

La Arteriografía como posible causa del error Diagnóstico. A propósito de un caso de Reconstrucción Arterial

Por el Dr. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ G. (*)

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; siempre que es practicada en forma correcta y sin olvidar que la observación clínica, aún hoy día, en medio de los adelantos de los diversos medios auxiliares de diagnóstico, tiene 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. G. Z., sexo masculino, de 14 años de edad, ingresa al Hospital General San Felipe de Tegucigalpa, el día 6 de abril de 1965. (Registro N° 52387). Refiere haber recibido 19 días antes, un balazo calibre 45, accidentalmente, en el tercio superior del muslo izquierdo. Hubo abundante hemorragia externa. En los días sucesivos se formó una tumoración en la región herida, que es dolorosa, caliente, pulsátil y crece continuamente de tamaño.

En el examen físico, se encuentra efectivamente una tumoración bilobulada situada en la cara anterointerna del muslo izquierdo, con partes endurecidas y otras blandas con "thrill" franco y que a la auscultación presenta un soplo continuo con refuerzo sistólico. La maniobra del Nicoladoni-Branham, provoca una ligera disminución de la frecuencia del pulso radial, de 62 pulsaciones por minuto, a 57. 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 y a la altura del maleólo de 3. Hacemos el diagnóstico provisional de fístula arteriovenosa femoral. Como segunda posibilidad, se piensa en un falso aneurisma.

El arteriograma, practicado el día 9 de abril, (Fig. N° 1) demuestra que no trata de una fístula arteriovenosa, sino de un falso aneurisma.

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

* Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General. Jefe del Servicio de Cirugía General de La Policlínica, S. A. Profesor de Cirugía. Jefe del Departamento de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas,

Acto Operatorio

Se descubre toda la zona comprometida, por medio de una incisión que parte del arco crural por arriba y llega por abajo hasta el tercio inferior del muslo. Hemostasia provisional de la arteria femoral común. Se encuentra una gran falso aneurisma que es evacuado (peso 450 grs.) y se descubre la arteria a ese nivel. Existe un desgarro de la arteria femoral superficial que abarca la mitad de su perímetro en una longitud de 4 cms., y hay¹ trombosis del extremo distal en una longitud de unos 5 cms. Por expresión retrógrada se expulsa el trombo. Los intentos para liberar la arteria y llevar a cabo una, sutura término-terminal, no aparecen favorables, por lo cual se decide colocar un parche venoso de vena safena. La reconstrucción resulta muy satisfactoria y hay pulso en el segmento distal de la arteria.

Curso Postoperatorio

Excelente: Hay pulsos pedio y tibial posterior. La oscilometría vuelve a sus niveles anteriores.

El día 9 de mayo (19 días después de la intervención), se hace nueva arteriografía (Fig. N° 2) que, para nuestra gran sorpresa, muestra una detención total del medio de contraste! por encima del lugar donde la arteria fue reparada. Suponemos que se ha tromboado¹ y que hay una "by-pas" natural que reinyecta el segmento distal de la arteria y que no hemos podido poner de manifiesto en la arteriografía (en el Hospital General aún no tenemos seriógrafo).

El día 7 de junio (48 días después de la operación), repetimos la arteriografía esta vez bajo anestesia con Pentotal, pues el enfermo coopera mal. En ella (Fig. N° 3) se comprueba la falta de visualización total de la arteria femoral superficial, circulando todo el medio de contraste por la 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 (Fig. N° 4), que en realidad la arteria femoral superficial es permeable con una pequeña dilatación correspondiente al parche venoso.

Comentario

La arteriografía, es un método excelente de diagnóstico, siempre y cuando se pueda realizar en condiciones óptimas. F. Martorell (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. Loóse (It-zehoe), 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 se ha 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, y se llama la atención sobre la posibilidad de cometer errores diagnósticos si se atiende solo a este examen

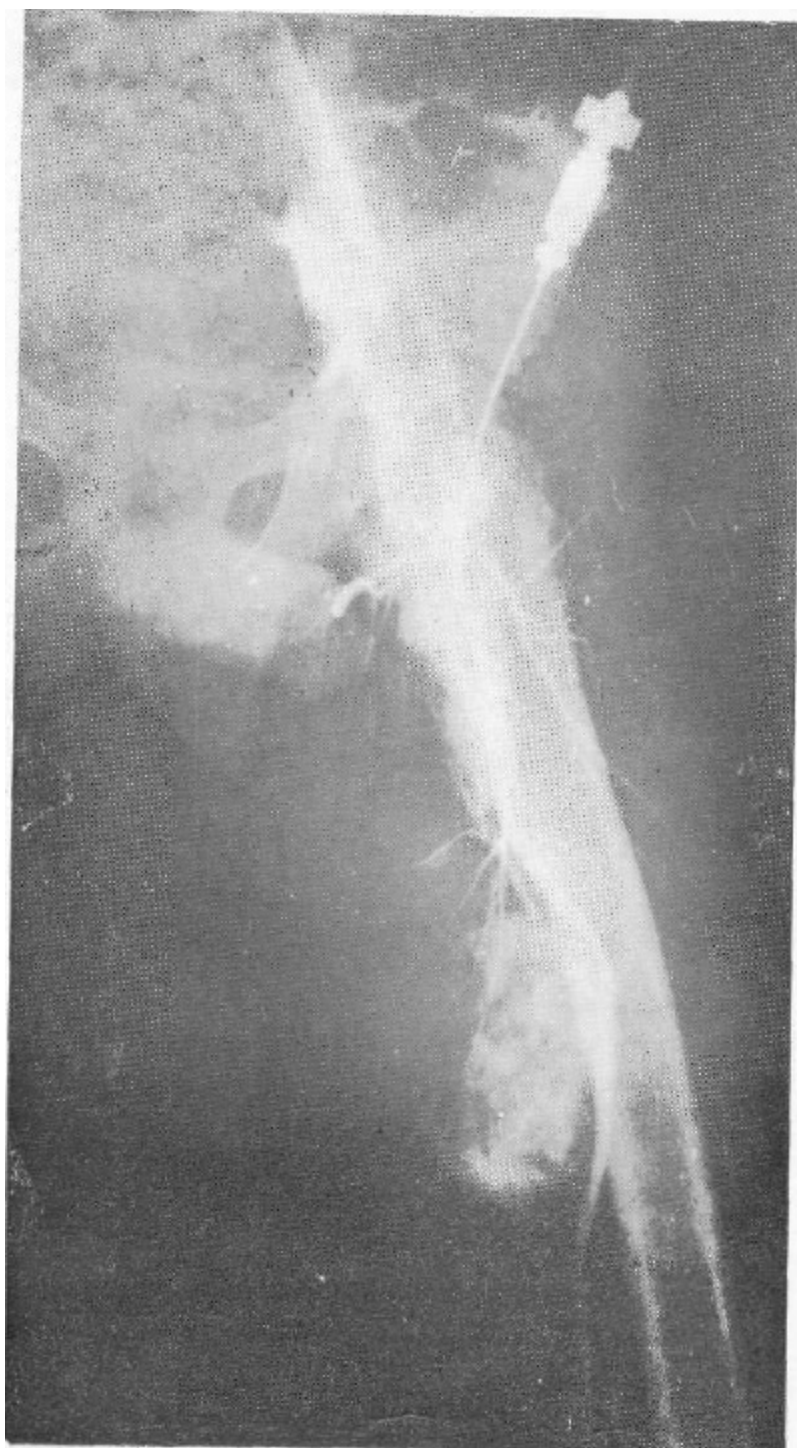


Fig. No 1.—Arteriografía preoperatoria que muestra el falso aneurisma de la arteria femoral superficial

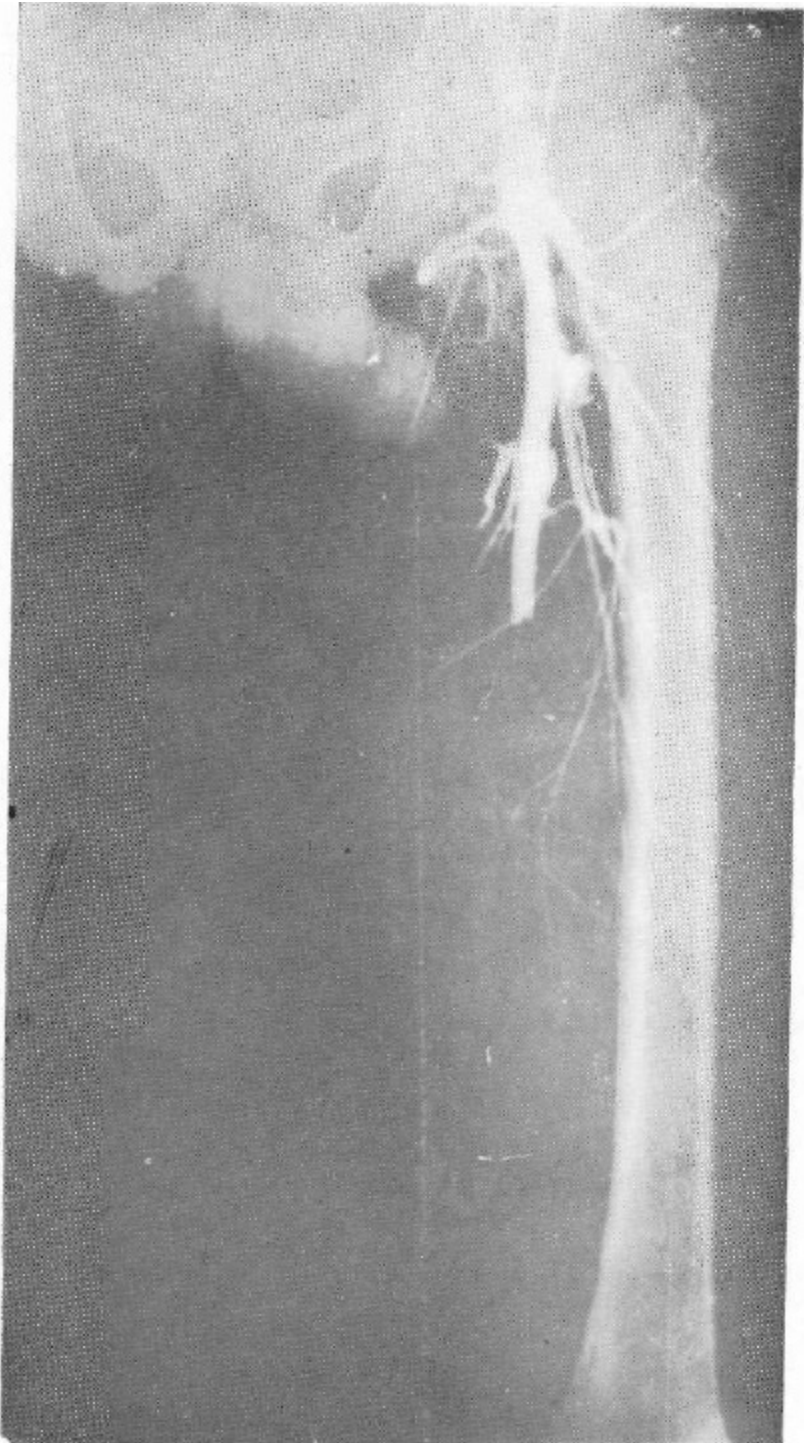


Fig. No 2.—Arteriografía postoperatoria con oclusión total de la arteria femoral superficial

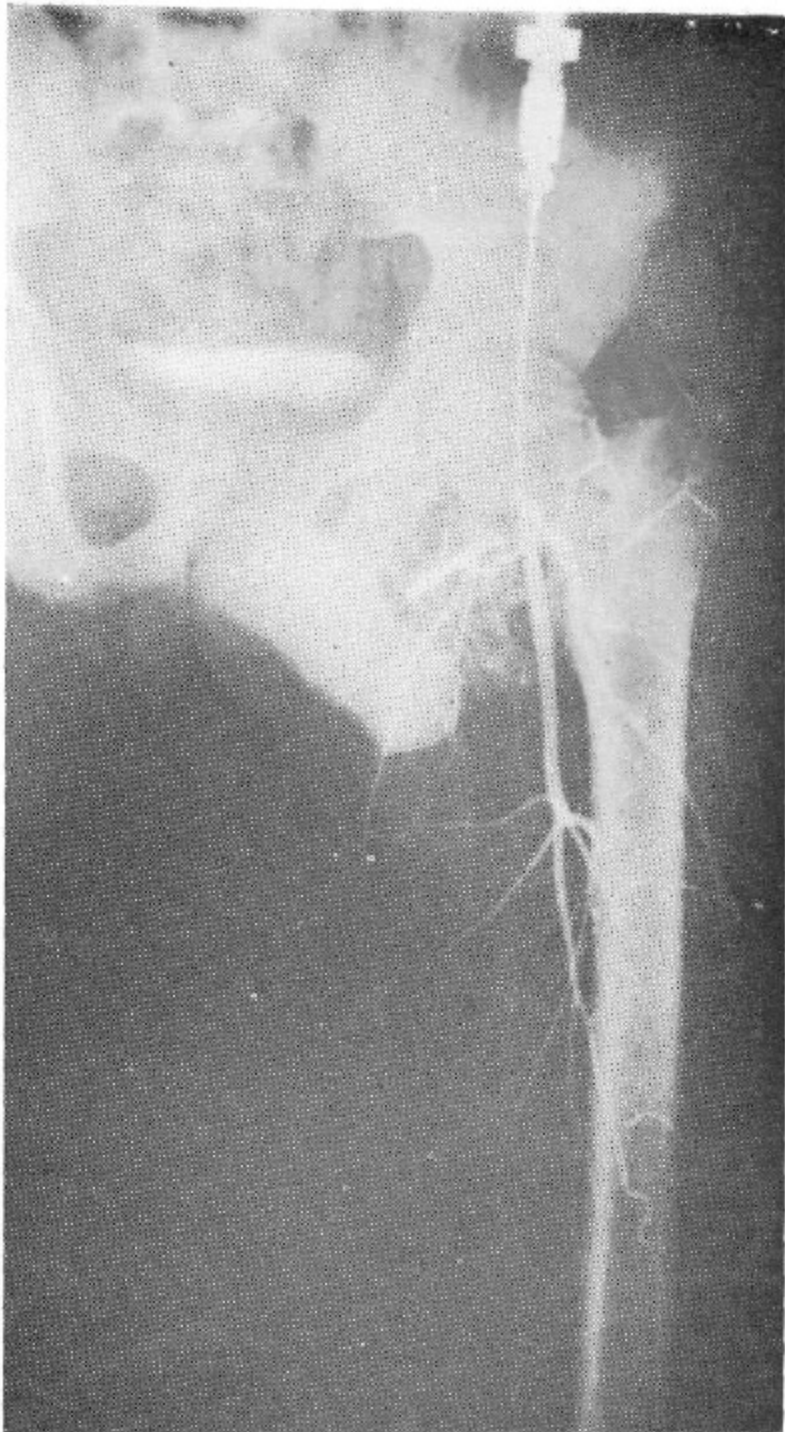


Fig. N^o 3.—Arteriografía postoperatoria en la cual sólo se visualiza la arteria femoral profunda y apenas se insinúa la femoral superficial

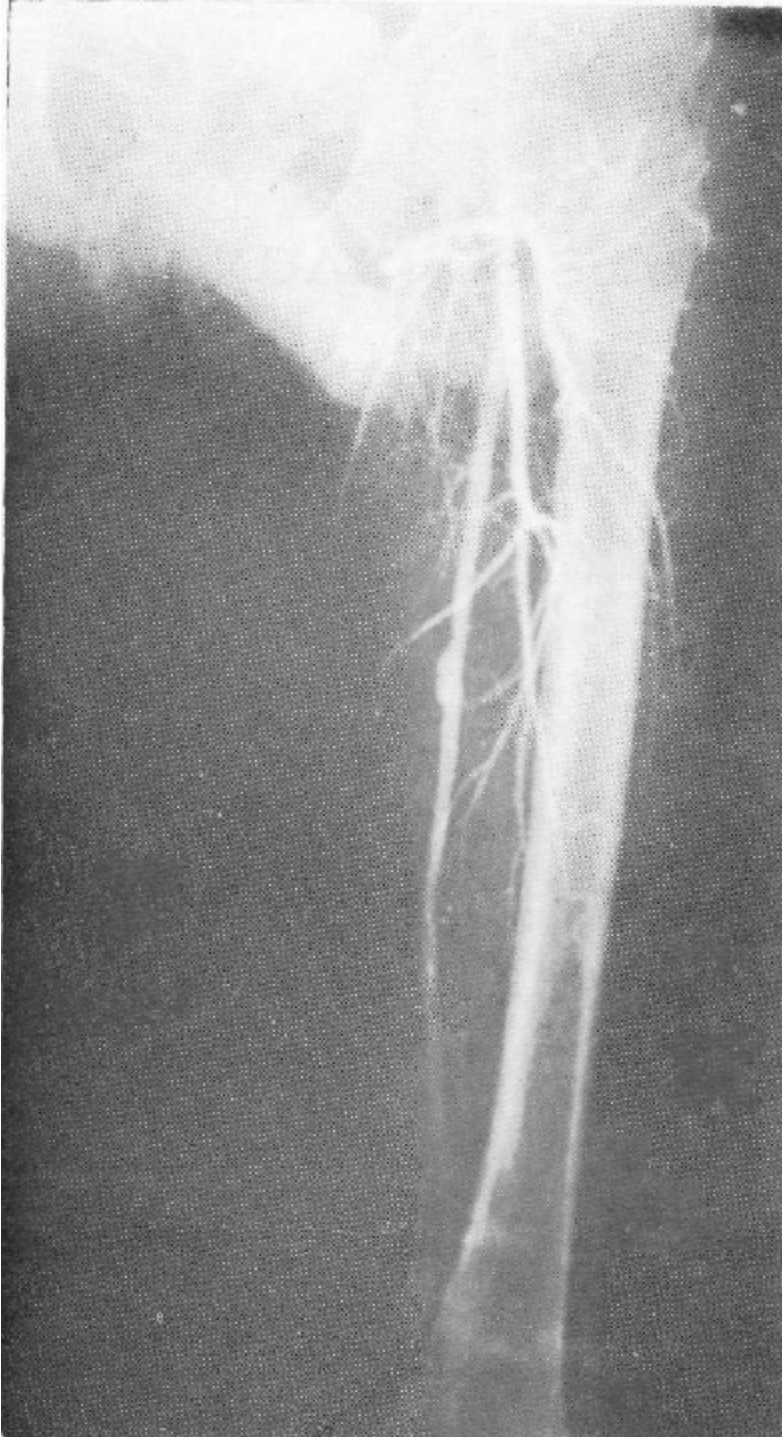
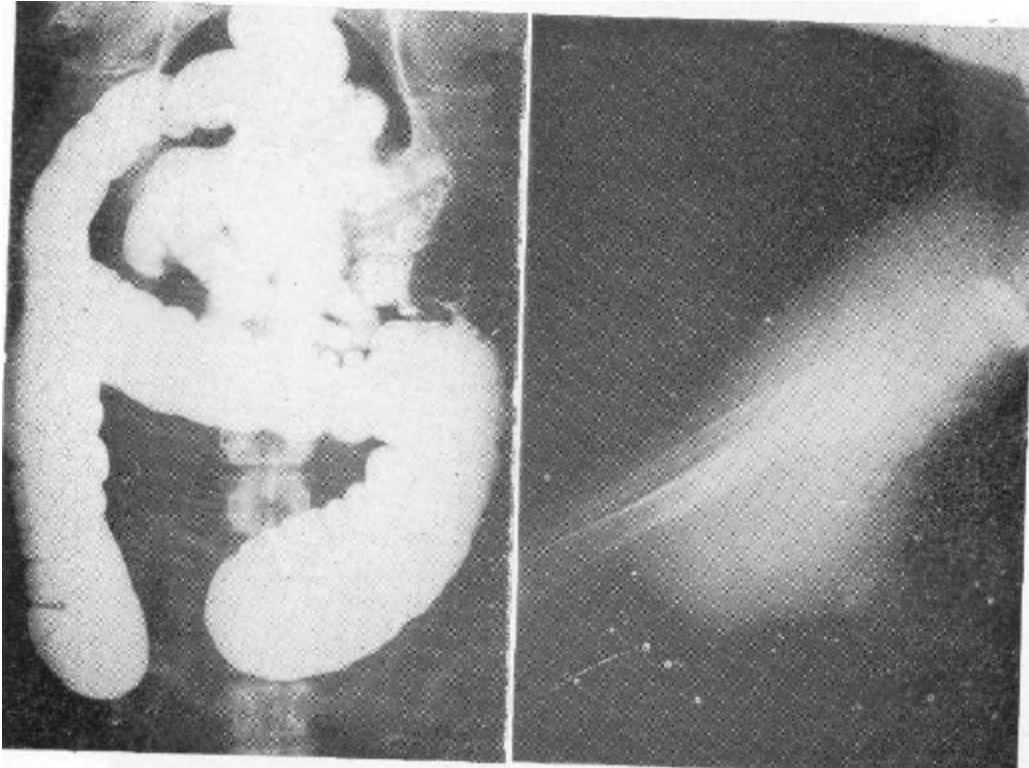


Fig.- Ng 4.—Arteriografía postoperatoria efectuada en la misma sesión que la de la figura N» 3, en la cual se visualiza la arteria femoral superficial y la dilatación correspondiente al parche venoso colocado

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Por el Dr. JORGE RIVERA

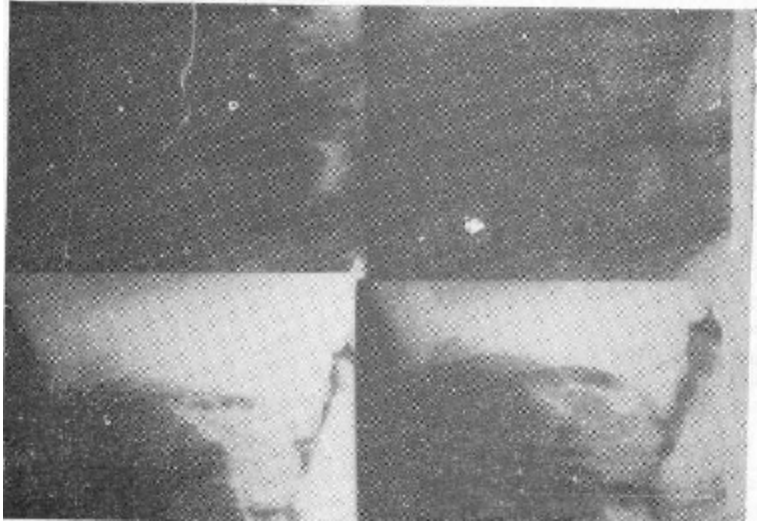


Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, a quien nueve meses antes de su ingreso le apareció una tumoración en la pierna izquierda cuyo tamaño a crecido progresivamente, hasta alcanzar el volumen actual, midiendo 16 cm. en su mayor 'diámetro. En el centro de la tumoración la piel se había ulcerado dando salida a un pequeño mamelón ligeramente sangrante. La paciente se quejaba del dolor en el miembro afecto especialmente por las mañanas y en las últimas semanas de su ingreso tuvo fiebre que en ocasiones fue elevada.

Examen de sangre: G. Blancos 23.400, N 76%, L 24%. G. Rojos 2.720.000.

CONTESTACIÓN EN PAG. 184

Caso No2



Paciente de 56 años de edad, labrador, que nueve días antes de su ingreso empezó a sentir dolor en la fosa ilíaca derecha. Suave al comienzo, se fue intensificando progresivamente y al momento de su ingreso se presentaba en crisis que se acompañaban de peristaltismo visible y que eran seguidas de expulsión de flatos. A la palpación se encontró una tumoración situada profundamente en la fosa ilíaca derecha, del tamaño de una naranja, ligeramente movable y algo dolorosa. El examen de heces por sangre oculta fue negativo. El recuento de *G. Blancos* dio una cifra »de 8.300, con un diferencial de N 63% y L 38%.

CONTESTACIÓN EN PAG. 184