



Caso Clínico

Aneurisma de arteria braquial inducido por el uso de muleta

Crutch-induced brachial artery aneurysm

Ricardo Montoya Ching, Ana Isabel Ponce Cano, María Díaz López

Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Resumen

Introducción: el uso de muletas de forma prolongada como desencadenante de aneurisma de arteria braquial es raro pero potencialmente vital.

Caso clínico: presentamos a una paciente de 84 años, con historia de poliomielitis y uso prolongado de muleta en brazo derecho. Se diagnostica de isquemia crítica secundaria a oclusión de aneurisma de arteria braquial y lesiones por embolización distal. A pesar de realizarse injerto venoso, la paciente presenta mala evolución con amputación de antebrazo.

Discusión: es de vital importancia el reconocimiento y tratamiento de esta patología.

Palabras clave:

Muletas.
Aneurisma de
arteria braquial.

Abstract

Introduction: the prolonged use of crutches resulting in a brachial aneurysm is rare but potentially vital.

Case report: we present an 84-year-old patient with a history of poliomyelitis and prolonged use of a crutch in her right arm. She was diagnosed with critical ischemia secondary to occlusion of brachial artery aneurysm and distal embolization lesions. Despite having performed a venous graft, the patient presented a poor evolution which resulted in a forearm amputation.

Discussion: it's of vital importance to recognize and treat this pathology.

Keywords:

Crutches. Brachial
artery aneurysm.

Recibido: 27/02/2021 • Aceptado: 24/03/2021

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Montoya Ching R, Ponce Cano AI, Díaz López M. Aneurisma de arteria braquial inducido por el uso de muleta. *Angiología* 2021;73(4):206-209

DOI: 10.20960/angiologia.00290

Correspondencia:

Ricardo Montoya Ching,
Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay
Endovascular. Hospital General Universitario de Ciudad
Real. C/ Obispo Rafael Torija, s/n. 13005 Ciudad Real
e-mail: rmontoyac@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN

El uso de muletas de forma prolongada como desencadenante de aneurisma de arteria braquial es raro, pero potencialmente vital para la viabilidad de la extremidad debido a isquemia arterial por trombosis y lesiones embólicas secundarias.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de una mujer de 84 años sin antecedentes patológicos relevantes, excepto poliomielitis desde la juventud con uso prolongado de muleta sobre brazo derecho. Acude a urgencias por necrosis de falanges y dolor de reposo de varios días de evolución, sin ninguna valoración previa por cirugía vascular. Al examen físico se evidencia la pérdida de pulsos desde región axilar en la extremidad superior derecha, necrosis de falanges de tercio distal de segunda-tercera falanges, cianosis en eminencia tenar con frialdad desde el tercio distal del antebrazo, movilidad parcial de falanges con sensibilidad disminuida generalizada. Se destaca a la palpación dos masas no pulsátiles en tercio superior y medial del brazo que la paciente refiere de varios años de evolución. Analítica sin hallazgos relevantes y electrocardiograma sin evidencia de patología. Se solicita tomografía axial computarizada con contraste (angioTC) (Fig. 1) que demuestra oclusión distal de la arteria axilar y degeneración aneurismática de la arteria braquial en dos segmentos. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica y en la arteriografía intraoperatoria se muestran signos de embolización distal hacia la arteria radial y cubital sin arco palmar permeable, con mínima o nula colateralidad (Fig. 2A). Se procede a disección de bifurcación arterial humeral y trombectomía por arteria radial y cubital con aceptable reflujo distal. Se realiza injerto desde arteria axilar distal con vena safena invertida hacia bifurcación braquial. La evolución posquirúrgica es desfavorable con progresión de la isquemia en mano (Fig. 2B) y trombosis del *bypass*, lo que finalmente precisa la amputación de la extremidad.

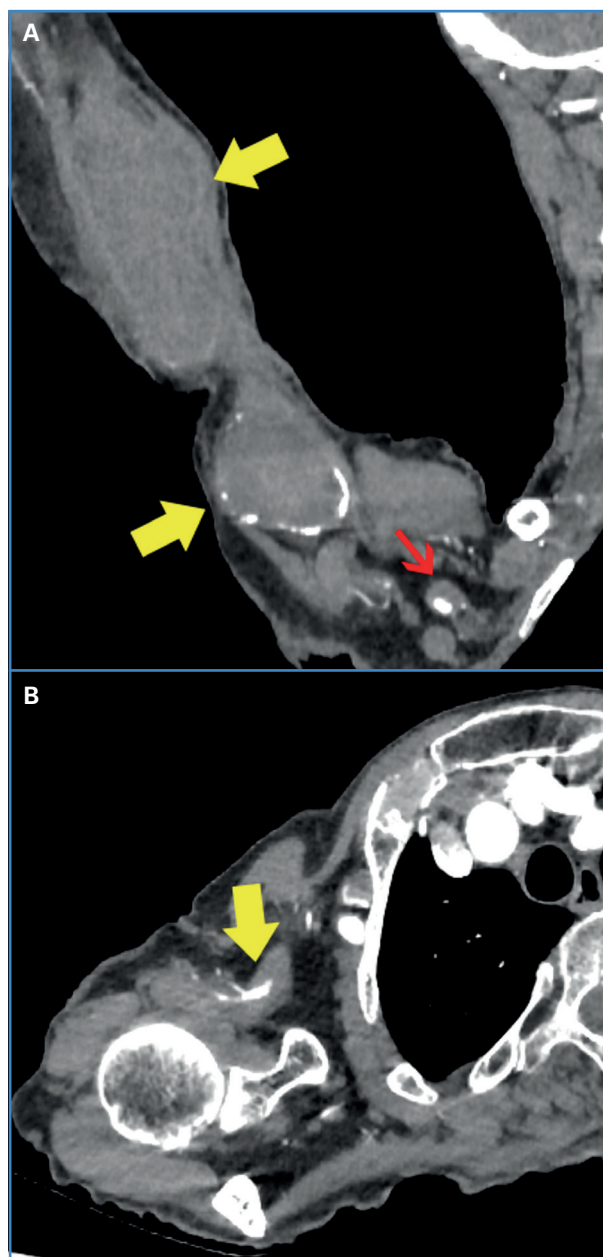


Figura 1. AngioTC de extremidad superior. A. Corte coronal, se destaca la degeneración aneurismática y oclusión de la arteria braquial en su tercio proximal y medio. Flechas amarillas: diámetros de 43,7 mm y 31,6 mm superior-inferior respectivamente. Flecha roja: destaca el tercio distal de la arteria axilar. B. Corte axial, demuestra la oclusión de la arteria axilar distal con salida de dos colaterales.

DISCUSIÓN

Los aneurismas en extremidad superior son raros y la mayoría son producto de traumatismos cerrados o penetrantes (1). El uso prolongado de muletas en extremidad superior como desencadenante de aneurismas en la arteria axilar o braquial está

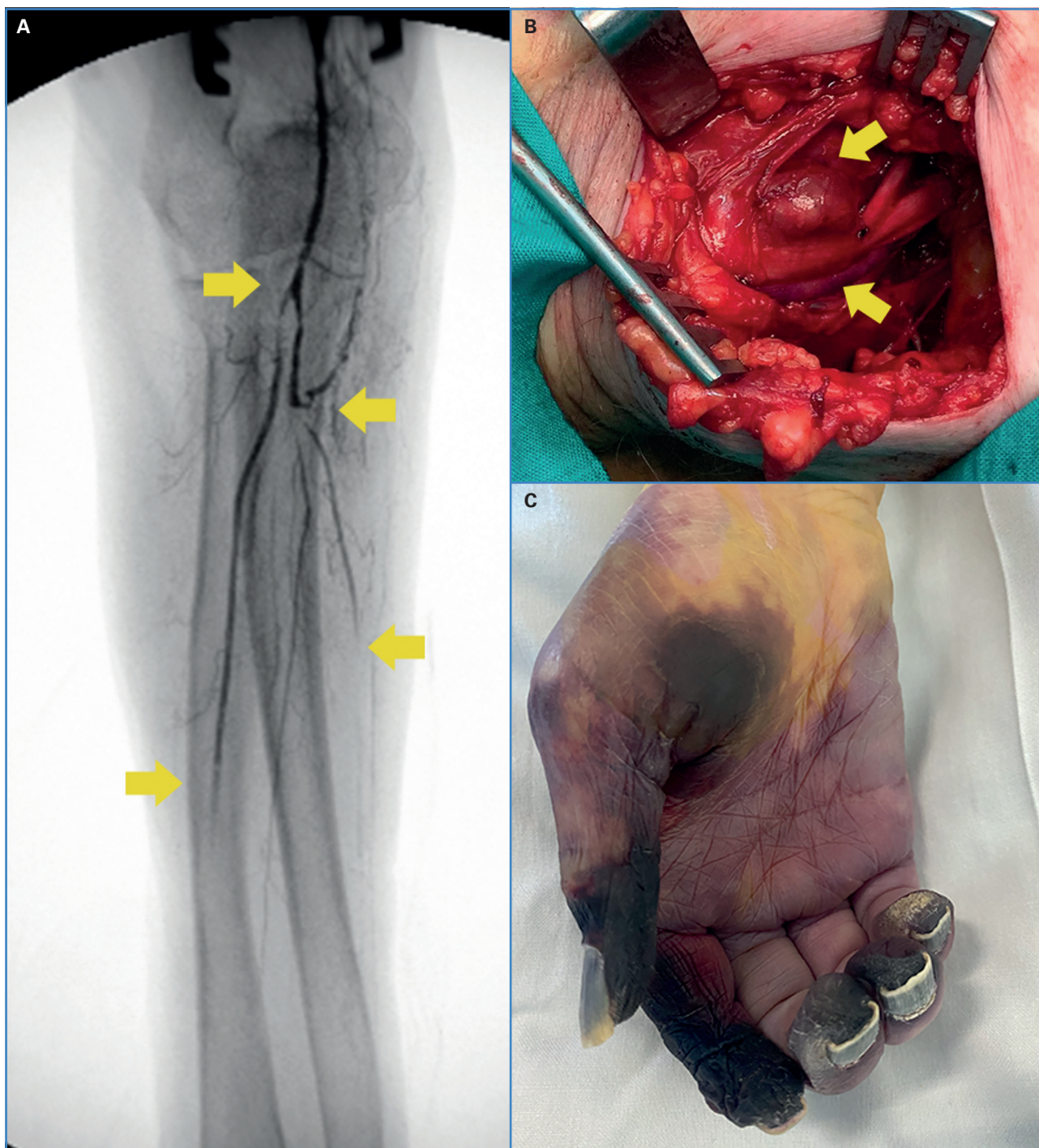


Figura 2. A. Arteriografía intraoperatoria que demuestra pérdida de permeabilidad de arteria radial, arteria cubital y arteria interósea con escasa colateralidad distal. B. Imagen que muestra el aneurisma arterial braquial e injerto venoso por su cara inferior. C. 24 horas posterior a la cirugía. Signos de isquemia irreversible.

documentado con muy pocos casos (2-7), desde el primer reporte realizado en 1956 por Rob y cols. (8). El traumatismo continuo y crónico provoca alteraciones patológicas en la pared arterial con adelgazamiento de la media y cambios ateroscleróticos sin calcificación (9), más la presencia de un trombo no

organizado, que explicaría la facilidad de embolismo distal. Aunque el desarrollo de aneurisma es la norma, también se ha descrito estenosis con oclusión sin desarrollo de aneurisma (10). La extremidad superior tiene abundante colateralidad y raramente se expresa con isquemia irreversible, como queda

demostrado en la tasa de salvamento de extremidad tras la intervención oportuna en los reportes de casos citados a día de hoy. El tiempo de evolución corto en esta paciente, con progresión a isquemia crítica, conjuntamente con la falta de reconocimiento de las tumoraciones desde Atención Primaria, que la paciente comenta fueron previamente de carácter pulsátil restando importancia por carecer de dolor, nos hace reflexionar sobre la importancia de reconocer y tratar esta patología incluso desde el nivel más básico de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shadman Baig M, C T. Upper Extremity Aneurysms. *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy*. 2. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019. pp. 1095-108.
2. da Costa DLL, Felipe GJ, Borges MAP. Aneurismas da artéria e da veia braquial induzidos por uso contínuo de muleta: relato de caso. *J Vasc Bras* 2017;16(4):325-8. DOI: 10.1590/1677-5449.005317
3. Morisaki K, Kuma S, Okazaki J. Recurrent brachial artery embolism caused by a crutch-induced axillary artery aneurysm: report of a case. *Surg Today* 2014;44(7):1355-8. DOI: 10.1007/s00595-013-0642-1
4. Furukawa K, Hayase T, Yano M. Recurrent upper limb ischaemia due to a crutch-induced brachial artery aneurysm. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013;17(1):190-2. DOI: 10.1093/icvts/ivt121
5. Vahedian-Ardakani J, Vahedian M, Nabavizadeh F. Aneurysm of brachial artery following axillary crutch. *Iran Red Crescent Med J* 2011;13(4):285-6.
6. Tiesenhausen K, Amann W, Koch G, Kern M, Scholz R. Arterielle Komplikation durch Verwendung einer Achselstützkrücke [Arterial complications caused by using an axillary crutch]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2000;138(6):544-6. DOI: 10.1055/s-2000-9599
7. Feldman DR, Vujic I, McKay D, Callcott F, Uflacker R. Crutch-induced axillary artery injury. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1995;18(5):296-9. DOI: 10.1007/BF00203679
8. Rob CG, Standeven A. Closed traumatic lesions of the axillary and brachial arteries. *Lancet* 1956;270(6923):597-9.
9. Konishi T, Ohki S, Saito T, Misawa Y. Crutch-induced bilateral brachial artery aneurysms. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009;9(6):1038-9. DOI: 10.1510/icvts.2009.219832
10. Moon IS, Hwang JK, Kim JI. Recurrent upper extremity embolism due to a crutch-induced arterial injury: a different cause of upper extremity embolism. *Ann Vasc Surg* 2010;24(4):554.e7-e12. DOI: 10.1016/j.avsg.2009.11.005