

Malformación arteriovenosa de la mano. Exéresis y reconstrucción de arco palmar con bypass de arteria espigástrica.

Palacios Jiménez M., Jiménez López-Rey A., Gil Pascual R., Calcines Santana MA.

Hospital de la Merced, Osuna.
Hospital Universitario Central Asturias.

OBJETIVO

Valoración funcional de la restauración del flujo vascular tras reconstrucción del arco palmar superficial con injerto arterial de epigástrica inferior tras la exéresis de una malformación arteriovenosa (MAV) postraumática.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 23 años con tumoración de 6 cm en eminencia hipotenar izquierda de un año de evolución. Antecedente de traumatismo leve. Presenta lesión de carácter móvil, consistencia blanda y dolorosa, con cambios de coloración. Refiere molestias con el manejo de la mano, irradiación del dolor e inflamación hasta dedos centrales y e intolerancia al frío. Test de Allen alterado con déficit cubital.

En estudio RM con contraste objetivamos masa de tejidos difusa con realce tardío heterogéneo y dilataciones vasculares en T2, septos intercalados de tejido fibroadiposo en T1; alta sospecha de malformación arteriovenosa (MAV).



Fig 1. Tumoración eminencia

Es intervenida mediante abordaje antebraquioplamar hasta eminencia hipotenar, disecando el recorrido de la arteria cubital hacia palmar hasta encontrar la masa de MAV que se extirpa completamente dejando un defecto de 3 cm entre tronco superficial común y arteria cubital, que precisa bypass con injerto de arteria epigástrica inferior, desde tronco superficial común a la arteria cubital.

RESULTADOS

Durante el postoperatorio no presentó complicaciones, con buena reperusión distal. Tras 3 años de evolución, está asintomática, buena funcionalidad y no ha presentado recidivas locales



Fig 2. Disección de



Fig 3. Tumoración



Fig 4. Reconstrucción de arco palmar con A. Epigástrica

DISCUSIÓN

Ante una masa vascular de origen arteriovenoso con antecedente traumático es posible el diagnóstico de aneurisma o MAV.

Las malformaciones arteriovenosas de la mano son raras y generalmente de carácter congénito con progresión lenta. Se tratan mediante embolización o exéresis dependiendo del tamaño, la existencia de circulación colateral y la permeabilidad vascular existente. Dado el defecto vascular derivado de la exéresis amplia que implica vasos principales, como la arteria cubital, puede ser necesaria la reconstrucción con injerto vascular de características similares al nativo en tamaño y características endógenas, así como accesibilidad técnica.

El bypass con arteria espigástrica inferior ha demostrado durabilidad en la permeabilidad del vaso en pacientes jóvenes y activos con bajo riesgo de aterosclerosis y oclusión recurrente. Además la arteria epigástrica inferior tiene una capa media más delgada haciendo que el injerto libre sea menos susceptible a isquemia, con mejor nutrición de la luz.