



CARTAS CIENTÍFICAS

Degeneración aneurismática de la arteria humeral

Aneurysmal degeneration of the humeral artery

Á. Revilla Calavia*, A. Fernández Urbón, L. Mengíbar Fuentes,
E.M. San Norberto García y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Recibido el 11 de enero de 2012; aceptado el 26 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2012

La patología aneurismática de la arteria humeral es muy poco frecuente, existiendo escasas publicaciones al respecto. La Cleveland Clinic ha descrito solo un caso en los últimos 11 años¹, así mismo la Mayo Clinic ha diagnosticado 2 casos de esta entidad en una revisión que abarca 20 años². Se sospecha que la aparición de este tipo de aneurismas en los adultos está relacionada con una alteración de la pared arterial debido a enfermedades sistémicas o infecciones; en cambio en los niños la etiología traumática es la más frecuente. El traumatismo cerrado puede lesionar la pared arterial y causar un pseudoaneurisma. La mayoría de los aneurismas y pseudoaneurismas son asintomáticos, o se presentan como una masa pulsátil en un trayecto arterial³.

Presentamos el caso de un varón de 36 años, con antecedentes de dislipemia, hiperuricemia y fractura luxación de codo izquierdo tratada mediante tratamiento conservador (reducción e inmovilización). El paciente refería una masa pulsátil en el antebrazo izquierdo de varios meses de evolución. Asociaba dolor en la zona de flexura del codo, que no se acompañaba de parestesia ni pérdida de fuerza. Conservaba pulso cubital y radial y no se objetivaba edema ni otros signos de patología venosa en la extremidad superior izquierda (ESI).

Se realizó un ecodoppler de ESI y se observó la presencia de una arteria humeral de unas dimensiones de 2 cm de diámetro máximo en todo su trayecto, con imagen de bucle en el tercio proximal y distal sin imagen de pseudoaneurisma.

En la angioTC que se realizó posteriormente (fig. 1) se pudo apreciar una arteria humeral mega-dólica, con varios bucles y aumento de diámetro transversal que en su porción distal alcanzaba 21 mm × 17 mm.

Con las pruebas realizadas se llegó al diagnóstico de degeneración aneurismática de la arteria humeral izquierda.

Se optó por el tratamiento quirúrgico, ya que el paciente refería que el dolor iba en aumento. Bajo anestesia locorreional se realizó un abordaje humeral mediante cirugía abierta con exposición del segmento de la arteria aneurismática. Se procedió a la exéresis del aneurisma y a la interposición de un injerto de vena safena interna invertida, desde la arteria humeral proximal hasta la porción distal de la misma, justo antes de la bifurcación radiohumeral (fig. 2).

El estudio anatomopatológico de la pieza describe pared arterial dislacerada, compatible con pared de aneurisma, lo que confirma el diagnóstico de degeneración aneurismática.

Los aneurismas de la arteria humeral pueden ser secundarios a diversas etiologías como infección, traumatismo, colagenopatías, fístulas arteriovenosas congénitas o adquiridas e incluso arterioesclerosis. Pueden asociar aneurismas en otras localizaciones hasta en un 8% de los casos⁴.

Están descritas las lesiones de las arteria axilar y humeral por traumatismos del miembro superior⁵. Normalmente la presentación de dichas lesiones es en forma de pseudoaneurisma, siendo muy poco frecuente la aparición de un verdadero aneurisma o una degeneración aneurismática de la arteria humeral. Aunque realizar un diagnóstico etiológico es muy difícil, nuestra hipótesis de lo sucedido es que en el episodio de luxación-fractura del codo izquierdo se produjo un traumatismo severo de la arteria humeral, que produjo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarorevilla@yahoo.es (Á. Revilla Calavia).



Figura 1 AngioTC donde se observa la dilatación y torsión de la arteria humeral.



Figura 2 Anastomosis distal de *bypass* húmero-humeral.

una posterior degeneración aneurismática, todo ello favorecido por los antecedentes de dislipemia e hiperuricemia.

Pueden ser asintomáticos, presentarse como masa pulsátil o existir síntomas de isquemia en la mano del miembro afecto secundaria a microembolismos del trombo mural, aunque esto último se ha descrito más frecuentemente en los aneurismas axilares secundarios a compresión extrínseca, como por ejemplo en el síndrome del desfiladero torácico^{2,6}.

Clínicamente estos aneurismas se pueden equiparar a los aneurismas poplíteos, con un bajo riesgo de rotura, y producir una sintomatología por compresión o embolización distal².

Actualmente no existen protocolos de actuación en este tipo de patología. Schunn y Sullivan¹ recomiendan tratamiento quirúrgico de los aneurismas que presentan un

tamaño de 1,5-2 veces superior al normal o que contengan trombo. El tratamiento estándar es la cirugía abierta en el caso del aneurisma de la arteria humeral, consistiendo en la resección e interposición de injerto de vena, pudiendo ser esta la vena safena interna o incluso utilizarse venas de la extremidad superior. En el caso de la aparición de un pseudoaneurisma cada vez es más frecuente encontrar en la literatura alusiones a la reparación endovascular^{7,8}.

En conclusión, la presencia de un aneurisma de la arteria humeral es una entidad muy rara; por ello no existen protocolos diagnósticos y terapéuticos estandarizados. A día de hoy la cirugía abierta —que consiste en resección e interposición de injerto venoso— es considerada el tratamiento de elección.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se ajustaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable, y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Schunn CD, Sullivan TM. Brachial arteriomegaly and true aneurismal degeneration: case report and literature review. *Vasc Med.* 2002;7:25-7.
- Gray RJ, Stone WM, Fowl RJ, Cherry KJ, Bower TC. Management of true aneurysms distal to the axillary artery. *J Vasc Surg.* 1998;28:606-10.
- San Vicente B, Castañón M, Mulet J, Morales L. Post-traumatic aneurysm of humeral artery. *Cir Pediatr.* 2000;132:84-6.
- Alagaratnam S, Choong A, Lau T, Munro M, Loh A. Swelling in the upper arm: the presentation and management of an isolated brachial artery aneurysm. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93:37-8.
- Modi CS, Nnene CO, Godsiff SP, Esler CN. Axillary artery injury secondary to displaced proximal humeral fractures: a report of two cases. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2008;16:243-6.
- Nijhuis HH, Müller-Wiefel H. Occlusion of the brachial artery by thrombus dislodged from a traumatic aneurysm of the anterior humeral circumflex artery. *J Vasc Surg.* 1991;13:408-11.
- Kumar RM, Reddy SS, Sharma R, Mahajan R, Talwar KK. Endovascular repair of a traumatic axillary artery pseudoaneurysm. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2009;32:598-600.
- Propper BW, Alley JB, Gifford SM, Burkhardt GE, Rasmussen TE. Endovascular treatment of a blunt aortic injury in Iraq: extension of innovative endovascular capabilities to the modern battlefield. *Ann Vasc Surg.* 2009;23:e19-22, 687.