

Seudoaneurisma de arteria femoral superficial por herida con tornillo de osteosíntesis

Dres. JUAN C. ABO, NISSO GATEÑO, ALBERTO ESTEFAN
y AVELINO FRANCO *

La formación de un seudoaneurisma consecutivo a heridas arteriales es una entidad de tiempo conocida. Se le ha descrito como complicación de múltiples maniobras quirúrgicas de tratamiento y diagnóstico.

Motiva la presentación del siguiente caso clínico la poca frecuencia de la etiología descrita, pues aunque se ha citado esta complicación en varios procedimientos de ortopedia y traumatología, no hemos hallado consignada esta causa en la revisión bibliográfica efectuada.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" Prof. J. C. Pradines.

* Prof. Adj. de Cirugía, Asistente supervisor de Semiología Quirúrgica Interino; Residente de Cirugía; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

Presentado el 19 de noviembre de 1973.

CASO CLINICO

Paciente de 67 años, sexo femenino, a quien en julio de 1964 se le efectuó una operación de Milch Bachelor por artrosis de cadera derecha, con la colocación de la correspondiente placa de Milch fijada con tornillos de osteosíntesis.

Mejora de su artrosis pero queda con dolor a nivel del tercio superior de muslo, con imagen radiológica de descalcificación alrededor de la placa.

Se interpretó como intolerancia a la prótesis metálica (metalosis) por lo que se extrajo ésta en junio de 1969 sin extraerse los tornillos.

Pasa bien hasta un mes antes de su consulta (agosto de 1973) en que se nota un tumor en la raíz de muslo derecho, cara anterior, pulsátil, indoloro, de pequeño tamaño que se acrecentaba día a día.

Pocos días antes de la consulta apareció dolor de tipo distensivo sin signos de fluxión. No tuvo elementos de síndrome isquémico del miembro, ni se notó edemas. No acusó déficit motor ni sensitivo.

EXAMEN

Apirética, buena estado general.

En el tercio superior de muslo derecho, cara anterior, se ve un tumor redondeado de 6 cm. por 6 cm., con el polo superior a 4 cm. por debajo de la arcada crural, de límites netos superficie lisa, fluctuante, con latido y expansión isócronos con el pulso femoral. Poco doloroso a la palpación.

La piel que cubre el tumor se encuentra estirada pero no adherente. No hay aumento del calor local ni cambios del color.

A la auscultación se siente soplo sistólico.

No existe edema en ninguna región del miembro. Los pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio, son normales e isócronos con los controlaterales.

Resto del examen clínico sin particularidades.

Se efectúa arteriografía por punción de arteria femoral común a nivel de la arcada crural.

La arteriografía (Fig. 1) muestra: arterias femoral común y profunda de topografía y morfología normales. La arteria femoral superficial se encuentra comprimida y desplazada hacia adentro por una cavidad aneurismática que se rellena con el medio de contraste, a través de una fuga por una herida de dicha



FIG. 1.— Arteriografía por punción de arteria femoral común derecha. Se ve la arteria femoral superficial comprimida y desplazada hacia adentro. Fuga de medio de contraste por herida arterial.

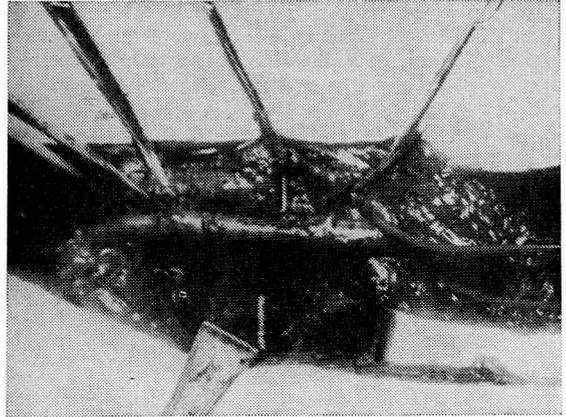


FIG. 2.— Se ha abierto la cavidad aneurismática luego de reconstruida la continuidad arterial. En el fondo de la cavidad se ve la punta de un tornillo.

arteria que coincide con la saliencia de uno de los tornillos de osteosíntesis. Se ve otro tornillo en la diáfisis (la atraviesa también) y un tercero en la epífisis femoral superior. El segmento distal de la arteria femoral superficial es normal hasta el canal de Hunter.

DIAGNOSTICO CLINICO

Seudoaneurisma arterial por herida de la arteria femoral superficial por tornillo de osteosíntesis.

Operación: 22-IX-73. Anestesia general. Incisión de muslo siguiendo los vasos femorales, desde la arcada crural hasta el canal de Hunter.

Se disecciona la arteria femoral común y luego las arterias femoral profunda y superficial, cargando la última con lazo de goma.

Disección de la arteria femoral superficial, distalmente al seudoaneurisma cargándose con lazo de goma.

Disección y liberación de toda la arteria que se encuentra "encastrada" en la pared del seudoaneurisma. La vena femoral superficial se halla acintada y trombosada.

El seudoaneurisma queda vinculado a la arteria femoral superficial por un corto cuello sitio de la herida.

Clampeo arterial proximal y distal al cuello del aneurisma y sección de la arteria que presenta marcadas lesiones de arterioesclerosis. Anastomosis terminoterminal con dos hemisuget de Mercilene 5-0.

Queda una estenosis a nivel de la sutura que se amplía con un parche de vena autóloga, funcionando luego normalmente.

Se abre el seudoaneurisma que contiene coágulos los que son evacuados. En el fondo de la cavidad se ve la punta de un tornillo (Fig. 2) que se extrae. Por encima de ésta se palpa el segundo tornillo de la diáfisis que también se extrae.

Resección parcial de la pared del aneurisma. Cierre por planos.

Quedan excelentes pulsos distales.

Evolución buena.

RESUMEN

Se presenta un caso de pseudoaneurisma de arteria femoral superficial consecutivo a una herida por tornillo de osteosíntesis de una placa de Milch, aparecido 9 años después de la colocación de ésta.

Destacamos la poca frecuencia de esta etiología en la formación de pseudoaneurismas arteriales, haciéndose constar que no se ha encontrado referencia en la bibliografía consultada.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de pseudoanéurisme de l'artère fémorale superficielle à la suite d'une blessure produite par la vis d'une plaque de Milch dans une ostéosynthèse, apparu 9 ans plus tard.

L'auteur souligne que cette étiologie est peu fréquente dans la formation de pseudo-anéurismes artériels et signale que dans la bibliographie consultée aucune mention n'est faite à ce sujet.

SUMMARY

After 9 years of carrying Milch's plate a patient developed a pseudoaneurism of superficial femoral artery as a consequence of a wound caused by an osteosynthesis screw. This etiology in formation of arterial pseudoaneurisms is rare and no reference to any other such case has been found in bibliography.

DISCUSION

DR. MÉROLA.— Esto parecería confirmar la noción del vulgo, de que los cuerpos extraños caminan dentro del organismo. En general, pueden desplazarse agujas o cuerpos extraños, a favor de las contracciones musculares. Ahora es curioso que un tornillo, sin provocar una gran osteolisis como parecería verse en la placa, pueda haber avanzado tanto hacia el lado interno de

la metafisis femoral. Evidentemente ese tornillo tiene un avance, porque está muy lejos de la tabla externa del trocánter, en la base del trocánter. De manera que es interesante que nos confirmen los que operaron a la enferma, si hubo que destornillarlo o si se pudo extraer por tracción. Porque si se pudo extraer por tracción, el hecho nos está signando una osteolisis y una posibilidad de avance, como eliminación de cuerpo extraño dentro de un hueso, cosa que es bastante conocida. Pero es raro que haya habido que destornillarlo a alicate, porque quiere decir que ese avance se hizo de una manera muy curiosa, como si en realidad el tornillo hubiera avanzado tornillándose en el hueso que lo tenía cobijado. Es un caso de lo más curioso; yo no había oído de ninguna perforación de esta entidad, pero seguramente por proyectil o por cuerpo extraño, debe haber algo publicado.

DR. GATEÑO.— Contestando a lo que preguntaba el Prof. Mérola, le diré que efectivamente, a nosotros también nos llamó la atención eso; porque no había osteolisis sin lugar a duda. Doy fe de ello porque yo hice la extracción del tornillo, con una maniobra laboriosa, hubo que extraerlo a media vuelta de tuerca y hubo que dar muchas medias vueltas.

Volvemos a repetir que nosotros no presentamos este caso como pseudoaneurisma de femoral superficial, sino que lo curioso del caso es que no habíamos visto ni sentido comentar nunca que se produjera por esta etiología, por tornillo de osteosíntesis. Para agregar una cosa más que me había quedado en la presentación diré que este problema se obvia actualmente, teniendo riguroso cuidado cuando se hace la perforación ósea. Esto no procede de experiencia personal, sino que hablo por lo que me expresó el Prof. Guglielmone antes de introducir el tornillo, midiendo con un instrumento adecuado la profundidad a la cual debe ir tornillado para evitar precisamente pasarse en una diáfisis y determinar accidentes como estos.

Agradezco al Prof. Mérola por haberse ocupado y a los consocios por haberme escuchado.