



Fístula arteriovenosa postraumática

Sr. Director:

Las fístulas arteriovenosas (FAV) son comunicaciones anómalas entre el sistema arterial y el venoso¹. Presentamos un caso de FAV postraumática en muslo por arma de fuego. Se manifiesta a los 10 años, con insuficiencia cardíaca progresiva, edema rizomélico en el miembro inferior izquierdo y aneurisma en la vena ilíaca externa.

Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de FA crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), miocardiopatía dilatada, hipertensión arterial (HTA) y traumatismo en el muslo izquierdo por arma de fuego hace 10 años. Refiere disnea progresiva de grado II-III de la New York Heart Association (NYHA) por insuficiencia cardíaca asociada a edema unilateral progresivo del muslo y la pantorrilla, de 9 meses de evolución. En una tomografía computarizada (TC) abdominal se observa aneurisma de vena ilíaca externa izquierda que protruye

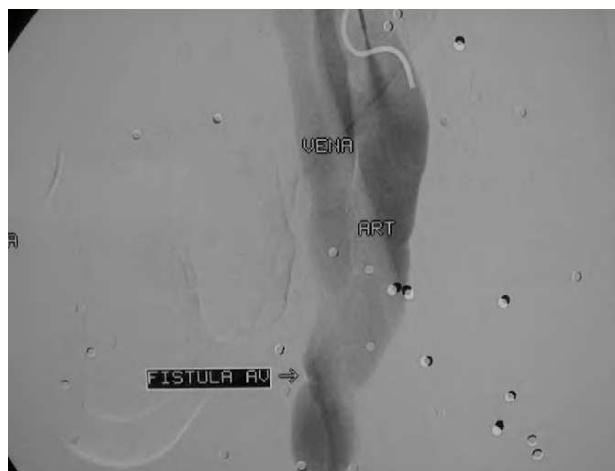


Fig. 1. Fístula arteriovenosa de alto flujo dependiente de la arteria femoral superficial, con elongación y megalia arteriovenosa proximal.

por el orificio femoral hacia la ingle. En la arteriografía se objetiva FAV de alto flujo dependiente de la arteria femoral superficial (AFS), con elongación y megalia arteriovenosa proximal (AFS mayor de 2 cm). Se decide intervención quirúrgica y se realiza el cierre de la fístula por vía transarterial. Se descarta tratamiento endovascular por megalia arteriovenosa. Tras la ligadura de la FAV, el edema de la pierna y la disnea mejoran en pocas semanas.

La evolución de la FAV traumática es, por lo general, progresiva, con un aumento del calibre de las arterias y las venas involucradas², y el desarrollo de síntomas de hiperaflujo. Inicialmente, se manifiestan por una clínica de insuficiencia venosa crónica³ y, a largo plazo, pueden llegar a provocar una sobrecarga de las cavidades derechas e insuficiencia cardíaca congestiva⁴. La anatomía condiciona la actitud terapéutica. El tratamiento mediante endoprótesis ofrece excelentes resultados contrastados, pero en este caso la dismetría arterial precisó tratamiento quirúrgico.

**Zoraida Valera-Sánchez, María Socas-Macías,
José M. Álamo-Martínez, José M. Sánchez-Rodríguez
y Juan Ponce-González**

Departamento de Cirugía General. Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Bibliografía

1. Gómez Pascual JA, Chicharro Molero JA, Bonilla Parrilla R, Alvarado Rodríguez A, Ruiz Díaz M, Del Rosal Samaniego JM, et al. Fístula arteriovenosa renal postraumática. Tratamiento conservador con embolización supraselectiva. Arch Esp Urol. 2002;55:949-52.
2. Wang KT, Hou CJ, Hsieh JJ, et al. Late development of renal arteriovenous fistula following gunshot trauma. A case report. Angiology. 1998;49:415.
3. Saliou C, Raynaud A, Blanc F, et al. Idiopathic renal arteriovenous fistula: treatment with embolization. Ann Vasc Surg. 1998;12:75.
4. Piñol Jané A, Vélez Lomana A, Hermoso Cuenca V, Santiago Pujol C. Insuficiencia venosa crónica como forma de presentación de una fístula arteriovenosa traumática. Med Clin (Barc). 2004;122:636-9.
5. Po-Chou L, Shih-Wei H, Yeh-Lin K, Tao-Chen L. Trauma induced ascending pharyngeal artery internal jugular vein fistula: case report. Surg Neurol. 2004;61:89-91.