

Doble *loop* de arteria humeral en un paciente asintomático

D. Fernández-Caballero, A. Fernández-Heredero, L. Riera-De Cubas

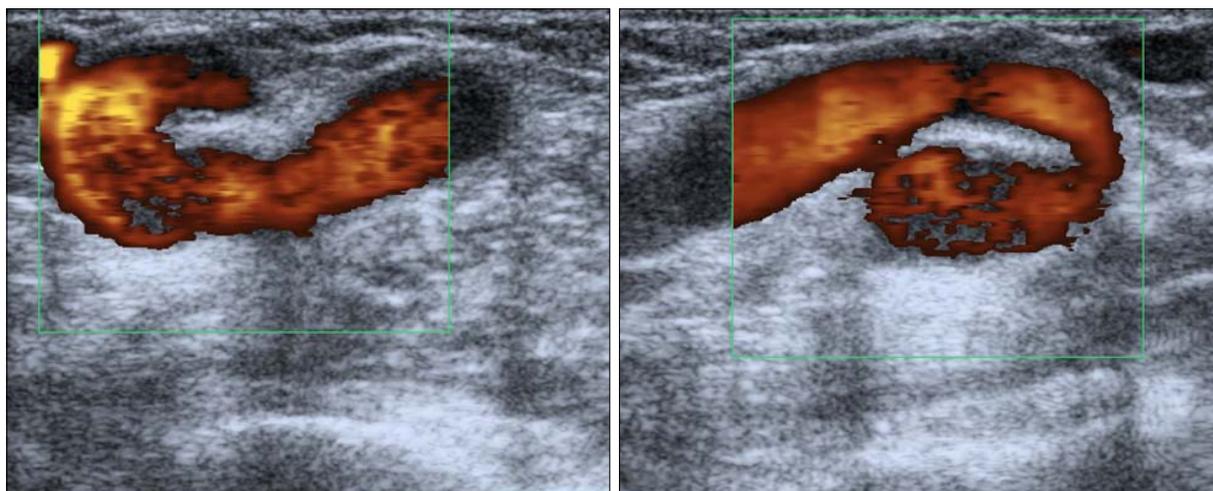


Figura 1. Ecografía Doppler en la que se visualiza un *loop* de arteria humeral en el pliegue antecubital del miembro superior izquierdo.

Los avances en las técnicas de diagnóstico pueden hacer que cada vez con más frecuencia nos encontremos en la práctica clínica con imágenes muy llamativas que, sin embargo, no siempre llevan asociada significación patológica. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la imagen radiológica de un doble *loop* de la arteria humeral, así como revisar en la bibliografía su posible valor patológico.

Aceptado tras revisión externa: 26.06.09.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Correspondencia: Dr. David Fernández Caballero. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261. E-28046 Madrid. E-mail: dafercab@hotmail.com

© 2009, ANGIOLOGÍA

Caso clínico. Varón de 75 años de edad, hipertenso, en tratamiento farmacológico sin otros antecedentes de interés. Acude a la consulta externa de Cirugía Vascular, remitido por su médico de atención primaria, por la aparición de una masa pulsátil, de crecimiento progresivo, en la flexura del codo del miembro superior izquierdo (MSI). No presenta dolor ni otro tipo de sintomatología. No refiere traumatismos previos, movimientos forzados ni venopunciones tóxicas u hospitalarias en dicho miembro. En la exploración física se observan pulsos arteriales presentes, no expansivos, a todos los niveles en las cuatro extremidades. Destaca el pulso humeral izquierdo muy prominente y con soplo en la auscultación. Se visualiza una masa pulsátil, fija y no dolorosa en esta localización.

Se realiza una ecografía Doppler del MSI, donde se objetiva una arteria humeral permeable, elongada, levemente dilatada y tortuosa que forma un bucle en el pliegue antecubital (Fig. 1). No se observan alteraciones de flujo hemodinámicamente significativas y presenta ondas arteriales de morfología trifásica en todo su recorrido. Se completa el estudio con angio-TC donde se confirman los hallazgos ecográficos y la existencia de un segundo bucle de apariencia similar en el tercio medio de la arteria humeral (Fig. 2).

Con el hallazgo del doble bucle de la arteria humeral, dadas la ausencia de sintomatología y de complicaciones, se decide la abstención terapéutica.

Discusión. Las variantes anatómicas de los circuitos arteriales del miembro superior son raras y suelen presentarse como hallazgos al realizar otras pruebas diagnósticas o terapéuticas [1]. Hasta el 5% de los pacientes sometidos a cateterismos con acceso a través de miembros superiores presenta una incidencia de tortuosidad arterial de leve a grave [2]. En estos casos es conveniente conocer, mediante pruebas de imagen, la anatomía arterial con exactitud para facilitar la ejecución de técnicas endovasculares [2]. Es importante saber que estos procedimientos serán más largos y complicados [3]. En ausencia de clínica y si es un hallazgo durante un cateterismo u otra prueba diagnóstica, no estaría indicado su tratamiento, y si fuera necesario se optará por otra vía para realizar el procedimiento [3].

Bibliografía

1. Rodríguez-Baeza A, Nebot J, Ferreira B, Reina F, Pérez J, Saindo JR. An anatomical study and ontogenetic explanation of 23 cases with variations in the main pattern of the human brachio-antebrachial arteries. *J Anat* 1995; 187: 473-9.
2. Uglietta JP, Kadir S. Arteriographic study of variant arterial



Figura 2. Angio-TC que confirma los hallazgos ecográficos y muestra un bucle similar en el tercio medio de la arteria humeral del miembro superior izquierdo.

anatomy of the upper extremities. *Cardiovasc Interv Radiol* 1989; 12: 145-8.

3. Byung-Su Y, Junghan Y, Ji-Yean K, Jang-Young K, Seung-Hwan L, Sung-Oh H, et al. Anatomical consideration of the radial artery for transradial coronary procedures: arterial diameter, branching anomaly and vessel tortuosity. *J Cardiol* 2005; 101: 421-7.