

CARTA CIENTÍFICA

Seudoaneurisma y fístula arteriovenosa de la arteria femoral profunda secundario a lesión por arma blanca

Arteriovenous pseudoaneurysm and fistula of the deep femoral artery secondary to a stab wound

M.A. Sierra Juárez^a, P.M. Córdova Quintal^{a,*}, I. León Jimeno^b y M.H. Flores Escartin^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital General de México, México D.F., México

^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Adolfo López Mateos, México

Recibido el 19 de marzo de 2012; aceptado el 5 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 29 de abril de 2013

Varón de 30 años con lesión por arma a blanca en muslo izquierdo 7 meses antes, con sangrado profuso en el momento de la lesión, tratado en el servicio de urgencias mediante compresión y puntos totales en piel; 15 días después presenta dolor a la deambulación que se atribuyó a una neuralgia postraumática y se prescribieron antineuríticos. Presenta aumento progresivo de volumen del tercio medio de la extremidad con dolor incapacitante, así como anestesia de región posterior de la pierna durante los 6 meses siguientes, por lo que acudió al servicio de urgencias, encontrando la pierna izquierda con masa no pulsátil en muslo adherida a planos profundos, no móvil, de 18 × 18 cm, con 25 cm, mayor en comparación con la pierna contralateral, red venosa colateral, frémito femoral, soplo en región inguinal y pulsos distales presentes con adecuada temperatura.

La angiogramografía mostró arteria femoral común y arteria femoral superficial con desplazamiento medial, secundario a tumoración de 15 × 13 cm, la cual presenta en su

interior reforzamiento de contraste de 8 × 6 cm dependiente de tercio medio de arteria femoral profunda, fase venosa acelerada en vena femoral común, deformidad ósea y espícula del hueso integrada al saco del pseudoaneurisma (fig. 1).

Se inició con el control de femoral común y femoral superficial, disecando primera y segunda rama de femoral profunda como control proximal, desde donde partía el saco del pseudoaneurisma, por lo que se disecó directamente la masa desinsertando abductores, se abrió el saco con un sangrado aproximado de 1.500 ml hasta localizar en su pared posterior, en tercio medio del fémur, junto a la línea áspera, 2 fístulas arteriovenosas (FAV) que fueron resecadas tras ligar proximal y distalmente vena y arteria femoral profunda (fig. 2).

Al paciente le fue dada el alta hospitalaria recuperando movilidad, sin dolor, con anestesia persistente de la región posterior de la pierna.

El tiempo de presentación de un seudoneurisma postraumático es variable y depende del diámetro de la lesión arterial^{1,2}. Cuando el daño arterial es considerable la afección puede presentarse casi simultáneamente, sin embargo, en las lesiones arteriales puntiformes puede retrasarse varios meses³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.pedro2@hotmail.com
(P.M. Córdova Quintal).



Figura 1 Angiotomografía. A) Diámetro máximo encontrado en corte coronal del muslo izquierdo. B) Desplazamiento medial de la arteria femoral superficial. C) Fase venosa precipitada y reconstrucción tridimensional de la lesión.

Los datos clínicos comunes en esta enfermedad son el aumento de volumen de la extremidad, el dolor localizado, la anemia persistente, la afectación neurológica, la destrucción de tejidos circundantes y la isquemia distal⁴.

La FAV se produce por lesión concomitante de arteria y vena vecinas, comunicándose los flujos de mayor a menor presión. La comunicación puede ser única o múltiple y su tamaño y localización condicionarán su gravedad y repercusión hemodinámica⁵.

Generalmente se evidencian en la evolución a largo plazo. Entonces, se puede ver aumento considerable del calibre de la arteria y vena involucradas, debido a la hipertensión constante en el sitio de la FAV que puede producir un proceso degenerativo de las capas medias, tanto de la arteria como de la vena⁶.

Existen varias opciones para el manejo de los pseudoaneurismas, siendo la compresión guiada por ecografía la más común. Esto se debe a la facilidad y accesibilidad del tratamiento, sin embargo esta opción se limita a lesiones superficiales. La inyección de trombina guiada por USG es segura y eficaz con éxito de un 93%, pero está contraindicada en los casos donde se documenta una fístula arteriovenosa por el riesgo de trombosis venosa profunda⁷.

La reparación quirúrgica sigue siendo el tratamiento de referencia en los pseudoaneurismas de la arteria femoral profunda. Dentro de las indicaciones absolutas para su realización se encuentra inestabilidad cardiovascular, eminencia de rotura y lesiones mayores de 6 cm. Este tratamiento está limitado a la adecuada función de la arteria femoral superficial; dado el caso, la forma más segura de tratamiento consiste en ligadura proximal y distal de la arteria lesionada⁸.

Concluimos que en caso de lesiones localizadas en la arteria femoral profunda es fundamental contar con adecuados estudios de imagen para la planeación quirúrgica ya que la reconstrucción de esta suele ser laboriosa. Se debe contar con un adecuado flujo de la arteria femoral superficial para ligar la arteria femoral profunda.

Debe sospecharse un pseudoaneurisma en todo paciente con antecedente de traumatismo con aumento de volumen en la zona afectada, independientemente del tiempo transcurrido; la presencia de frémito en territorios contiguos a la lesión nos debe hacer pensar en una FAV concomitante.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente

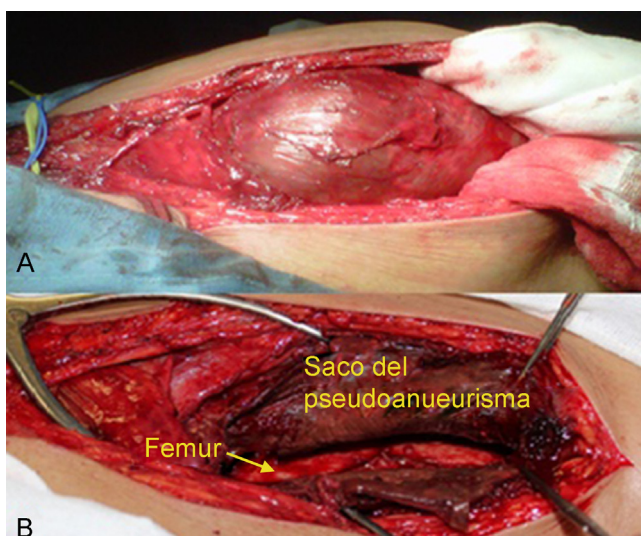


Figura 2 A) Exposición del saco del pseudoaneurisma. B) Abordaje de la arteria femoral profunda con exposición del tercio medio del fémur y pared del saco del pseudoaneurisma ya abierto.

y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Franklin J. Treatment of iatrogenic false aneurysms. *J Am Coll Surg.* 2003;197:293–301.
2. Morris L, Baird R. False aneurysm of the profunda femoris artery following blunt trauma. *Eur J Vasc.* 2005;9:121–2.
3. Chandrasena J, Garne J. Coil embolisation of an iatrogenic profunda femoris pseudoaneurysm. *Injury Extra.* 2006;37:249–52.
4. Karkos CD, Hughes R, Prasad V, D'Souza SP. Thigh compartment syndrome as a result of a false aneurysm of the profunda femoris artery complicating fixation of an intertrochanteric fracture. *J Trauma.* 1999;47:393–5.
5. Rodríguez A. Experiencia en el manejo de fístulas arteriovenosas traumáticas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia. *An Med Mex.* 2008;53:74–80.
6. Gutiérrez R, Sánchez C, Sigler L. Trauma vascular con fístulas arteriovenosas. *Rev Mex Angio.* 2007;35:190–7.
7. Ahmad F, Turnery S. Iatrogenic femoral artery pseudoaneurysms: A review of current methods of diagnosis and treatment. *Clin Radiol.* 2008;63:1310–6.
8. Kent K, McArdle C, Kennedy B. A prospective study of the clinical outcome of femoral pseudoaneurysms and arteriovenous fistulas induced by arterial puncture. *J Vasc Surg.* 1993;17:125–33.