

CARTA CIENTÍFICA

Aneurisma de arteria axilar de causa ocupacional

Axillary artery aneurysm due to an occupational factor

C. Domínguez-Massa^{a,*}, P. Blanes-Ortí^b, F. Hornero-Sos^a
y M. Miralles-Hernández^b

^a Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Angiología y Cirugía Vasculiar, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España



Introducción

Los aneurismas de la arteria axilar son extremadamente raros. Es más frecuente el hallazgo de pseudoaneurismas debido a traumatismos o de causa iatrogénica. Pueden causar complicaciones vasculares o nerviosas por compresión, eventos tromboembólicos y tienen riesgo de rotura, por lo que deben ser tratados^{1,2}.

Caso clínico

Varón de 41 años, sin antecedentes de interés, de profesión leñador, con uso a diario de sierra a motor. Fue valorado por hallazgo de masa pulsátil en zona axilar derecha, sin clínica asociada. A la palpación se encontró una masa pulsátil en hueco axilar derecho de 2 cm de diámetro aproximadamente, sin otros hallazgos. La tomografía computarizada de aorta torácica y troncos supraaórticos (fig. 1) únicamente objetivaba un aneurisma fusiforme de 35 mm de longitud y 19 mm de diámetro a nivel de la arteria axilar derecha. El resto de la arteria era permeable y de calibre normal. Se programó para realización de *bypass* axilo-axilar.



Figura 1 Reconstrucción de la tomografía computarizada de aorta torácica y troncos supraaórticos preoperatoria. Se aprecia aneurisma fusiforme a nivel de la arteria axilar derecha.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dominguez.massa@gmail.com
(C. Domínguez-Massa).

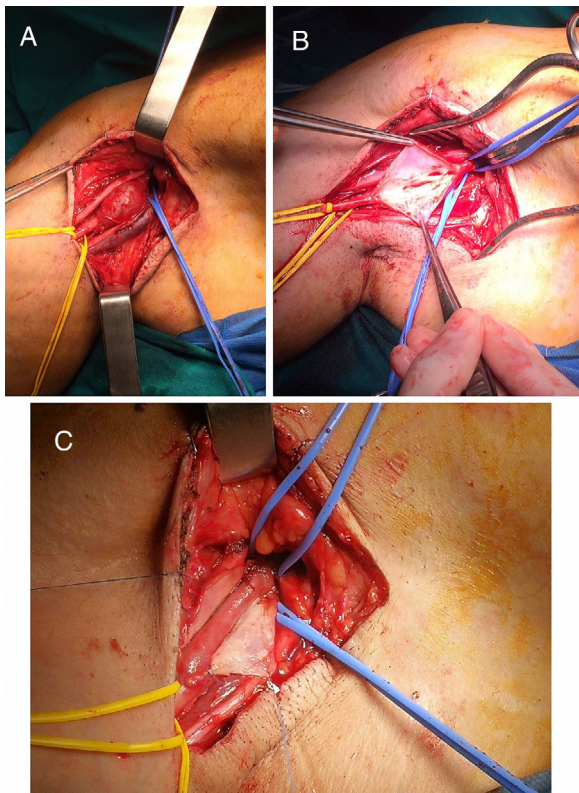


Figura 2 Fotografías del campo quirúrgico. A) Disección y localización del aneurisma en arteria axilar. B) Aneurismotomía, apreciándose la pared interna vascular sin alteraciones. C) *Bypass* axilo-axilar término-terminal con injerto de vena safena.

Previa localización con ecografía, se realizó una incisión a nivel axilar derecho, longitudinal al recorrido de la arteria axilar, sobre la zona aneurismática. Se disecó por planos, con especial cuidado de respetar el plexo nervioso, hasta localizar el aneurisma, comprobando los extremos proximal y distal de calibre normal, sin alteraciones superficiales. Se heparinizó y se realizó clampaje axilar y aneurismotomía longitudinal. El aneurisma no presentaba falsa luz, correspondiendo con los hallazgos por imagen preoperatorios de aneurisma y no de pseudoaneurisma. Se usó injerto de vena safena mayor invertida para el *bypass* axilo-axilar, con anastomosis término-terminal a nivel proximal y distal (fig. 2). Finalizado el procedimiento, se comprobó flujo pulsátil distal con Doppler y la presencia de pulso radial. La microbiología de la muestra quirúrgica fue negativa y la patología no reveló hallazgos.

Discusión

La etiología principal de las dilataciones de arteria axilar, que son poco frecuentes, son los pseudoaneurismas

postraumáticos. No obstante, se han descrito en la literatura casos de aneurismas verdaderos en la arteria axilar debido a microtraumatismos repetidos en el tiempo en los que la relación causa-efecto es muy difícil de demostrar. Además, el diagnóstico puede pasar desapercibido hasta la presencia de complicaciones, pues la riqueza en colaterales de las arterias braquial y axilar enmascara en muchas ocasiones un síndrome isquémico, siendo diagnosticado de forma casual o por complicaciones neurológicas compresivas^{2,3}.

El diagnóstico diferencial y de extensión se debe realizar con el aneurisma micótico con posible origen en endocarditis infecciosa⁴, y con el síndrome de Marfan, que produce una debilidad en la pared arterial, provocando aneurismas a diferentes niveles y disecciones aórticas⁵.

El tratamiento quirúrgico electivo tiene bajo riesgo y previene cirugías emergentes ante posibles complicaciones^{1,2}. Se puede realizar cirugía abierta o endovascular, teniendo especial cuidado en la cirugía abierta la conservación del plexo nervioso braquial^{2,6}. En caso de realizar un *bypass*, se prefiere utilizar injerto venoso dado su permeabilidad a largo plazo². El tratamiento endovascular se suele reservar a casos en los que no se dispone de injerto venoso de calidad⁷, pero la axila se trata de una zona anatómica de flexión, prefiriendo la cirugía abierta para garantizar una permeabilidad mayor del *bypass* a largo plazo. El caso clínico presentado tenía un aneurisma aislado de la arteria axilar en el que se realizó un *bypass* axilo-axilar con injerto de vena safena. Sin hallazgos en la microbiología y la patología, se asume como causa más probable la traumática ocupacional.

Bibliografía

1. Akcali Y, Kahraman C, Ozcan N, Kontas O. A giant aneurysm of a branch of axillary artery. *J Vasc Surg.* 2008;47:881.
2. Goncu T, Toktas F, Tiryakioglu O, Yumun G, Demirtas S, Yavuz S. Posttraumatic true aneurysm of the axillary artery following blunt trauma. *Case Rep Med.* 2010;210391, pii: 210391.
3. Schumann DR, Superti MJ, Seyboth FP, Jacomel GE. Brachial plexus injury secondary to pseudoaneurysm of axillary artery after glenohumeral dislocation: Case report. *Rev Bras Ortop.* 2017;52:491-5.
4. Pérez Baztarrica G, Cherjovsky R, Blanco N, Porcile R. Mycotic axillary artery aneurysm. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:451-63.
5. Dolapoglu A, de la Cruz KI, Preventza O, Coselli JS. Repair of multiple subclavian and axillary artery aneurysms. *Tex Heart Inst J.* 2016;43:428-9.
6. Chen L, Peng F, Wang T, Chen D, Yang J. Traumatic pseudoaneurysm of axillary artery combined with braquial plexus injury. *PLoS One.* 2014;9:e113099.
7. He C, Wu X, Cao J, Fan X, Liu K, Liu B. Endovascular management of spontaneous axillary artery aneurysm: A case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2013;7:140.