

ANEURISMAS CIRSOIDEOS POR COMUNICACION INTRAÓSEA

F. MARTORELL y J. PALOU

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona (España)

Es un hecho mundialmente aceptado que el aneurisma cirsoideo consiste en la dilatación y alargamiento de los troncos y ramas de un sector vascular como consecuencia de la presencia de comunicaciones arteriovenosas por lo general pequeñas y múltiples.

Como consecuencia de la multiplicidad de estas comunicaciones su tratamiento puede ofrecer grandes dificultades, ya que basta que una de ellas siga abierta para que se dilaten o aparezcan nuevas comunicaciones.

Estas dificultades terapéuticas son todavía mayores si las comunicaciones son intraóseas. Uno de nosotros, con SALLERAS, se ha ocupado de este asunto en 1947 (1), 1950 (2) y 1955 (3).

Vamos a presentar tres casos que parecen resueltos satisfactoriamente, si bien en los tres se procedió a la extirpación del hueso afectado (metacarpiano, falange o metatarsiano).

Caso n.º 1. — En 1946 vemos a una enferma de 18 años que sufre de intenso dolor en el pie izquierdo, dolor que se acentúa por la mañana al levantarse cuando coloca la pierna en posición declive. Nota el pie caliente, y desde hace siete meses presenta una úlcera sangrante en el dorso del mismo.

Exploración: Pierna y pie de forma normal. Ausencia de hipertrofia global del miembro. Ausencia de nevus. Ausencia de flebectasia. Pedia y tibial posterior, hiperpulsátiles. Ausencia de pulsatilidad venosa. Ausencia de edema. Aumento de la temperatura local en todo el pie. Aumento notable del índice oscilométrico. Presencia de «thrill» en la pedia. Sopro continuo de refuerzo sistólico a nivel de la cabeza del IV metatarsiano. Saturación de O_2 en sangre venosa: no investigada. Radiografía ósea: calcificaciones extensas en el dorso del pie. Ausencia de cardiopatía.

Se le propone tratamiento operatorio.

Sin más noticias de esta enferma, hasta abril de 1949. Se le practicó una arteriografía en otro hospital y una operación que no curó el proceso. Ingresó en el nuestro. La arteriografía mostró varias comunicaciones arteriovenosas (fig. 1), pareciendo establecerse la más importante en el espesor del IV metatarsiano.

El 28-IV-49 se procede a la extirpación de este metatarsiano, practicando una sutura obliterante de los grandes vasos que quedaron seccionados. La enferma mejoró de modo notable, pero observándose la persistencia a nivel de la región externa de un soplo continuo de refuerzo sistólico.

Pasa varios años bien. Diez años más tarde se abre de nuevo la úlcera. Por este motivo y por la persistencia del soplo, se liga la arteria tibial posterior a nivel del maléolo interno. Desaparece el soplo y cierra la úlcera.



Fig. 1. — Arteriografías correspondientes al Caso n.º 1. En ellas se observan varias comunicaciones arteriovenosas, siendo las más importantes las localizadas en el espesor del IV metatarsiano.

Ultimamente se mantiene bien. Presenta un cuadro de hipertiroidismo. Sigue en observación.

Caso n.º 2. — El 23-X-58 vemos en nuestra Clínica Vascular una enferma de 17 años, que presenta una tumoración pulsátil en la mano izquierda. Se inició a los 9 años, en el borde cubital, donde las venas se hicieron más prominentes, aumentando de tamaño de modo progresivo y ocasionando una deformidad del V dedo. Ultimamente tiene dolor pulsátil en la mano, con sensación urente e hiperhidrosis.

Exploración: La mano enferma presenta una gran dilatación de las venas del borde cubital, de preferencia en el dorso (fig. 2). Estas venas son pulsátiles. Existe hiperoscilometría e hipertensión en el miembro superior izquierdo. Hipotensión a nivel de la humeral derecha. La mano enferma está más caliente que la sana. Presenta acentuada hiperhidrosis. A nivel del cuarto metacarpiano existe un intenso «thrill» y soplo continuo de refuerzo sistólico.

La arteriografía por punción percutánea de la humeral izquierda, mediante 20 c.c. de Urografín 60 %, muestra la dilatación de las arterias y de las venas regionales y comunicaciones arteriovenosas, desarrolladas en especial a nivel del IV metacarpiano (fig. 3).

El estado general es bueno, si bien la enferma presenta taquicardia e hipotensión.

El 31-X-58 se practicó la extirpación de los vasos cirsoideos de la cara palmar y dorsal de la mano. La enferma mejoró notablemente, desapareciendo las dilataciones venosas que presentaba así como el soplo y el «thrill».

Pasa varios meses bien.

Reconocida de nuevo el 5-V-59, observamos que ha reaparecido de nuevo un soplo continuo de refuerzo sistólico a nivel de la cabeza del IV me-

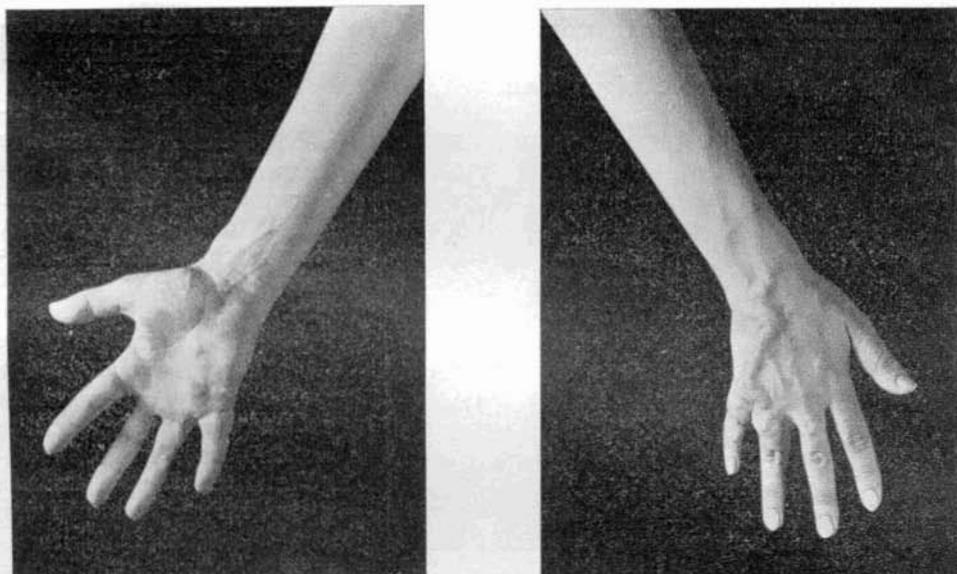


Fig. 2. — Anverso y reverso de la mano afectada correspondiente al Caso n.º 2. Obsérvense las grandes dilataciones venosas en el borde cubital, de preferencia en el dorso. Estas venas son pulsátiles.

tacarpiano. Por este motivo, considerando que persiste una o varias comunicaciones de localización intraósea, se aconseja la amputación del IV y V dedo, con decapitación de los metacarpianos correspondientes a cuyo nivel se supone se hallan dichas comunicaciones intraóseas. la radiografía simple muestra la existencia de cavidades, en especial a nivel del extremo distal del IV metacarpiano.

En un principio la enferma rechaza esta operación, ya que no tiene ninguna molestia y, por otra parte, han desaparecido las dilataciones venosas. Aceptando más tarde este tratamiento, el 8-V-59 se le amputan los dedos IV y V, con decapitación de los metacarpianos correspondientes. El examen de la pieza de amputación mues-

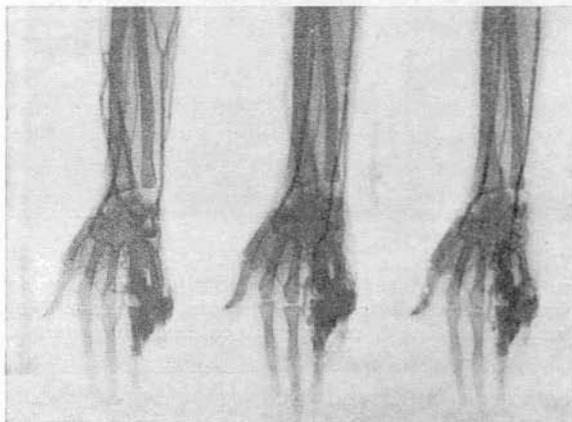


Fig. 3. — Arteriografías seriadas correspondientes al Caso n.º 2. Obsérvense las dilataciones de las arterias y venas regionales y las comunicaciones arteriovenosas, desarrolladas en especial en el IV metacarpiano.

tra comunicaciones arteriovenosas múltiples, en especial a nivel de la cabeza del IV metacarpiano, donde se observa una gran cavidad intraósea. En agosto de 1959 sigue bien.

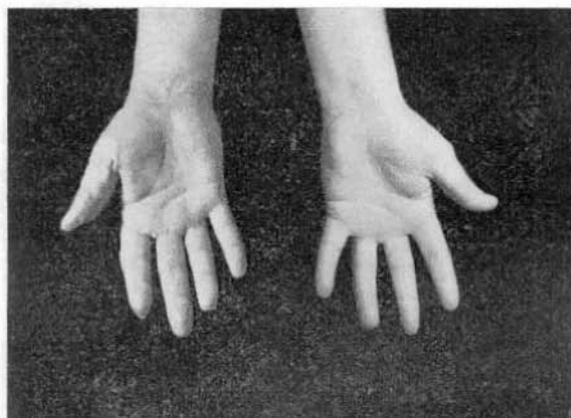


Fig. 4. — Anverso y reverso de las manos del Caso n.º 3. Dilataciones venosas pulsátiles marcadas en dorso y palma de la mano izquierda, (clisé invertido) incluso los dedos, en especial en los dos primeros.

izquierda, utilizando Urografín 60 %, 20 c.c., observándose gran cantidad de comunicaciones intraóseas a nivel de los dedos I y II (fig. 5).

En un primer tiempo se le practicó ligaduras con resecciones de las arterias interdigitales de los dedos I y II. Pero, en un segundo tiempo, por persistir la hiperpulsatilidad y las dilataciones, se le amputaron los dos primeros dedos.

Sigue bien, en observación.

Caso n.º 3. — El 13-V-58 vemos en nuestra Clínica Vasculare a un enfermo de 51 años, el cual manifiesta que desde muy joven tenía la mano izquierda más caliente y voluminosa que la derecha y presentaba las venas de la mano más dilatadas. Desde hace ocho años los extremos del I y II dedos de la mano izquierda adquieren coloración azulada y aspecto angiomaso con atrofia cutánea. Últimamente aparece una úlcera muy dolorosa a nivel del extremo del pulgar, que ha dado lugar a hemorragias repetidas y abundantes.

Exploración: Hiperpulsatilidad de las arterias del miembro superior izquierdo. Hiperoscilometría. Hipertermia. Hipertrofia de la extremidad. Hiperhidrosis. Hipertensión arterial comparada con el otro miembro. Dilataciones venosas pulsátiles marcadas a nivel del dorso y de la palma de la mano, incluso de los dedos, sobre todo en el I y II (fig. 4).

Se practica arteriografía por punción percutánea de la arteria humeral

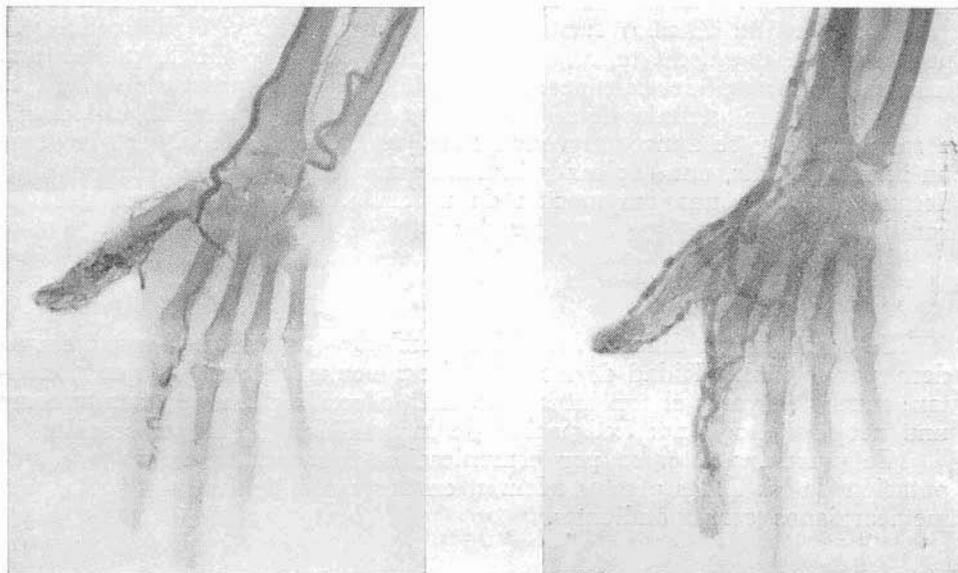


Fig. 5. — Arteriografías seriadas correspondientes al Caso n.º 3. Se observan gran cantidad de comunicaciones intraóseas a nivel de los dos primeros dedos de la mano, así como dilataciones de los vasos arteriales y venosos regionales.

COMENTARIO

Hemos descrito 3 casos de aneurisma cirsoide por comunicación intraósea que, hasta la fecha, parecen resueltos mediante la amputación de uno o dos dedos con su metatarsiano o metacarpiano en dos de los casos. Parece ser que en algún caso se ha podido resolver satisfactoriamente un aneurisma cirsoide intraóseo sin llegar a la amputación. En 1945, F. CABY (4), publicó un caso semejante de fístula arteriovenosa congénita a nivel de la primera falange del dedo índice, que curó operatoriamente sin extirpar este hueso. En 1959, A. TRIFAUD (5), publica también un caso de fístula arteriovenosa con angioma metacarpiano del pulgar, que curó sin extirpar el metacarpiano. Aparte de estos casos afortunados, los aneurismas cirsoides por comunicación intraósea constituyen una enfermedad muy grave, gravedad reconocida por numerosos autores (MONT-REID, WERTHEIMER, HOLMAN, BOURDE, etc.).

En nuestra opinión debemos comportarnos ante esta enfermedad como si se tratara de una neoplasia maligna, procurando extirpar la tumoración en su totalidad. Como dicen J. LAMY y CH. BOURDE (6), ciertas formas de fístulas arteriovenosas tienen una evolución verdaderamente diabólica, poniendo en peligro por complicaciones agudas la vida del enfermo joven o, por lo menos, exponiéndole a la pérdida de una extremidad. Y a este propósito citan un caso muy interesante que traducimos a continuación:

Un chico de 13 años fue operado de un aneurisma cirsoide del pie, por el Dr. SALMON. Al terminar la resección fue muy difícil cohibir una hemorragia a nivel del calcáneo. Más tarde, se decidió practicar un injerto para recubrir la pérdida de substancia cutánea. La operación transcurrió a satisfacción y se aplicó un vendaje de yeso. Cuando todo hacía esperar un resultado feliz, una copiosa y brusca hemorragia aparecida algunos días después obligó a una amputación de urgencia, por desarticulación de la rodilla.

RESUMEN

Se resaltan las dificultades del tratamiento de los aneurismas cirsoideos, por la multiplicidad de las comunicaciones arteriovenosas que presentan; mucho mayores si son intraóseas. Esta afección debe ser tratada como una neoplasia maligna: extirpación de la totalidad de la tumoración.

Se presentan 3 casos por comunicación intraósea, resueltos por amputación de los dedos afectos además, en dos casos, de los matatarsianos o metacarpianos correspondientes.

SUMMARY

Three cases of cirroid aneurysms due to intraosseus arteriovenous fistulae are presented. Examination reveals the characteristic physical signs of an arteriovenous communication: local increase in surface temperature, dilatation of the proximal arteries and superficial veins and the presence of thrill and a continuous bruit in the region of the fistulae. Arteriography demonstrated that abnormal vessels were present in the digits, and intraosseus communications. Amputation of the digit is the method of choice.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL y SALLERAS. — *Fistulas arteriovenosas congénitas*. "Rev. Esp. de Cir. Traum., Ortop.", 6:117:1947.
2. MARTORELL y SALLERAS. — "Fistulas arteriovenosas congénitas". Publicaciones Médicas José Janés, Editor. 1950.
3. MARTORELL, F. y SALLERAS, V. — "Malformaciones y Tumores Vasculares". Publicaciones Médicas José Janés Editor. 1955.
4. CABY, F. — *Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'anévrysme cirsoide. (A propos d'un cas de fistule congénitale arterioveineuse de la main.)* "Journal de Chirurgie", 61:128:1945.
5. TRIFAUD, ANDRÉ. — *Fistules Arterioveineuses congénitales du Pouce avec Angiome métacarpien*. "La Presse Médicale", 67:171:1959.
6. LAMY, J. y BOURDE, CH. — "Urgences Vasculaires de Membres". Masson & Cie. Paris, 1957.