



CARTAS CIENTÍFICAS

Pseudoaneurisma de arteria cubital después de cirugía de túnel del carpo

Cubital artery pseudoaneurysm after carpal tunnel surgery

P. González Martínez*, A. Salazar Agorria, E. Bravo Ruiz, M.J. Suarez Tornin y R. Vega Manrique

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

Recibido el 25 de octubre de 2011; aceptado el 26 de marzo de 2012
Disponibile en Internet el 15 de mayo de 2012

Un pseudoaneurisma o aneurisma falso se define como una dilatación por rotura de la pared arterial que no incluye las tres capas de la arteria, a diferencia de los aneurismas verdaderos, en los que existe una dilatación que afecta a todas las capas de la arteria.

Los pseudoaneurismas de las arterias periféricas son poco habituales, aunque en los últimos años su frecuencia está aumentando debido al mayor uso de técnicas que implican una manipulación invasiva de las arterias. Además de los accesos vasculares los traumatismos arteriales, bien accidentales, profesionales o iatrogénicos, son otras etiologías de estos pseudoaneurismas¹.

Presentamos el caso de una paciente de 65 años, remitida a nuestra consulta por presentar una tumoración pulsátil y parestesias en la extremidad superior derecha, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento médico, e intervención quirúrgica de túnel del carpo en la extremidad superior izquierda hacía 5 años, y en la extremidad superior derecha hacía 3 meses.

El cuadro clínico se componía de tumoración pulsátil y dolorosa a nivel de la fosa cubital derecha, acompañado de parestesias en la mano y en el antebrazo derechos, en el territorio del nervio cubital, de 2 meses de evolución.

En la exploración física presentaba pulsos a todos los niveles en ambas extremidades superiores, con test de Allen

positivo para la arteria cubital en la extremidad superior derecha.

Se solicitaron como pruebas complementarias una radiografía simple de la extremidad, en la cual no se objetivaban lesiones óseas, y una angiorresonancia, donde se apreciaba un pseudoaneurisma de la arteria cubital distal de 6 x 8 mm de diámetro, antes del nacimiento de las arterias interdigitales del tercer y cuarto dedos de la mano, con alteraciones fibrosas que ocasionaban un tercer dedo en resorte.

Se decide intervención quirúrgica consistente en resección del pseudoaneurisma y sutura término-terminal de la arteria cubital, y resección de la polea del tercer dedo (secuela de cirugía previa de túnel del carpo) por Traumatología (fig. 1). Al finalizar la intervención presentaba correctos pulsos radial y cubital a través del arco palmar, sin déficits motores ni sensitivos en la mano. Se enviaron muestras a anatomía patológica (fig. 2).

Se le da de alta a las 24 horas con analgesia y antiagregación (AAS 100 mg/24 horas).

En las revisiones de control realizadas al mes y a los 3 meses presentaba una correcta cicatrización de la herida, pulsos radial y cubital presentes, sin déficits neurológicos. La anatomía patológica descartó malignidad.

Los pseudoaneurismas de las extremidades superiores son poco frecuentes, representando menos del 2% de los pseudoaneurismas de las arterias periféricas².

Su etiología más frecuente suele ser traumática o iatrogénica, debido al incremento de los procedimientos vasculares invasivos. Las arterias más afectadas suelen ser las más proximales (humeral, braquial, axilar), dado que su mayor calibre permite un manejo más fácil.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: patgonmar@hotmail.com, patricia.gonzalezmartinez@osakidetza.net (P. González Martínez).

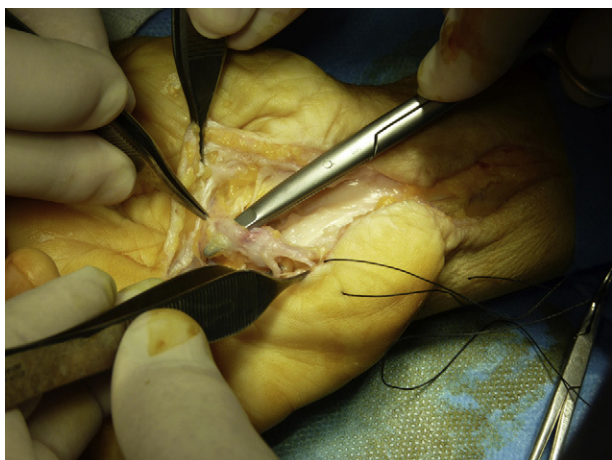


Figura 1 Diseción y control proximal y distal de pseudoaneurisma de la arteria cubital.

La clínica que presenta el paciente va a depender de la arteria afectada. La arteria cubital entra en la mano con el nervio cubital, pasando ambos por el canal de Guyon, de ahí que la clínica se deba fundamentalmente a la compresión nerviosa. Por otra parte, los pseudoaneurismas pueden trombosarse o embolizar a arterias distales, en este caso a las arterias interdigitales, ocasionando isquemia en el territorio distal, pudiendo desembocar en gangrena y amputación³.

Para su diagnóstico la arteriografía sigue siendo la prueba de referencia, pero la angio-TC o la angio-RM son pruebas igualmente útiles. La eco-doppler puede ser útil para valorar tanto la lesión como el lecho proximal y distal, pero su manejo es más fácil en las arterias de mayor calibre⁴.

Debido a la posibilidad de embolización o trombosis, el tratamiento debe hacerse lo antes posible. A la hora de elegir un tratamiento u otro se debe tener en cuenta la integridad del arco palmar, ya que si existe una mala compensación de la circulación palmar se debe intentar restablecer la continuidad vascular tras la resección del aneurisma, interponiendo injertos venosos si es necesario.



Figura 2 Arteria cubital reparada tras exclusión del pseudoaneurisma.

Aunque las series disponibles en la bibliografía son cortas y heterogéneas, se plantean varias opciones de tratamiento^{5,6}, dependiendo de si se debe preservar la continuidad vascular para la adecuada perfusión de la extremidad. Actualmente, las técnicas endovasculares (embolización, endoprótesis) son una alternativa de tratamiento que ofrece un elevado porcentaje de éxito y baja morbilidad, aunque no existen estudios a largo plazo que aseguren la durabilidad de estas técnicas; su uso suele reservarse para pacientes hemodinámicamente inestables y que requieran una intervención urgente⁷. Por otro lado, la cirugía tradicional ofrece muy buenos resultados, de ahí que siga siendo la técnica de elección en pacientes estables hemodinámicamente y con acceso quirúrgico factible.

En nuestro caso, dado el elevado riesgo de embolización distal y el pequeño calibre de la arteria para la colocación de endoprótesis, además de que la paciente requería intervención quirúrgica por Traumatología, se optó por cirugía reparadora.

En aquellos casos de presentación con aneurisma ya trombosado y clínica de isquemia digital se puede intentar tratamiento médico conservador con antiagregación y prostaglandinas.

A pesar de los pocos casos registrados en la literatura, la técnica de elección para el tratamiento de pseudoaneurismas de las extremidades superiores sigue siendo la cirugía abierta, siempre que esté comprometida la integridad del arco palmar.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

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

Bibliografía

1. Rial Horcajo R, Moñux Ducajú G. Tratado de las enfermedades vasculares. Vol II. Barcelona:Viguera editores; 2006. p. 879-89.
2. Rutherford RB. Vascular Surgery, I, 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 1044-58.
3. Villalba-Munera V, Vásquez-Medina C. Síndrome del martillo hipotenar con aneurisma de la arteria cubital. *Angiología*. 2009;61:265-9.
4. Linares-Ruiz P, Martí-Mestre FX, Bonell-Pascual A, Acosta-Gómez M, Lapiedra-Mur O. Pseudoaneurisma de arteria cubitointerósea por arma de fuego. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Angiología*. 2007;59:185-9.
5. Torreguitart-Mirada N, Lara-Hernández R, Cordobés-Gual J, Merino-Mairal OA, Sena-Ruiz F, Manuel-Rimbau E, et al. Síndrome del martillo hipotenar atípico. *Angiología*. 2007;59:271-5.
6. Ferris BL, Taylor Jr LM, Oyama K, McLafferty RB, Edwards JM, Moneta GL, et al. Hypothenar hammer syndrome: proposed etiology. *J Vasc Surg*. 2000;31:104-13.
7. Saour S, Khan IU, Feldberg L. Ulnar artery pseudoaneurysm post-carpal tunnel decompression. *J Hand Surg*. 2008;33:391-2.