

# Inserción transcutánea de catgut cromado para trombosar un lago venoso residual a la extirpación quirúrgica de un aneurisma cirsoideo de la cabeza (\*)

G. BIANCHI

Departamento de Cirugía Vasculardel Hospital de San José de París  
(Prof. J. M. Cormier)  
Dirigente sezione Chirurgia Vascolare Casa Di Cura S. Camillo  
Brescia (Italia)

## INTRODUCCION

Las fistulas arteriovenosas congénitas tiene predilección por asentar en la cabeza y el cerebro. Estas anomalías vasculares de tal localización son más raras en los territorios de distribución de la carótida externa, en especial en el área de la rama temporal (Volmar, 1964).

A diferencia de las fistulas arteriovenosas traumáticas, suelen poseer numerosas conexiones entre arterias y venas, consideradas como residuo de la disposición capilar embrionaria que no ha sufrido la oclusión normal en el desarrollo del aparato vascular (Woollard, 1922; Tice y colaboradores, 1963; Szilagyi y colaboradores, 1965).

Por lo común se manifiestan en el período postnatal o en la pubertad. Los eventuales traumatismos obstétricos cabe considerarlos como sencillos cofactores que revelan la anomalía congénita latente. Aumentan de tamaño poco a poco, a veces al parecer bajo influencia hormonal. Se presentan con las tortuosidades y dilataciones características, además de la arterialización de las venas superficiales y profundas en directa y máxima conexión con los territorios de distribución arterial, lo que les ha valido el histórico nombre de «caput medusae».

Como cualquier fístula arteriovenosa tienen repercusiones locales, como cianosis, erosiones o ulceraciones, hemorragias y repercusiones generales bastante más graves, en el sentido de una hipertrofia y dilatación cardiacas con disfuncionalismo lento o rápido cardiocirculatorio. Por último, existe la repercusión estética.

Desde el punto de vista semiótico, presentan las características objetivas de la comunicación arteriovenosa, representadas por flebectasias superficiales pul-

---

(\*) Original en español.

sátiles, soplo continuo con refuerzo sistólico y signo de Nicoladoni (bradicardia tras la compresión de la arteria aferente a la fistula).

Desde el punto de vista diagnóstico es necesaria la arteriografía del distrito, con la que en efecto se demuestra la dilatación arteriovenular difusa y el rapidísimo flujo venoso. Por otra parte, la arteriografía es indispensable para la terapéutica, esencialmente quirúrgica en la fase de molestias tróficas o cuando interesan el sistema cardiocirculatorio general.

Bajo el punto de vista terapéutico se suelen extirpar todos los vasos estáticos. En ocasiones, cuando se acierta en excluir las comunicaciones arteriovenosas circunscritas a zonas limitadas, se corrige a la vez de modo definitivo la enorme malformación cirsoide.

### CASO CLINICO

J. J. P., varón de 35 años de edad. Malformación de inicio tèmpero-parietal derecho que alcanza la base del cuello del mismo lado.

A los 10 años de edad le apareció en el cuero cabelludo de dicha región un angioma de 5 por 5 cm. En 1947 le resecaron la malformación, pero poco a poco recidivó, extendiéndose hacia la región frontal y mandíbula inferior derechas.

De nuevo, en 1954, se sometió a una intervención quirúrgica (sin angiografía): Ligadura de la carótida externa con radioterapia postoperatoria de la región.

Entre 1957 y 1964 sufrió varias ablaciones del angioma seguidas de numerosas plastias cutáneas.

Por fin, en 1969, el paciente fue remitido a nuestro Servicio del Hospital de Saint Joseph. Allí se observa una masa blanda, en parte reducible, formada por voluminosas y tortuosas flebectasias, indolora, recubierta de piel lisa, brillante, sin pelo alguno y que ocupa la región tèmpero-parieto-frontal derecha y se extiende a la base del cuello del mismo lado hasta casi la región supraclavicular. A la palpación muestra un leve látido. Numerosas cicatrices de trasplantes cutáneos anteriores. A la vez, la región occipital y la superciliar derecha parecen ocupadas por una masa de las mismas características, si bien menos estática.

A la auscultación de la región se aprecia un soplo sistólico intenso que se propaga por el territorio de la carótida interna. No se aprecian soplos con la auscultación ocular.

Bajo el punto de vista general, el paciente se presenta disneico y existe un discreto aumento del área cardíaca.

El examen radiológico directo del cráneo muestra una erosión de la bóveda craneal derecha.

A los pocos días de su ingreso se practica una carotidografía de este lado, la cual no da en cambio muestras de displasia alguna en el hemisferio cerebral ni en el sistema vascular epicráneo.

Practicada una subclaviografía retrógrada derecha (fig. 1), se observó un sistema vascular completamente anormal. Un primer vaso anómalo que nacía del tronco bicervicoescapular, dilatado y sinuoso, alimentaba una masa angiomasosa cervicofacial; un segundo vaso, que parece una vertebral, nace por fuera del precedente, cruza el tronco bicervicoescapular y alcanza el canal transversal. Esta arteria se presenta flexuosa y con calibre cuadruplicado. Estos dos vasos,

así como los colaterales de la carótida externa revascularizada en sentido retrógrado y las ramas del sistema contralateral, participan en la opacificación de una extensa masa angiomasosa que interesa el espacio retroparotídeo y todos los músculos laterocervicales, además de los temporo-parieto-frontales derechos. En vista de todo esto, se supone imposible una exéresis en bloque y se decide limitar la intervención a la desconexión de los pedículos que la alimentan.

**Intervención quirúrgica:** Incisión cutánea supraclavicular en «L» invertida. Enorme dilatación de la yugular externa, que se secciona y lo mismo el escaleno inferior. Tras identificar el frénico, se expone la arteria subclavia, confirmándose que la convexidad de esta arteria sólo da dos ramas: la primera, dentro del esca-

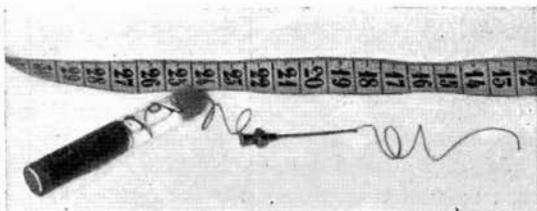
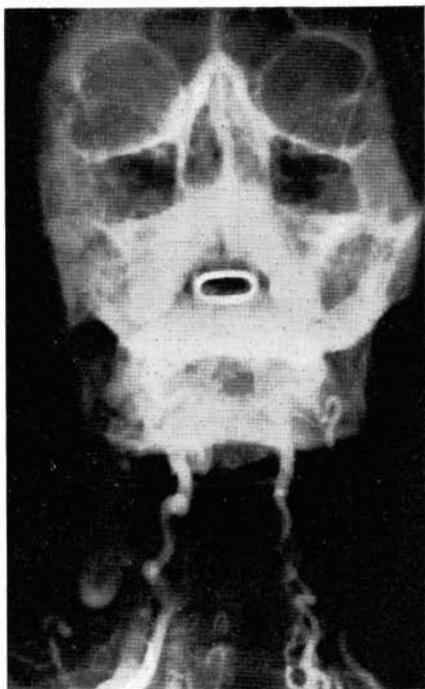


FIG. 1.—Subclaviografía derecha de fístula arteriovenosa congénita craneocervical derecha. Presencia de un vaso anómalo que partiendo del asiento del tronco bicervico-escapular, dilatado y sinuoso, alimenta una masa angiomasosa cervicofacial. Vertebral derecha flexuosa y cuadruplicada en calibre, cruzando por detrás del vaso anómalo.

FIG. 2.—Representación del método para que llegue el hilo de catgut crómico O mediante su introducción en una aguja n.º I al interior de la flebectasia.

leno, muy voluminosa, de 1,5 cm. de diámetro, representa un tronco bicervicoes-capular anómalo, ya que se prolonga por una pequeña tiroidea y una enorme cervical ascendente. Se seccionan cinco centímetros de este vaso, de pared delgadísima, y se suturan los dos extremos. Por fuera del escaleno nace la vertebral, también de volumen doble, sinuosa, de pared delgada y que se dirige hacia adentro para cruzarse con el vaso anterior. De igual modo se resecan cinco centímetros de dicha arteria, suturando los dos extremos. La subclavia no muestra más ramificaciones que la mamaria interna, que a su vez se reseca y sutura. Sutura por planos.

En el postoperatorio inmediato se observa que la masa vascular cráneo-facial se ha reducido espontáneamente.

Algunas flebectasias residuales en la región fronto-parietal se esclerosan con tetradecilsulfato de sodio al 3 %, desapareciendo de modo progresivo. No obstante, en la región parieto-maxilar derecha persiste un lago venoso de 5 por 6 cm., recubierto de piel delgada y brillante, en el que las inyecciones esclerosantes no surten efecto por diluirse con rapidez. Pensamos entonces en introducir un catgut crómico 0 en el lago venoso por vía transcutánea que permita crear un conducto local duradero o una fibrosis consecutiva, análoga a la técnica de **Abraham** (1952) para la esclerosis de las voluminosas estasis varicosas del miembro inferior.

El 16-XII-70 ingresa el paciente en el Hospital. Aunque cabe actuar bajo anestesia local e incluso sin anestesia, se coloca el enfermo bajo anestesia general. Preparación cuidadosa de la piel de la región con alcohol y luego alcohol yodado durante tres minutos. A dos dedos del ángulo externo del arco superciliar derecho, en plena región parietal, se inserta unos milímetros una gruesa aguja n.º 1, estéril. Por su interior se pasan 10 cm. del catgut crómico (fig. 2) citado que ocupará casi todo el lago venoso. Se retira con cuidado la aguja, seccionando el catgut a flor de piel e introduciendo por completo el extremo proximal del mismo mediante una leve tracción de la piel alrededor del punto de entrada y con la ayuda de una pinza quirúrgica. De este modo queda el catgut completamente en su lugar. Se cubre el pequeño orificio de punción con un apósito estéril y se mantiene una ligera compresión durante unos días. Antibióticos de amplio espectro.

En los dos primeros días el paciente observó algo de dolor local, para desaparecer más tarde toda molestia de modo definitivo.

Examinado de nuevo a los dos, cuatro, seis meses y un año, el lago venoso aparece trombosado por completo y sin señales de recanalización. Jamás tuvo después dolor o molestias regionales.

## COMENTARIO

Este tipo de patología presenta múltiples problemas. Lo más importante y primer problema es el diagnóstico, aunque de fácil solución.

No se comprende, ni siquiera considerando suficiente el examen objetivo, que no se practicara una angiografía y se efectuara una ligadura sin orientación. En efecto, si se hubiese realizado un correcto diagnóstico no se habría llegado a la fase de afectación cardíaca. La angiografía de la subclavia nos confirmó que por lo menos ambas arterias, carótida externa y ramas subclavias, alimentaban la malformación cérvico-facial.

Queremos, pues, insistir en la absoluta necesidad de practicar una angiografía, que no debe ser única ni siquiera ante un eventual resultado positivo, sino que debe constituir una exploración de conjunto al máximo de tal vez todos los ramos arteriales posibles de llenar la anomalía vascular.

Resuelto el problema diagnóstico, queda el terapéutico. En efecto, de no ser posible la extirpación radical, la resección y ligadura de las principales vías aferentes puede resultar insuficiente por persistir colaterales que rellenen la tumoración y lleven a la recidiva.

Es por ello que sugerimos el método descrito, que nos parece una valiosa ayuda precisamente para los casos difíciles en los que se supone una probable recanalización o bien para que ésta no se produzca.

En el caso que hemos expuesto se habían empleado diversas terapéuticas clásicas con resulta insuficiente. Además de persistir las características del aneurisma cirsoideo, la región interesada quedaba recubierta por una piel tensa, lustrosa, hipertrófica, surcada de cicatrices numerosas, en contacto casi directo con la bóveda ósea, quedando entre ésta y la superficie sólo las flebectasias y las lagunas venosas. Además de ser difícil, por la extensión del proceso, una resección completa habría llevado consigo serios problemas de reposición cutánea. Por ello, la táctica empleada nos parece la mejor utilizable; por otra parte, las angiografías y curso clínico a distancia nos hacen suponer haber actuado sobre la principal vía aferente, haber acertado por medio de la fibrosis permanente a impedir la recanalización local y lograr esclerosar de modo definitivo los vasos y evitar con ello eventuales recidivas locales. En efecto, en presencia de lagunas vasculares inextirpables lo que hay que conseguir es su obliteración, a poder ser permanente.

Es por ello que hemos pensado en la introducción transcutánea de un material, el catgut crómico, que además de ocasionar trombosis por contacto presentase la propiedad de un largo período de reabsorción y, por lo tanto, favoreciese un proceso de esclerosis fibrosa definitiva obliterante de la laguna vascular. Con los métodos clásicos de inyección no hubiera sido posible esclerosar la laguna, por la rápida dilución de la sustancia empleada y porque, si ello hubiese sido posible, lo más probable es que la esclerosis hubiera sido fugaz con recanalización consecutiva, análogamente a lo que ocurre con la esclerosis ambulatoria de las safenas en los casos de varices de los miembros inferiores. Naturalmente, dada la región, las precauciones de asepsia deben ser absolutas y la cobertura antibiótica obligada en el postoperatorio.

### CONCLUSIONES

La sencilla ejecución clínica, diríamos, la total ausencia de peligro, la casi completa ausencia de molestias para el paciente y la persistencia de la esclerosis nos parecen suficientes argumentos para utilizar este método en situaciones semejantes.

En efecto, el resultado conseguido confirmando a distancia lo supuesto nos lleva a llamar la atención sobre esta sencilla técnica y proponerla de nuevo como indicada también en los pacientes ambulatorios de varices del miembro inferior que, por diversas razones, no aceptan la intervención quirúrgica y en los que los procedimientos comunes de esclerosis de las safenas o sus ramas voluminosas sólo las obliteran por un tiempo limitado, recanalizándose entre seis y doce meses después.

Estamos convencidos de que el método expuesto lleva, en cambio, en tales pacientes o en casos análogos a un resultado definitivo, por fibrosis completa permanente, sin recanalización de la flebectasia interesada.

## RESUMEN

Se presenta un caso de aneurisma cirsoideo de la cabeza, cuya extirpación completa fue imposible y en el cual se complementó la terapéutica quirúrgica clásica con el empleo de un método personal: introducción transcutánea de material de reabsorción lenta, que permitió la fibrosis definitiva de la laguna venosa residual que, en potencia, se podía considerar repermeabilizable. El material empleado fue catgut crómico. Se describe el método y se insiste en la indicación del procedimiento en la terapéutica ambulatoria esclerosante de las varices de los miembros inferiores.

## SUMMARY

A case of cirroid aneurysm of the head is presented. Since complete surgical removal was impossible, surgery was completed with a personal method: transcutaneous introduction of chromic catgut, a slow absorption material that provided a definitive fibrosis of the remaining venous ectasia avoiding its possible repermeabilisation. The method is described and the indication of sclerosing therapy in out patients with varicose veins in the lower limbs is pointed out.

## BIBLIOGRAFIA

- Abraham, A. J.:** A new operative method of causing thrombosis in varicose veins. «Brit. Med. J.», 11:260, 1952.
- Szilagyi, D. E.; Elliot, J. P.; De Russo, F. J.; Smith, R. F.:** Peripheral congenital arteriovenous fistulas. «Surgery», 57:61, 1965.
- Tice, D. A.; Clauss, R. H.; Keirle, A. M.; Reed, G. E.:** Congenital arteriovenous fistulas of the extremities: Observations concerning treatment. «Arch. Surg.», 86:460, 1963.
- Woollard, H. H.:** The development of the principal arterial systems in the forelimb of the pig. Contributions to embryology. «Carnegie Institute», 14:139, 1922.
- Volmar, J.; Diezel, P. B.; Georg, H.:** Das sogenannte Rankeangioma des Kopfes (Angioma racemosum Virchow) Versuch einer neuen Deutung. «Langenbecks Arch. Klin.», 307:71, 1964.