



Pseudoaneurisma de arteria cubital secundario a traumatismo

Ulnar artery pseudoaneurysm secondary to trauma

Jorge Eduardo Molina Ortega,* Mauricio De la Concha Tiznado,† Carlos Gargollo Orvañanos‡

Citar como: Molina OJE, De la Concha TM, Gargollo OC. Pseudoaneurisma de arteria cubital secundario a traumatismo. Acta Med Grupo Angeles. 2021; 19 (2): 292-293. <https://dx.doi.org/10.35366/100459>

Paciente femenino de 39 años sin antecedentes de importancia, presentó masa en el tercio distal cara anterior del antebrazo derecho, asociado a trauma contuso cuatro semanas previas. Se asoció edema local, parestesias de la base del cuarto y quinto y debilidad a la flexión del cuarto y quinto dedo.

En la exploración física se observó masa de 4×2 cm sin cambios de coloración, no pulsátil, de consistencia blanda, móvil, no adherido a planos profundos, Tinel positiva para nervio cubital y prueba de Allen con retardo de llenado de la arteria cubital, fuerza 4/5 de la escala de Daniels.

Los estudios de laboratorio no mostraron alteraciones. El ultrasonido reportó imagen nodular de $3.3 \times 1.6 \times 2.2$ cm de morfología ovalada, bordes bien definidos, ecogenidad heterogénea de predominio hipocóica, desplazando en sentido caudal al nervio cubital y en sentido lateral a la arteria y vena cubital. Doppler a color muestra vascularidad periférica e interna de la lesión (Figura 1). La resonancia magnética ponderada de FAT SAT (saturación espectral) mostró imagen de aspecto sacular de contenido heterogéneo, el cual desplaza y comprime estructuras neurales y musculares adyacentes (Figura 2).

* Médico residente de Alta Especialidad en procedimientos avanzados en cirugía de mano. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle.

† Médico residente de Cirugía General. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle.

‡ Cirujano de mano.

Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Dr. Jorge Eduardo Molina Ortega
Correo electrónico: jorge_molort@hotmail.com

Aceptado: 21-04-2020.

www.medigraphic.com/actamedica

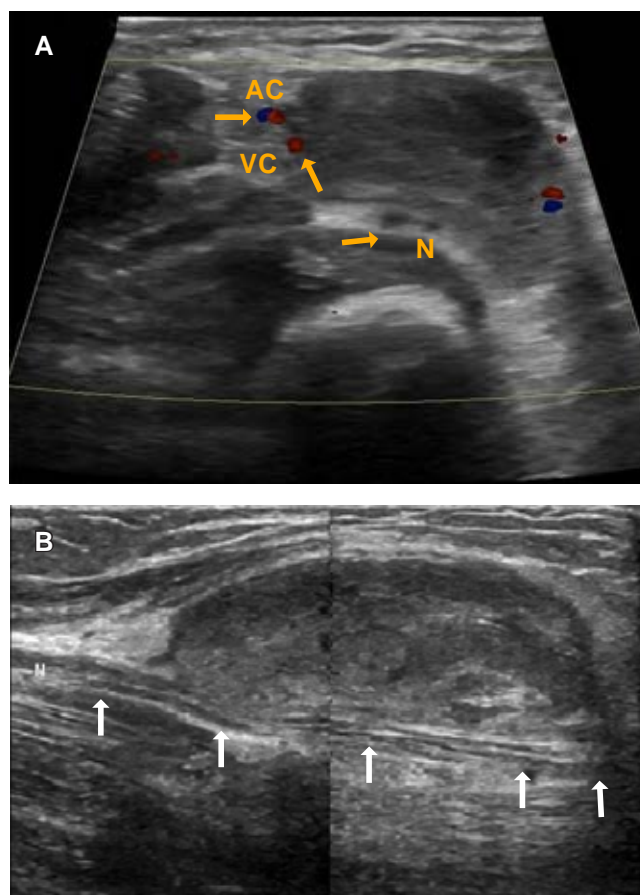


Figura 1: Ultrasonido. **A)** Corte transversal a nivel del tercio distal y cara anterior de la muñeca derecha, se observa una lesión ocupante de forma ovalada de $3.3 \times 1.6 \times 2.2$ cm, márgenes bien delimitados, levemente heterogénea, de predominio hipocogénico, con Doppler color se demuestra desplazamiento medial de la arteria y vena cubital y compresión del nervio. **B)** Plano longitudinal, imagen ovoide bien delimitada, con contornos lisos. Las fibras musculares se encuentran desplazadas y respetadas.

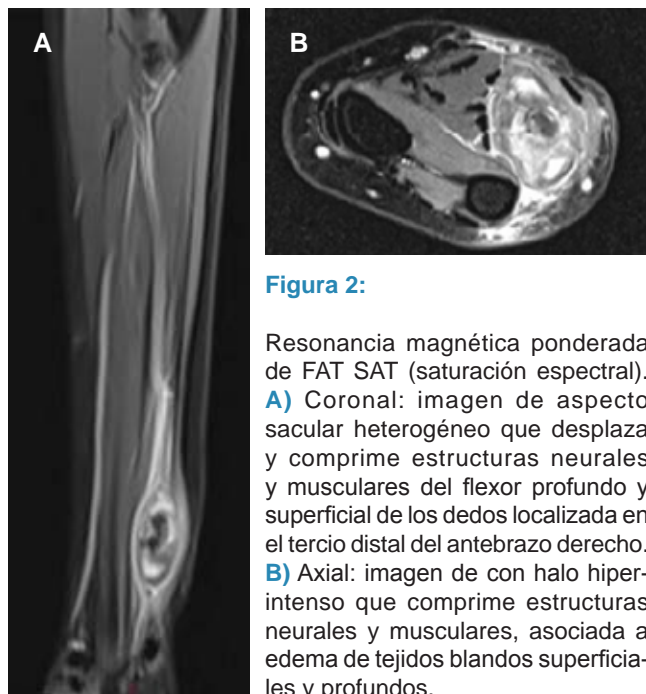


Figura 2:

Resonancia magnética ponderada de FAT SAT (saturación espectral). **A)** Coronal: imagen de aspecto sacular heterogéneo que desplaza y comprime estructuras neurales y musculares del flexor profundo y superficial de los dedos localizada en el tercio distal del antebrazo derecho. **B)** Axial: imagen de con halo hiperintenso que comprime estructuras neurales y musculares, asociada a edema de tejidos blandos superficiales y profundos.

En la exploración quirúrgica se observó masa de coloración violácea con adhesiones laxas al nervio cubital y a la arteria cubital. Se ligó el cuello dependiente de la arteria, sin necesidad de reseccionar un segmento de la arteria o nervio cubital. El estudio histológico reportó pseudoaneurisma sacular trombosado con hiperplasia endotelial (Figura 3).

Los aneurismas y pseudoaneurismas de la extremidad superior son lesiones poco comunes y sólo 3.8% de las lesiones involucran la arteria radial y cubital. Se clasifican como aneurismas o pseudoaneurismas con base en los componentes de la pared vascular.^{1,2} Se asocian al síndrome de martillo hipotenar, por trauma repetitivo de la arteria cubital.²⁻⁴

La cirugía es el estándar de oro para el tratamiento por su riesgo de ruptura y embolización. Se puede realizar ligadura simple del vaso, resección y reconstrucción vascular con anastomosis término terminal o *bypass* arterial con injerto de vena.³

REFERENCIAS

1. Seeley SF, Hughes CW, Cook FN, Elkin DC. Traumatic arteriovenous fistulas and aneurysms in war wounded. *Am J Surg.* 1952; 83 (3): 471-479.

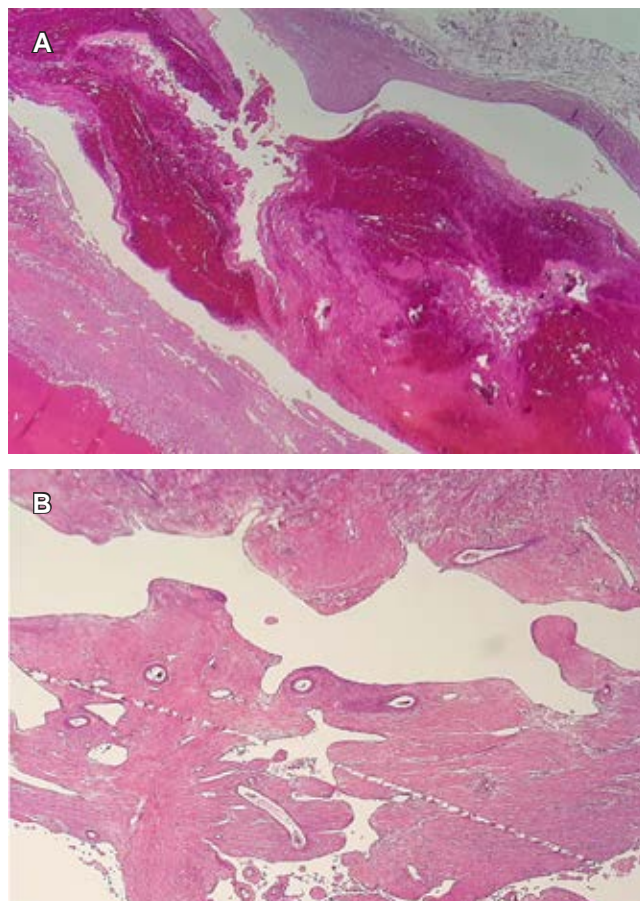


Figura 3: Histología. **A)** H&E 20x. Acercamiento a la malformación con trombosis intraluminal. **B)** H&E 40x. Panorámica con pequeñas arterias y venas, proliferación papilar endotelial.

2. Kesler W, Maleszewski J, Payatakes A. Spontaneous radial artery pseudoaneurysm in an infant due to idiopathic medial hypoplasia – a case report. *Case Reports Plas Surg Hand Surg.* 2019; 6 (1): 69-73.
3. Isoda S, Kimura T, Nishimura K, Yamanaka N, Nakamura S, Arino H et al. Occupational true aneurysm of the ulnar artery: a case report of hypothenar hammer syndrome. *Ann Vasc Dis.* 2013; 6 (3): 655-657.
4. Conkbayir C, Emiroglu O, Birtan H, Cerit L. Ulnar artery aneurysm - a rare cause of mass on wrist. *Cor et Vasa.* 2017; 59 (5): e496-e498.

Conflicto de intereses: Los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiamiento: Ninguno.