

Fístula arteriovenosa de los vasos ilíacos primitivos tras discectomía lumbar. A propósito de un caso

E. Cardoso* - G. Galego** - R. Teixeira** - R. Boabaid***

Brasil. España.

RESUMEN

Se describe un caso de fístula arteriovenosa entre los vasos ilíacos primitivos diagnosticado cinco meses después de un discectomía lumbar. La paciente presentaba disnea, tos con expectoración seromucosa y dolor lumbar. La exploración física evidenció frémito y soplo sistólico abdominales, estando ausentes, con todo, los signos clásicos de la insuficiencia cardíaca congestiva. El diagnóstico fue confirmado por arteriografía. El tratamiento fue quirúrgico, practicándose la sutura de la fístula por la vía transarterial, seguida de arteriorrafia. La paciente evolucionó con curación total.

AUTHORS'S SUMMARY

A case of iliac arteriovenous fistula as a complication of lumbar discectomy is reported.

Dyspnea, cough with sero-mucous sputum and lumbar pain were the clinical findings. An abdominal aortogram confirmed the diagnosis. The treatment was made by a longitudinal arteriotomy, closure of the arteriovenous communication and repair of the iliac artery with a continuous suture. The patient progressed free of symptoms.

Introducción

La fístula arteriovenosa entre los vasos ilíacos es una entidad rara, que puede ocurrir espontáneamente, a consecuencia de intervenciones quirúrgicas, secundaria a traumatismos (1) o a neoplasias (2). La presencia de soplo a nivel abdominal asociado o no a signos de insuficien-

cia cardíaca conducen a la presunción diagnóstica, que es confirmada mediante estudio angiográfico (3). La cirugía es la modalidad de tratamiento con la cual se obtiene los mejores resultados (1).

Descripción del caso

Mujer de 54 años de edad, que ingresa en el Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis-Brasil), con cuadro de disnea, tos con expectoración seromucosa y dolor lumbar, además «sensación de pulsatilidad» abdominal desde la fosa ilíaca izquierda hasta el epigastrio, de cinco meses de evolución.

Hace doce meses había sido so-

metida a discectomía lumbar a nivel de L4, sin complicaciones evidentes. Tras el alta hospitalaria, estuvo asintomática durante siete meses.

A la exploración física la TA era de 110/70 mmHg y la frecuencia cardíaca de 64 spm. A la palpación abdominal destacaba la presencia de una masa pulsátil en fosa ilíaca izquierda con importante frémito irradiado hacia el epigastrio. Los pulsos en la extremidad inferior izquierda estaban presentes, aunque disminuidos, observándose un edema discreto de toda la extremidad. A la auscultación abdominal era audible un soplo sistodiastólico en fosa ilíaca izquierda, región periumbilical y epigastrio. Resto de exploración física normal.

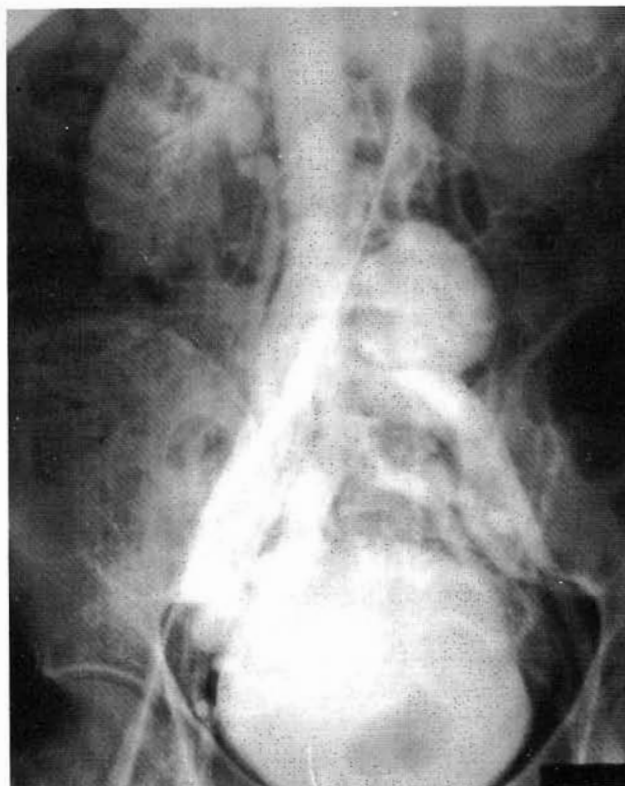
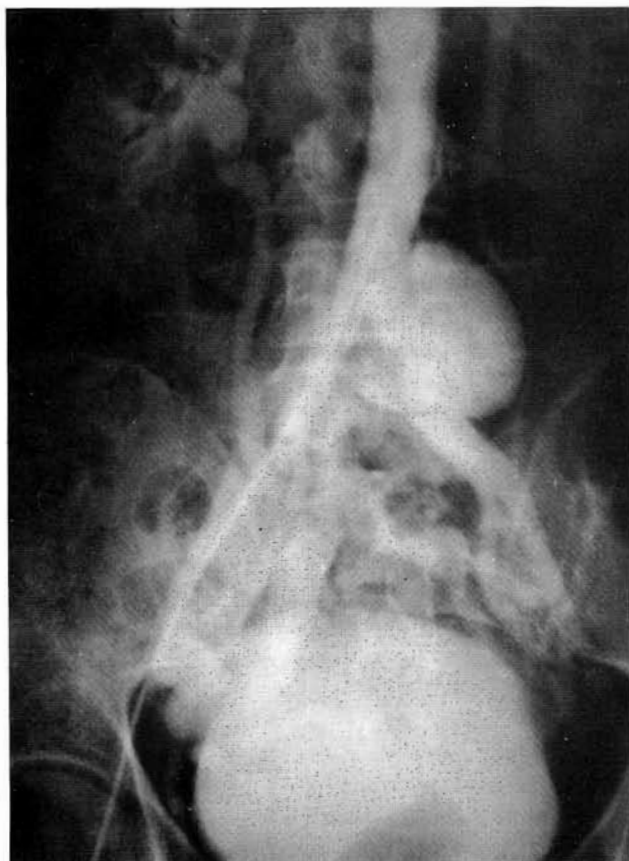
Se practicó una aortografía por punción femoral, confirmando la presencia de una fístula entre la arteria y la vena ilíaca primitiva izquierda y un voluminoso aneurisma venoso (Figs. 1 y 2).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, evidenciándose una masa pulsátil en fosa ilíaca izquierda e intenso frémito siguiendo el trayecto de las venas ilíaca y cava inferior. Tras disección, control arterial y venoso proximal y distalmente a la fístula, se practicó una arteriotomía longitudinal en la arteria ilíaca primitiva, cerrándose el orificio fistuloso de 4x8 mm mediante sutura continua de polipropileno, seguido del cierre de la arteriotomía por la misma técnica.

* Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Governador Celso Ramos (Jefe de Servicio). Profesor Titular de Cirugía de la Universidad Federal de Santa Catarina.

** Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis (Brasil).

*** Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Germans Trías i Pujol, Badalona (España).



Figs. 1 y 2 - Aortografía por cateterismo femoral. Fístula arteriovenosa entre los vasos ilíacos primitivos izquierdos, con repleción del sector ilio-cava.

El postoperatorio transcurrió libre de complicaciones. En el octavo día, tras la intervención se practicó angiografía de control, comprobándose la permeabilidad del eje ilíaco y la ausencia de repleción venosa.

La paciente recibió el alta en el noveno día de postoperatorio, asintomática, con pulsos distales en la extremidad inferior izquierda, además desaparición del edema en dicha extremidad que condicionó una pérdida de 2 Kg de peso.

Discusión

El traumatismo de los grandes vasos durante la discectomía lumbar puede ocurrir cuando el escoplo u otro instrumento quirúrgico penetra más allá del ligamento longitudinal anterior. El segmento vascular afectado depende del disco interverte-

bral intervenido, de la angulación del instrumento en el momento del traumatismo y de la lateralidad de la cirugía (4). Entre un 10 y un 20% de las lesiones vasculares corresponden a fístula arteriovenosa (5), como en el presente caso.

Raramente las fístulas arteriovenosas de los vasos ilíacos post-discectomía lumbar son diagnosticadas en las primeras 24 horas tras el traumatismo (6), pudiendo manifestarse tardíamente, después de permanecer meses o años asintomáticas. En solamente un 25% de los casos se verifica un sangrado excesivo durante el acto quirúrgico (4).

El frémito palpable en la fosa ilíaca, la disminución de la amplitud de los pulsos periféricos y el edema homolateral de la extremidad, acompañados del aumento de la frecuen-

cia cardíaca y dolor torácico, son los hallazgos más frecuentes (7). En el caso expuesto, tras un período asintomático de siete meses, algunos de estos síntomas estaban presentes, asociados al dolor lumbar, a la disnea y tos con expectoración. Sin embargo, la paciente no presentaba alteración del ritmo cardíaco ni síntomas relacionados a claudicación intermitente.

La confirmación del diagnóstico en general no presenta dificultades. Aunque la tomografía computada, la ecografía y la angiografía intravenosa por sustracción digital puedan ser utilizadas (8), es a través de la aortografía que se corrobora la existencia y la exacta localización de la fístula (2). Este es el método, empleado en el caso que nos ocupa; comprobó la presencia del trayecto fistuloso

entre la arteria y la vena ilíaca primitiva izquierda.



Fig. 3 - Aortografía de comprobación por cateterismo femoral. Ausencia de comunicación arteriovenosa. Eje iliaco izquierdo permeable.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento de elección comprende la obliteración quirúrgica de la fístula (1) y restablecimiento del flujo arterial y venoso, como en el presente caso, llevando a la remisión total del cuadro clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. KELLY, J. J.; REUTER, K. L.; WAITE, R. L.: Vascular injury complicating lumbar discectomy: CT diagnosis. «AJR», 153: 1233-4, 1983.
2. CRAWFORD, E. S.; TURELL, D. J.; ALEXANDER, J. K.: Aorto-inferior vena caval fistula of neoplastic origin: hemodynamic and coronary blood flow studies. «Circulation», 27: 414-21, 1963.
3. MACLELLAN, D. G.; ROBERTS, A. K.: Acute aorto-caval fistula: a complication of abdominal aortic aneurysm, 53: 105-9, 1983.
4. QUIGLEY, T. M.; STONEY, R. J.: Arteriovenous fistulas following laminectomy. The anatomy defined. «J. Vasc. Surg.», 2: 828-33, 1985.
5. HILDRETH, D. H.; TURCKE, D. A.: Postlaminectomy arteriovenous fistula. «Surgery», 81: 512-20, 1977.
6. BREWSTER, D. C.; MAY, A. R. L.; DARLING, R. C.; ABBOTT, W. M.; MONCURE, A. C.: Variable manifestations of vascular injury during lumbar disk surgery. «Arch. Surg.», 114: 1026-30, 1979.
7. TURSE, J. C.; DUNLAP, D. B.: Spontaneous arteriovenous fistula between the left common iliac artery and iliac vein. «Am. J. Med. Sci.», 297 (3): 190-2, 1989.
8. BREWSTER, D. C.; CAMBRIA, R. P.; MONCURE, A. C., et al.: Aortocaval and iliac arteriovenous fistulas: recognition and treatment. «J. Vas. Surg.», 13: 253-65, 1991.