

Fístula Arteriovenosa Traumática Asociada a Falso Aneurística.

Por el Dr. J. GOMEZ-MARQJJEZ G. (FICA) (*)

La fístula arteriovenosa traumática, es una entidad relativamente poco frecuente fuera de los episodios bélicos. Su asociación a falso aneurisma, es, lógicamente aún más rara. Por estas circunstancias, como se señala en un caso similar publicado por Gasparini (1), es importante dar a conocer estos casos y referir como se intentó resolver el problema, ya que la experiencia es escasa en cualquier parte. Presentamos a continuación un caso, que pudo ser resucito en forma excelente, y publicamos los documentos arteriográficos correspondientes.

INFORME DEL CASO

R. M. A., sexo masculino, 30 años de edad, ingresó al Hospital General San Felipe, el día 13 de enero de 1966 (Expediente N° 311). El 1° de ese mismo mes había sufrido accidentalmente una herida con cuchillo en la cara interna, tercio medio del muslo derecho. Ocho días después, -se observa una **tumoración** pulsátil en la región traumatizada, con intenso dolor que obliga a **mantened** la pierna en flexión sobre el muslo.

Al examen físico se encuentra una tumoración en el tercio medio del muslo, con partes blandas y duras, pulsátil, con "thrill", que desaparece al hacer compresión sobre la arteria femoral Hay hipertermia local. A la auscultación se percibe un soplo sistólico. La maniobra de Nicoladoni-Branham es negativa. Se palpan pulsos poplíteo, pedio y tibial posterior, pero estos dos últimos están disminuidos en relación con los del lado sana. La Oscilometría es como sigue:

	<u>Derecho</u>	<u>Izquierdo</u>
Muslo.....	8	4.5
Pierna (Tercio superior)	2.5	1.5
Maleolo	i	I

Hacemos el diagnóstico de falso aneurisma de la arteria femoral. El día 17 se practica arteriografía, (Fig. N° 1), que para sorpresa nuestra, pone de **manifiesto**, no solamente la formación sacular del falso aneurisma, ya supuesta, sino además, la presencia de vasos venosos, con evidencia, de existir una comunicación arteriovenosa. El día 22 es intervenido quirúrgicamente. Previa colocación de torniquete neumático en la raíz del muslo, se efectúa **una** incisión longitudinal, entrando en la formación sacular, la cual en su parte periférica está formada por una pseudocápsula cons-

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital General San Felipe. Profesor de Cirugía. Director del Departamento de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas. Jefe del Servicio de Cirugía de La Policlínica, S. A.



(Figura N° 1)

Arteriografía preoperatoria, que demuestra la formación sacular del falso aneurisma arterial y la visualización de la vena femoral, con lo que se afirmaba el diagnóstico de *fistula arteriovenosa*

*tituida por sucesivas capas -de coágulos organizados y en su parte central por una mezcla de sangre rutilante y coágulos frescos. Esta cavidad comunica con la arteria femoral por medio de una brecha de 10 mm. de longitud por 3 mm. de anchura. Al llevar a cabo la disección de arteria y vena **femorales**, observamos que éstas comunican entre sí, por medio de un pequeño orificio de unos 3 mm. de diámetro., situado en la cara posterior de la arteria. (Fig. N 2). Se separan arteria y vena, lo cual se logra fácilmente por ser sus adherencias recientes. Se sutura el pequeño orificio de la vena. Se reseca la pared arterial, aproximadamente en unos dos tercios de su perímetro, a fin de unir regularmente la brecha anterior con el orificio posterior. Movilización de la arteria por encima y por debajo* de la lesión y sutura término-terminal. Evacuación de los coágulos que constituían el falso aneurisma. Existe buen pulso en el segmento arterial distal, observable en el campo operatorio. Drenaje de la cavidad, ocupada por los coágulos. Sutura por planos. Excelente curso postoperatorio, palpándose desde un principio buenos pulsos pedio y tibial posterior. La oscilometría a los treinta días de operado es en el lado operado:*

Muslo: 6

Pierna (tercio superior): 4

Maleolo: 1.5.

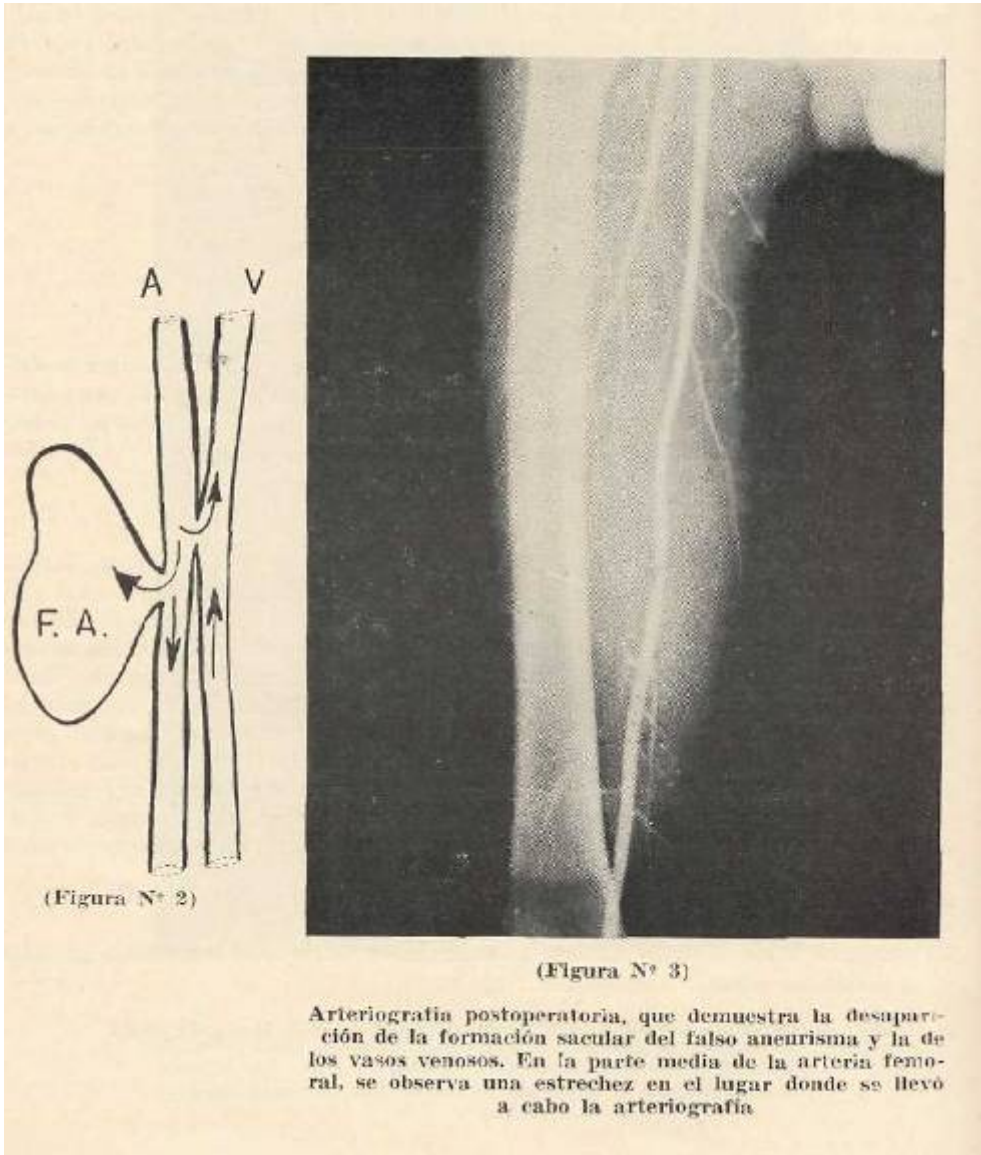
La arteriografía (Fig., N° 3) practicada en esa misma fecha, muestra la ■desaparición de la formación sacular y la falta de. visualizado]?! del sistema venoso. Existe integridad de la arteria femoral, con un pequeño estrechamiento a nivel de su tercio medio, donde se efectuó la arteriorrafia.

COMENTARIO

Se ha presentado un caso de fístula arteriovenosa con falso aneurisma concomitante, que tenía una evolución de únicamente trece días en el momento del primer examen. Llama la atención, la ausencia del soplo característico de las fístulas arteriovenosas (continuo con refuerzo sistólico), lo cual lo atribuimos a las escasas dimensiones de la comunicación intervascular y el escaso tiempo transcurrido, desde su formación. Asimismo, y suponemos que con la misma explicación, la ausencia del signo de Nicoladoni-Braaham, encontrado por nosotros constante en nuestros casos anteriores (2). Por otra parte, deseamos señalar que la existencia al mismo tiempo de fístula arteriovenosa con falso aneurisma río es frecuente y además que la intervención precoz en estos casos, hace el acto quirúrgico más sencillo y permite reconstitución tanto de la arteria como de la vena, con procedimientos poco complicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gasparini Filho S. Sobre un caso de aneurisma arteriovenoso traumático asociado a hematoma pulsátil. *Angiopatías.* 2:224:62.
2. Gómez-Márquez G-, .J. —Fístulas arteriovenosas. *Rev. MED. Hond.* 31:28:63.



¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

DIAGNOSTICO

El examen **histológico** de la **biopsia** del duodeno **mostró** ulceraciones focales de la mucosa con marcada hiperplasia del tejido **linfoide** en la submucosa y presencia de abscesos entre la submucosa y la muscular. También se hizo biopsia de un ganglio linfático cuyos cortes mostraron el reemplazo casi total del tejido linfoide por extensa necrosis de tipo caseoso. El diagnóstico final fue el de tuberculosis del duodeno.