-femoral izquierda. Posteriormente desarrolló un importante síndrome postflebítico, con múltiples paquetes varicosos que fueron intervenidos en otro Centro.

Durante varios años fue tratado de importantes trastornos tróficos, hasta que 17 años después del inicio de su enfermedad se descubrió en estudio angiográfico la existencia de múltiples fístulas arteriovenosas a nivel ilio-femoral izquierdo.

Ante la imposibilidad de realizar una esqueletización por las importantes ulceraciones de la extremidad, se practicó ligadura de arteria iliaca izquierda y Banding con Dacron de iliaca primitiva, reduciendo su calibre en el 50%.

El resultado postoperatorio fue excelente, disminuyendo extraordinariamente las comunicaciones fistulosas y remitiendo en su totalidad las ulceraciones cutáneas.

## SUMMARY

Authors report a case of a 77 years old man who, after an accident of traffic on 1968, presented a left ileo-femoral deep venous thrombosis. Consequently, the patient suffered an important postflebitic syndrome, with several varicose packs which were treated by surgical procedure in other centre.

During several years, patient presented severe trophic diseases. Seventeen years after the beginning of his pathology, and during an angiologic examination, multiple arterio-venous fistulas at the left iliofemoral area have been shown.

An skeletization was impossible because of the severe ulcerations of the leg; so a left iliac arterial ligature and a Dacron Banding in primitive iliac artery, reducing a 50 % the diameter, were made.

The postoperative result was excellent, with an spectacular reduction of the fistulous communications and a complete remission of the cutaneous ulcerations.

El motivo de publicar este caso clínico es mostrar la evolución seguida por el paciente a lo largo de más de 23 años de haber sufrido una TVP a nivel ilíaco y consecuentemente presentar todos los trastornos propios de un síndrome postflebítico evolucionado.

De todos es sabido lo complejo y poco agradecido que es el manejo de las secuelas postrombóticas, pues bien, en este caso aún aparece otra patología tanto o más compleja de solucionar y son las múltiples fístulas arteriovenosas que el paciente presenta a nivel iliofemoral.

## Caso clínico

Varón de 77 años que sufrió en 1968 un accidente de tráfico con contusión inguinal izquierda, sin objetivarse en aquel momento fractura ósea alguna.

A raíz del traumatismo el paciente fue encamado, sufriendo a los dos días una TVP iliofemoral izquierda. Desde entonces, y progresivamente, el edema de la extremidad fue aumentando, apareciendo hiperpigmentación en toda la extremidad y objetivándose, según relata el paciente, una red venosa colateral superficial que ocupaba la zona inguinal, suprapúbica y parte del muslo. Posteriormente llegó a dilatar el sistema venoso superficial de la extremidad, hasta el punto de ser tratado con escleroterapia y finalmente, en 1971, se le practicó fleboextracción de la safena interna.

A pesar de la intervención aparecieron las primeras ulceraciones a

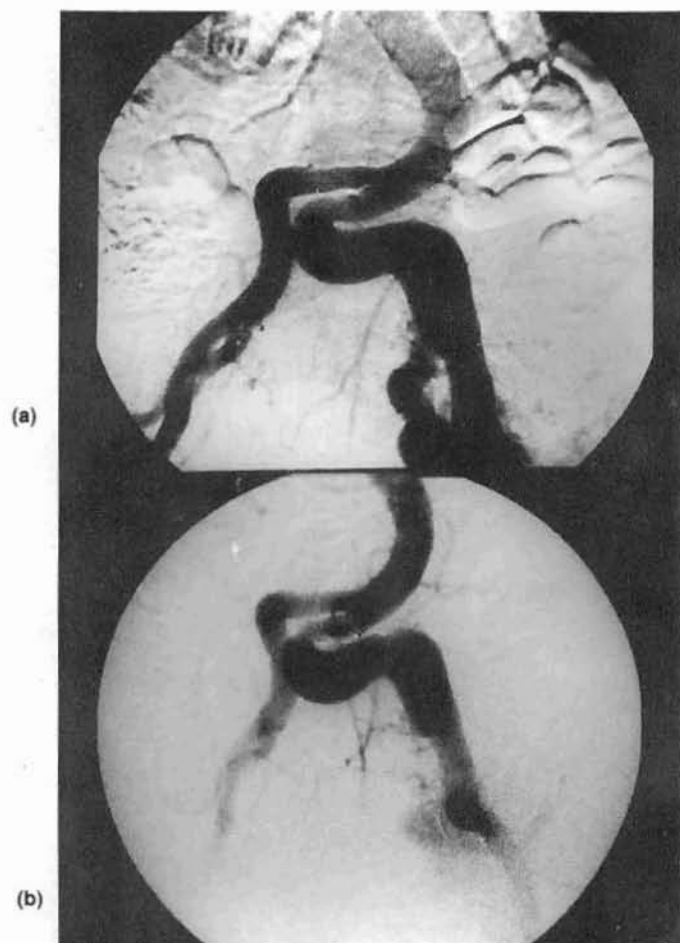


Fig. 1 - Angiografía digital del sector aorto-iliaco antes (a) y después (b) de la intervención.

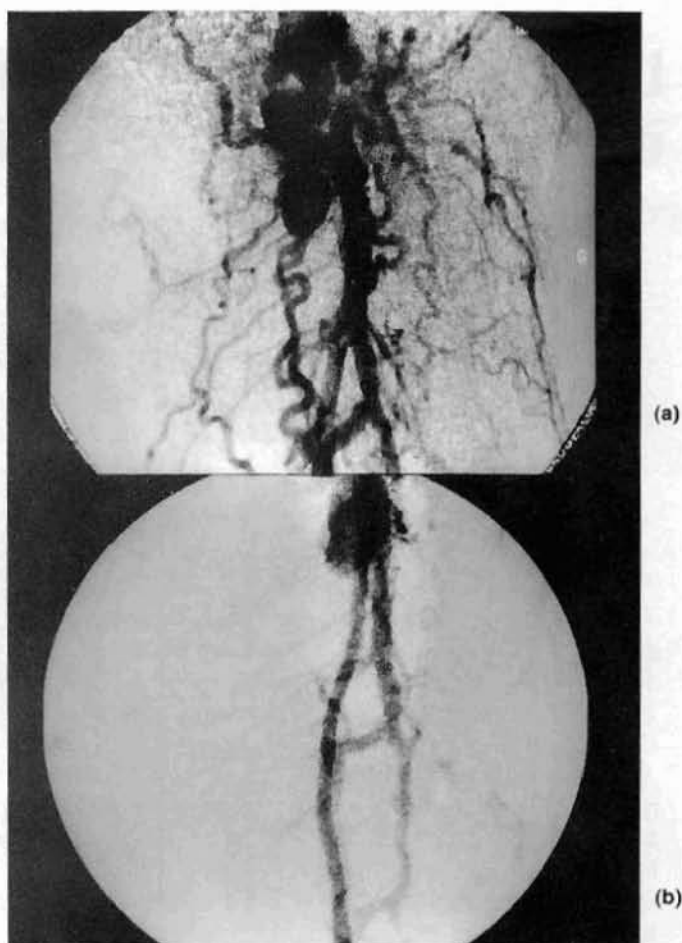


Fig. 2 - Angiografía digital del sector iliofemoral antes (a) y después (b) de la intervención.

nivel del muslo, que se acompañaron de varicorragias.

Todo lo relatado hasta ahora ocurrió en otro Centro hospitalario y los datos referidos se han obtenido del interrogatorio del paciente, sin disponer de otros documentos que lo ratifiquen.

Es el año 1985 (17 después del accidente) cuando por primera vez el enfermo acude a nuestro Hospital. En aquel primer ingreso el paciente refería los antecedentes de:

- Múltiples alergias medicamentosas, entre ellas al Bálsamo del Perú (Linitul), fenoticiácidas, benzocaínas, butil-p-hidroxibenzoatos, clorohidrato de benzalconio, Amo-

nio cuaternario (Armill), penicilina e hidralacina.

- Apendicectomía.
- Fleboextracción de safena interna de la extremidad inferior izquierda.

El motivo de aquel primer ingreso fue el presentar «shock» hipovolémico por varicorragia que requirió su ingreso en UCI y la transfusión de 3 litros de concentrado de hemáties. El paciente relató estar en tratamiento con Sintrom desde que sufrió la TVP (hacia 17 años), salvo algunos cortos períodos de tiempo.

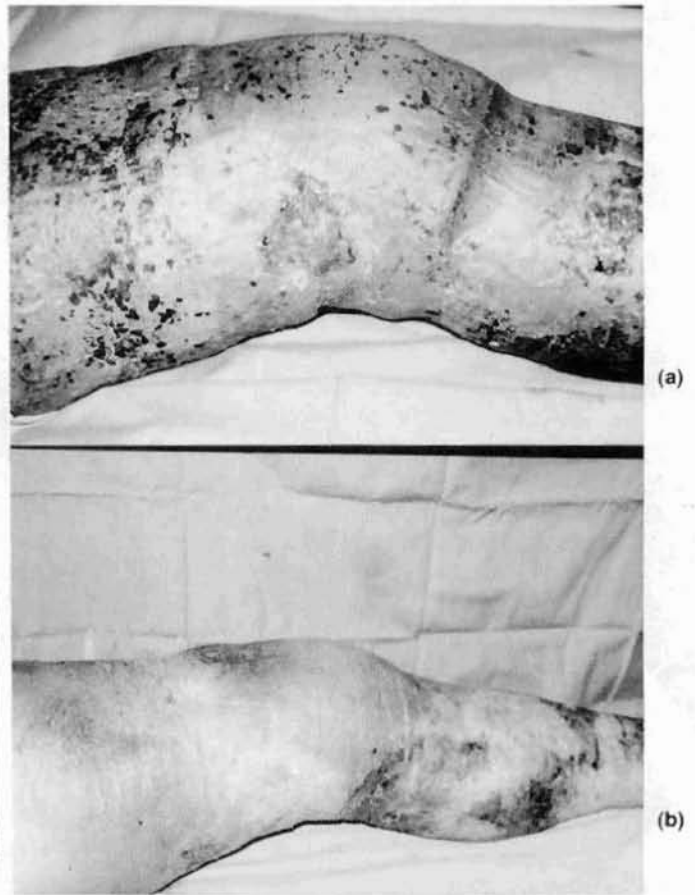
En la exploración presentaba múltiples dilataciones varicosas en bajo vientre y muslo, con úlceras flebos-

táticas que ocupaban casi la totalidad de la extremidad, con hiperpigmentación y múltiples cultivos positivos para pseudomonas. Durante este primer ingreso apareció síndrome prostático por adenoma de próstata, que el Servicio de Urología desestimó de intervenir por considerarlo de alto riesgo debido a la abundante red colateral pélvica y suprapúbica.

Al año siguiente el paciente reingresó por presentar nuevas y extensas ulceraciones. Al practicar flebogramagrafía del sector fémoro-iliaco se observó la no permeabilidad de los troncos profundos, drenando la red venosa por una abundante circulación colateral superficial.



**Fig. 3 - (a) Ulceraciones cutáneas antes de la intervención. (b) Evolución de las ulceraciones a las 3 semanas de la intervención.**



**Fig. 4 - (a) Evolución de las úlceras a las 5 semanas de la intervención. (b) Las úlceras remitieron por completo a las 8 semanas de la intervención.**

Durante el año 1986 sufrió dos nuevos ingresos por úlceras, que se controlaron con curas tópicas.

En 1989 vuelve a ingresar durante 4 meses. En esta ocasión presentó durante su estancia varias varicorragias importantes con requerimiento de varias transfusiones. También se objetivó alteración de enzimas hepáticas, que tras ser estudiado por el digestólogo lo catalogó de Hepatopatía Crónica Inespecífica. Llegado este punto queremos destacar el buen resultado que nos dio el tratar las úlceras infectadas por pseudomona con una pasta de azúcar compuesta por Azúcar glasé, polietilenglicol y agua oxigenada. Con ello conseguimos negativizar los cultivos sin necesidad de antibioterapia.

En 1990 y tras un nuevo ingreso, se observa en la radiografía de tórax una elongación aórtica y una cardiomegalia con aumento de aurícula y ventrículo izquierdo, aunque en la exploración física no se objetivaban signos de fallo cardíaco. El hallazgo anterior y los muy frecuentes episodios de varicorragias a gran presión es lo que nos hizo sospechar la existencia de alguna anomalía arteriovenosa. Se realizó DIVAS por vía venosa para objetivar el árbol arterial ya que la existencia de una muy abundante red colateral y la presencia de ulceraciones sobreinfectadas en la zona desaconsejaban realizar la punción arterial directa. En dicha angiografía digitalizada se observó la existencia de una importan-

te elongación aortoiliaca con severa hipertrofia de arteria ilíaca primitiva izquierda, así como ilíaca externa e interna del mismo lado (Fig. 1a). La hipertrofia era debida a la existencia de múltiples fístulas arteriovenosas que derivaban hacia el sistema venoso superficial por existir una obstrucción total del sistema venoso profundo a nivel iliofemororal. A pesar de ponerse de manifiesto la malformación arteriovenosa es imposible objetivar con claridad los puntos de unión, ya que son múltiples. Sí se objetiva, en cambio, que dependen principalmente de ramas de ilíaca interna y externa (Fig. 2a).

El paso siguiente que se nos planteó fue analizar cuál sería la mejor acción quirúrgica que podíamos rea-



lizar, dado el contexto del paciente, para anular o disminuir en lo posible la hiperpresión que soportaba el sistema venoso superficial y que impedía la cicatrización de las lesiones. En un principio se pensó en realizar una esqueletización de las arterias y venas ilíacas, pero se desestimó debido primero a que la gran circulación desarrollada a nivel inguinal hacía peligrosa la incisión a este nivel y, segundo, por la existencia de ulceraciones infectadas y piel de muy mala calidad en toda la extremidad, incluida la zona inguinal. Finalmente se decidió realizar un Banding o cerclaje a nivel ilíaco (1).

Esta intervención fue descrita y realizada por **Muller y Dammann**, en 1952, para la constricción de la arteria pulmonar en recién nacidos que sufren de «shunt» izquierda-derecha con gran hiperaflujo pulmonar y permite reducir el calibre de la arteria pulmonar en 8-10 mm hasta que la presión detrás de la ligadura se reduce hasta niveles normales.

Se practicó laparotomía media, observando gran dilatación y elongación de ílica primitiva izquierda. Se procedió a ligar la arteria hipogástrica izquierda y se realizó un triple banding de ílica primitiva, dos con cinta estéril y uno con una banda de Dacron de 6 mm que redujo el calibre en un 50 %. El resultado postoperatorio fue excelente. En ningún momento se produjo isquemia de la extremidad y a partir de la semana se observó una franca granulación de las úlceras, que por primera vez desde el primer ingreso (hacia 6 años) se consiguieron erradicar por completo (Figs. 3 y 4). A los dos meses de la intervención se practicó nuevo DIVAS para ver el resultado postquirúrgico. En él se observa una extraordinaria disminución de las fístulas arteriovenosas y de la malformación vascular (Figs. 1b y 2b).

## Discusión

**William Hunter**, en 1757, nos dio una descripción detallada de la que pudo ser la primera fístula arteriovenosa de causa yatrogénica científicamente estudiada y que ocurrió cuando un cirujano al realizar una sangría atravesó la vena y la puso en comunicación con la arteria (2).

Se sabe que etiológicamente la fístula arteriovenosa adquirida suele ser traumática, mientras que son menos frecuentes las yatrógenas y excepcionales las de aparición espontánea, que casi siempre presuponen una enfermedad arterial aneurismática. Según **Vollmar**, las fístulas traumáticas casi sin excepción se producen por lesiones penetrantes o fracturas (3). En el caso expuesto se nos hace muy fácil pensar en el traumatismo como causa de la fistulización, pero hay que tener en cuenta que no hubo ni fractura ni lesión penetrante alguna.

Otro punto a comentar es si el síndrome postflebitico tuvo algo que ver en la génesis de las fístulas. No nos atrevemos a descartarlo, pero más bien pensamos que han sido las fístulas las que han acrecentado la sintomatología postflebitica.

También es frecuente que se desarrollen fístulas en ciertas tumores muy abundantes en vasos, cosa que se descartó después del oportuno estudio.

Podríamos decir que este Caso se comporta como una fístula congénita tipo II, ya que afecta a grandes extensiones corporales, con más frecuencia a las extremidades, tiene cierta repercusión cardíaca y su corrección quirúrgica es de resultados inciertos (4).

Abundando en el tratamiento quirúrgico, **Vollmar** en 1963 y posteriormente en 1977, preconizó que en las fístulas tipo II lo único que podía hacerse era ligar vías aferente y eferente a los vasos inmediatos al tronco, ya que los múltiples cortocircuitos

se encuentran a gran distancia y lejos de las arterias principales (5). Más recientemente, en noviembre de 1990, en el «Seventeenth Annual Symposium on current critical problems and horizons in Vascular Surgery», de nuevo **Vollmar** y colaboradores defienden la esqueletización en este tipo de fístulas (6).

Como hemos expuesto, nosotros pensamos llevar a cabo esta técnica, pero las importantes ulceraciones cutáneas infectadas impedían una apertura de la zona con un mínimo de asepsia. Así que se practicó el Banding, con el cual se consiguió la cicatrización de las úlceras, por lo que no descartamos realizar en un segundo tiempo la técnica descrita.

## BIBLIOGRAFIA

1. MULLER, W. H., Jr.; DAMMANN, J. F., Jr.: The treatment of certain congenital malformations of the heart by the creation of pulmonary stenosis to reduce pulmonary hypertension and excessive pulmonary blood flow. «Surg. Gyn. Obst.», 95: 213, 1952.
2. VOLLMAR, J.: «Cirugía Reparadora de las Arterias». Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1977, p. 160.
3. VOLLMAR, J.: «Cirugía Reparadora de las Arterias». Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1977, p. 161.
4. VOLLMAR, J.: «Med. Welt.», 793, 1963.
5. VOLLMAR, J.: «Cirugía Reparadora de las Arterias». Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1977, p. 183.
6. VOLLMAR, J. F.; PAES, E.; ECHTLER, B.: Management of congenital arterio-venous malformations of the extremities and pelvis. Seventeenth Annual Symposium on current critical problems and new horizons in Vascular Surgery. New York, November 1990.