

# Aneurisma de la arteria humeral

R. Romero Campos\* - M.<sup>a</sup> Ll. Abellán Cubel\* - M. Lerma Goncé\*\* y L. Camacho\*\*\*

Hospital Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat, España

## RESUMEN

Los autores presentan un caso de aneurisma de la arteria humeral en un hombre joven. Consideramos de interés esta aportación por tratarse de una entidad clínica de frecuencia excepcional a este nivel, así como por las dificultades para aclarar la etiología.

Fue tratado mediante aneurismectomía e interposición de vena basilica ipsilateral, con buen resultado inmediato que se sigue manteniendo a los 18 meses.

Se presentan los estudios arteriográficos y anatomopatológicos.

## SUMMARY

Authors report the case of a young man affected by an aneurysm at the humeral artery. The relevance of this case was due to its notable rare incidence at such level as well as its difficult etiologic diagnosis. Patient was treated by an aneurysmectomy and a basilic vein ipsilateral was interposed. Immediate and after 18 months results were satisfactory. Arteriographic and anatomopathologic studies are presented.

Nuestra observación se refiere a un paciente varón de 29 años, sin antecedentes patológicos de interés, fumador habitual de 20 cig./día, que acude a nuestra consulta por presentar tumoración pulsátil en 1/3 infero-interno del brazo derecho, próxima a la flexura del codo, indolora, sin que pueda precisar tiempo de evolución, que cree escaso.

En la anamnesis detallada señala

distensión ligamentosa del carpo derecho, ocurrida cinco meses atrás, lo que le obligó a llevar férula semi-dura, tipo «Mafra», desde la mano hasta la flexura del codo, durante 4 semanas, época en la que señala mantener a su hijo en brazos, diariamente, por espacio aproximado de una hora.

A la exploración vascular presenta una tumoración del tamaño de una uva, pulsátil, con suave soplo y sin «thrill», a nivel del 1/3 infero-interno del brazo derecho, con buenos pulsos cubital y radial.

La Bioquímica practicada resultó

normal, salvo una tasa de colesterol de 6,72 mmol/l.

De igual forma, los estudios de tórax, E.C.G. y tonodensimetría tóraco-abdominal fueron normales, descartándose aneurismas a otros niveles.

El Doppler arterial presentó unas curvas de velocidad normales, salvo en la zona tumoral donde la velocidad sistólica era el doble que en la humeral pretumoral.

La angiografía confirmó la existencia de un aneurisma sacular de unos 2-2,5 cms. de diámetro a nivel del 1/3 inferior de la arteria humeral derecha, siendo permeables todos los vasos de dicha extremidad y sin otras alteraciones significativas.

En la intervención quirúrgica se observa la existencia de un verdadero aneurisma, sacular, de unos 2,5 cm. de diámetro externo, a nivel de 1/3 inferior de la arteria humeral, practicándose, mediante incisión en «S» itálica en la flexura del codo, la aneurismectomía y colocación de un «by-pass» húmero-humeral con vena basilica ipsilateral, manteniéndose pulsos distales normales.

Como hallazgos quirúrgicos de interés cabe señalar, en el aneurisma, engrosamiento parietal de unos 8 mm, la ausencia de trombos y el parcial aplastamiento de la vena humeral por la tumoración.

No se practicó cultivo por no creerlo indicado.

El informe anatómo-patológico fue el siguiente:

«Aneurisma sacular de 27 mm. de eje máximo, en el que se observa la sustitución fibrosa de la capa muscular en la zona sacular e interrup-

\* Médico Adjunto Unidad Funcional C. Vascular.

\*\* Jefe de Unidad Funcional de C. Vascular.

\*\*\*Jefe de Unidad de Anatomía Patológica.

ción focal extensa de las elásticas adventiciales que, junto con la presencia de hemosiderina y discretos infiltrados linfocitarios en tejidos perivasculares, apuntan hacia una etiología traumática».

### Comentario

Las complicaciones vasculares de los traumatismos cerrados de miembro superior son poco frecuentes (1) y, entre ellas, los verdaderos aneurismas representan un hecho casi excepcional (2, 3 y 4) en ausencia de lesión ósteo-articular (5).

En nuestro caso, y una vez descartadas las otras posibles etiologías, creemos que, dada la cronología de los antecedentes de nuestro pacien-

te, su etiología es el microtraumatismo de repetición, debido a la férula, sobre la arteria humeral.

Por último, quisiéramos comentar que quizá convendría tener en cuenta la longitud de las férulas al colocarlas en el antebrazo. Es posible que si fueran algo más cortas podrían evitarse patologías como la que hemos presentado.

### BIBLIOGRAFIA

1. MAYEUX, C., BOISSIERAS, P.: 64 cas de traumatismes des gros troncs vasculaires des membres. «J. Chir.», 101: 543-562, 1971.
2. LLOYD, I. T.: Traumatic peripheral aneurysm. «Am. J. Surg.», 5: 755-764, 1957.
3. IMBERT, P., ADHOUTE, B.: A propos des traumatismes artériels récents des membres. «Chir.», 97: 518-525, 1971.
4. PERRY, M. O., THAL, E. R., SHIRES, G. T.: Management of arterial injuries. «Ann. Surg.», 173: 403-408, 1971.
5. FRAIOLI, I. P., GAUX, J. C., et al: Anéurysme traumatique vrai de l'artère humerale sans lésion ostéo-articulaire: une lesion rare. «J. Radio», 62: 47, 1981.
6. MARTIN, R. D., MANKTELOW, R. T.: Management of ulnar artery aneurysm in the hand: a case report. «Can. J. Surg.», 25: 97, 1982.
7. McCREADY, R. A., BROWN, O. W., PAIROLERO, P. C., PLUTH, J. R., HOLLIER, L. H.: Recurrence and rupture of an axillary artery aneurysm. «Am. Surg.», 48: 241, 1982.