

LA ARTERIOGRAFÍA COMO POSIBLE CAUSA DE ERROR DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO DE RECONSTRUCCIÓN ARTERIAL

JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ

*Jefe del Servicio de Angiología del Hospital General San Felipe.
Jefe del Servicio de Cirugía General de la Policlínica.
Profesor Titular de Cirugía
Tegucigalpa (Honduras)*

La arteriografía es, a no dudar, un elemento valiosísimo en el diagnóstico de las obstrucciones arteriales de cualquier naturaleza, siempre y cuando sea evaluada adecuadamente y siempre que sea practicada en forma correcta y sin olvidar que la observación clínica, en medio de los adelantos de los diversos medios auxiliares de diagnóstico, tiene aún hoy día un puesto en primera línea en el estudio de toda entidad patológica. El caso que a continuación presentamos es, a nuestro juicio, una valiosa enseñanza.

RESUMEN DEL CASO

A.A.C.Z., sexo masculino, de 14 años de edad. Ingresa en el Hospital General San Felipe de Tegucigalpa el día 6-IV-65. Refiere haber recibido, accidentalmente, diecinueve días antes un balazo calibre 45 en el tercio superior del muslo izquierdo. Hubo abundante hemorragia externa. En los días sucesivos se formó una tumoración en la región de la herida, dolorosa, caliente, pulsátil y que crece de continuo de tamaño.

En el examen físico se encuentra en efecto una tumoración bilobulada situada en la cara anterolateral interna del muslo izquierdo, con partes endurecidas y otras blandas, con «thrill» franco y soplo continuo de refuerzo sistólico a la auscultación. La maniobra de Nicoladoni-Branham provoca una ligera disminución de la frecuencia del pulso radial, de 62 a 57 pulsaciones por minuto. Los pulsos de la extremidad están todos presentes, inclusive los pedio y tibial posterior. La oscilometría a nivel del tercio superior de la pierna es de 5 divisiones y a la altura del maléolo es de 3 divisiones. Hacemos el diagnóstico provisional de fistula arteriovenosa femoral. Como segunda posibilidad se piensa en un falso aneurisma.

El arteriograma practicado el 9-IV-65 (fig. 1) demuestra que no se trata de una fistula arteriovenosa sino de un falso aneurisma.

Se planea la intervención quirúrgica pero no resulta posible por diversas circunstancias, llegando así al 20-IV-65, fecha en que se observa que el paciente se queja de muy intenso dolor y fiebre, habiendo desaparecido los pulsos poplíteo, tibial posterior y pedio. La oscilometría, por consiguiente, es 0 del tercio superior de la pierna para abajo. Suponemos que se ha producido una trombosis del sector distal de la arteria femoral, por lo cual forzamos la operación para ese mismo día.



FIG. 1. Arteriograma (9-IV-65) que demuestra con claridad el falso aneurisma que rechaza la arteria femoral superficial.



FIG. 2. Arteriograma (9-V-65, a los 19 días de la operación) que demuestra detención total del medio de contraste en el tercio superior de la femoral superficial.

Acto operatorio: Se descubre la zona comprometida por medio de una incisión que parte del arco crural por arriba y alcanza por abajo el tercio inferior del muslo. Hemostasia provisional de la arteria femoral común. Se encuentra un gran falso aneurisma que es evacuado (peso 450 g) y se descubre la arteria a este nivel. Existe un desgarro de la arteria femoral superficial que abarca la mitad de su perímetro en una longitud de 4 cm; existe trombosis del extremo distal en una longitud de 5 cm. Por expresión retrógrada se expulsa el trombo. Los intentos para liberar la arteria y llevar a cabo una sutura terminoterminal no son favorables, por lo cual se decide colocar un parche venoso de safena. La reconstrucción resulta muy satisfactoria, apareciendo pulso en el sector distal de la arteria.

Curso postoperatorio: El curso postoperatorio es excelente: hay pulsatilidad en pedía y tibial posterior. La oscilometría vuelve a los niveles anteriores.

El 9-V-65, a los diecinueve días de la intervención, se practica una nueva arteriografía (fig. 2) que, para nuestra gran sorpresa, muestra una detención total del



FIG. 3. Arteriograma (7-VI-65, a los 48 días de la operación) que demuestra aparentemente bloqueo total de la arteria femoral superficial.



FIG. 4. Arteriograma (7-VI-65, a los 48 días de la operación y con torniquete aplicado en el tercio inferior del muslo) que demuestra la permeabilidad de la arteria femoral superficial con una dilatación correspondiente al parche venoso en el tercio superior de la arteria.

medio de contraste por encima del lugar donde la arteria fue reparada. Suponemos que se ha trombosado y que existe un «by-pass» natural que reinyecta el sector distal de la arteria y que no hemos podido poner de manifiesto en la arteriografía (en el Hospital General aún no tenemos seriógrafo).

El 7-VI-65, a los cuarenta y ocho días de la intervención, repetimos la arteriografía, esta vez bajo anestesia con pentotal, pues el enfermo coopera mal. En ella (fig. 3) se comprueba la falta de visulación total de la arteria femoral superficial, circulando todo el medio de contraste por le femoral profunda. Aún repetimos otra inyección de contraste (cuya radiografía no reproducimos por dificultades técnicas) y observamos que la femoral superficial se ha llenado, aunque muy débilmente. Animados por este hallazgo, colocamos un torniquete en el tercio inferior del muslo y repetimos la inyección obteniendo la imagen que nos muestra la figura 4: en realidad

la arteria femoral es permeable con una pequeña dilatación correspondiente al parche venoso.

COMENTARIO

La arteriografía es un excelente método de diagnóstico siempre y cuando se pueda realizar en condiciones óptimas. F. MARTORELL, de Barcelona, quien en general no es partidario del uso indiscriminado de la arteriografía, ha insistido sobre la posibilidad de errores gruesos cuando no se dispone de un seriógrafo. LOOSE, de Itzehoe, gran partidario de la arteriografía rutinaria, insiste en la necesidad de hacer la arteriografía bajo anestesia general y con intubación para eliminar la posibilidad de espasmos que pueden cambiar en absoluto el cuadro radiológico. Creemos que el caso que hemos presentado debe servir como una llamada de alerta ante la interpretación poco ponderada de una arteriografía.

RESUMEN

Se presenta un caso de falso aneurisma de la arteria femoral superficial, reparado mediante parche venoso, con arteriografías en el pre y postoperatorio. Se llama la atención sobre la posibilidad de cometer errores diagnósticos si nos atenemos sólo a este examen.

SUMMARY

A case of false aneurysm of the superficial femoral artery repaired by a venous patch is presented. The author emphasize the possibility of diagnostic errors if the diagnosis is based only on arteriograms.