

Caso clínico

Quiste de adventicia, localización inusual

Dr. Aldo Betanco-Peña,***

Dr. Pedro Córdova-Quintal,* Dra. Nora Lecuona-Huet,**

Dra. Adriana Campero-Urcullo,*** Dr. Christian León-Rey,***

Dr. Ernesto Rodríguez-López,*** Dra. Teresa Casares-Bran***

RESUMEN

Antecedentes. El quiste de adventicia es una enfermedad arterial periférica no aterosclerótica, caracterizada por la acumulación de sustancia mucinosa en la adventicia del vaso. Corresponde a 0.1% de las enfermedades vasculares, y 85% de éstas ocurren en la arteria poplítea. La patogenia no es clara, y existen múltiples teorías: traumática, sistémica, ganglionar y del desarrollo. El tratamiento de elección es la descompresión del quiste preservando el vaso afectado, resecándolo únicamente cuando existe oclusión arterial o venosa.

Objetivo. Presentar el caso clínico de un quiste de adventicia localizado en una fistula arteriovenosa.

Caso clínico. Masculino, 50 años de edad, con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución con hemodiálisis, con fistula arteriovenosa autóloga humeromediana, que se presenta con tumoração sin pulso, sin thrill, sin soplo, indolora en región antecubital derecha.

Palabras clave. Quiste adventicia, fistula arteriovenosa.

ABSTRACT

Background. The adventitial cyst is a non-atherosclerotic peripheral arterial disease, characterized by the accumulation of mucinous substance in the adventitia of the vessel. It corresponds to 0.1% of the total of vascular diseases, and of these 85% occurs in the popliteal artery. The pathogeny is unclear, and there are multiple theories: traumatic, systemic, ganglionar and development. The treatment of choice is the decompression of the cyst while preserving the affected vessel, excising only when an occlusion of the vessel exists.

Objective. To present a case of adventitial cyst located in an arteriovenous fistula.

Case report. Male, 50 years of age, with chronic kidney disease in hemodialysis, with autologous humeromedian arteriovenous fistula, presents with a pulseless, painless tumor in right antecubital region.

Key words. Adventitial cyst, arteriovenous fistula.

INTRODUCCIÓN

El quiste de adventicia es un tipo infrecuente de enfermedad arterial periférica no ateroesclerótica, caracterizado por la acumulación de material muci-

noso dentro de la adventicia.¹ Corresponde a 0.1% de los casos de enfermedad vascular,^{1,2} y de éstos, 85% ocurre en arteria poplítea, seguido por escasos casos en arterias braquial, radial, cubital, axilar y vena safena a nivel del tobillo.² Al día de hoy no se

* Jefe del Servicio de Angiología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

** Médico adscrito del Servicio de Angiología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

*** Médico residente de Angiología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

han reportado en la literatura casos de quistes localizados en sitio de anastomosis de fistula arteriovenosa y dependientes de la vena. La patogenia no está bien establecida, por lo que existen varias teorías sobre la etiogenia: traumática, donde el traumatismo repetitivo resulta en el alongamiento y distorsión de la pared del vaso, que conlleva a la degeneración quística de la adventicia; la teoría sistémica sugiere que existe una condición degenerativa mucinosa o mixomatosa; la teoría ganglionar sugiere que se desarrollan a partir de estructuras de cápsula sinovial que se encuentran a lo largo del vaso y que involucran la adventicia; la teoría del desarrollo sugiere que células secretoras de mucina derivadas de elementos mesenquimales de articulaciones adyacentes se incluyen en la adventicia durante el desarrollo.^{1,3}

El tratamiento de elección es la descompresión del quiste con la preservación del vaso afectado, siendo necesaria la resección con colocación de injerto únicamente cuando hay oclusión de éste. La



Figura 1. Quiste en región antecubital del brazo derecho.



Figura 2. Quiste de adventicia en relación con el segmento venoso de fistula arteriovenosa.

aspiración percutánea no suele ser exitosa, ya que el quiste suele recidivar con el tiempo.²

CASO CLÍNICO

Masculino de 50 años con antecedente de insuficiencia renal crónica en terapia de sustitución con hemodiálisis. Se le realizó fistula arteriovenosa autóloga humeromediana. Se presenta con tumoreación no pulsátil, indolora, en región antecubital de miembro torácico derecho, un año posterior a la confección de la fistula. Se realizó ultrasonido Doppler donde se observó un tumor de contenido anecoico, sin flujos en su interior, dependiente del

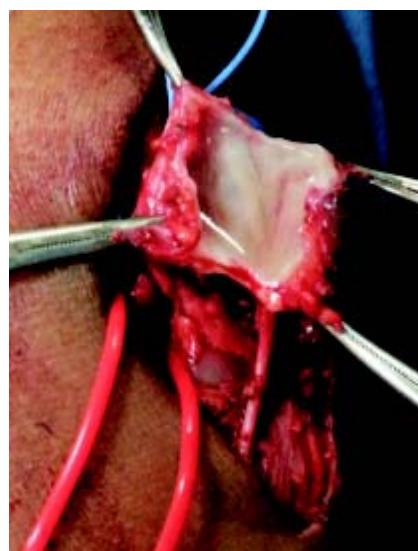


Figura 3. Vista del interior del quiste.



Figura 4. Fístula arteriovenosa funcional posterior a resección completa del quiste de adventicia.

segmento venoso de la fistula, con fistula arteriovenosa permeable. Se llevó a quirófano con plan de realizar fistulografía y se encontró tumoración íntimamente adherida a la piel y a aproximadamente 1 mm de la anastomosis de fistula, que se transluminó (*Figuras 1 y 2*). Se incidió el quiste, se drenó, obteniendo una sustancia gelatinosa, y se resecó (*Figuras 3 y 4*). El paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin recurrencia y con acceso que permanece funcional posterior al procedimiento.

DISCUSIÓN

El quiste de adventicia es una enfermedad extremadamente rara, descrita por primera vez en 1947 por Atkins y Key,³ de prevalencia en arterias de miembros inferiores. De una revisión de 323 casos de quistes de adventicia, realizada en 1998 por Le-vien y Benn, se identificaron únicamente 17 casos (5.3%) que involucraron el sistema venoso, las venas más afectadas fueron la vena femoral (nueve casos), poplítea (tres casos), vena safena menor (dos casos), iliaca (dos casos), vena safena mayor (un caso), y en la arteria radial (un caso).⁴

Se desconoce la etiología de estos quistes, existiendo múltiples teorías para explicar su origen. La teoría traumática postula que el traumatismo repetitivo resulta en alongamiento y distorsión de la pared vascular, que lleva a la destrucción y la degeneración quística de la adventicia; sin embargo, esta teoría no explica la presencia de quistes en ausencia de traumatismo. La teoría sistémica sugiere que existe una condición sistémica preexistente en el paciente que condiciona a la degeneración mucinosa o mixomatosa; pero en seguimientos a largo plazo no se han podido demostrar manifestaciones sistémicas de la enfermedad. La teoría ganglionar sugiere que los quistes de adventicia resultan de la incorporación de estructuras de la cápsula sinovial que se encuentran junto a los vasos, ya sea durante el desarrollo o más tarde en la vida; esta teoría se apoya en la relación y la comunicación demostrada en muchos casos de quistes sinoviales en la literatura. Existe además una última teoría que sugiere que una estructura mesenquimatosa relacionada con los ganglios se incorpora en el vaso durante el desarrollo embrionario, que luego crece con el transcurso de los años debido a la secreción de restos sinoviales en el quiste. Sin embargo, los quistes de adventicia contienen una concentración mayor de ácido hialurónico que el líquido sinovial, por lo que se cree que células mesenquimales secretoras

de mucina se incluyen en el desarrollo embriológico de la pared del vaso.²

Histológicamente se encuentra que el quiste tiene una capa de tejido conectivo con una sustancia gelatinosa mucoide eosinofílica, que contiene mucoproteínas y mucopolisacáridos. No se encuentra inflamación aguda o crónica en la pared del vaso.⁵

En cuanto a tratamiento se ha publicado desde aspiración simple y drenaje percutáneo con alto porcentaje de recidiva, resección del segmento afectado con colocación de injerto, resección del quiste únicamente y la colocación de bypass con o sin resección del quiste.⁶

CONCLUSIÓN

El quiste de adventicia es una patología rara que afecta arterias y venas, con mayor frecuencia en miembros pélvicos, de etiología desconocida, con variadas manifestaciones clínicas. En el caso presentado el drenaje y la resección del quiste fueron necesarios para conservar la integridad arterial y venosa, así como la funcionalidad del acceso vascular. Esta patología aún no tiene un manejo estandarizado, por lo que se debe individualizar cada caso y tomar en cuenta el tamaño, localización y compromiso arterial o venoso para evitar la recidiva. Se requiere de más investigación para determinar su causa y protocolizar el manejo de forma adecuada.

REFERENCIAS

1. Hwan S, Eun C, Oh H, Wong J, et al. Adventitial Cystic Disease of the common femoral artery: A case report and literature review. *Korean J Thor Cardo Vasc Surg* 2013; 46: 150-2.
2. Beltran L, Bencardino J, Desai P, Pakshima N. Adventitial cystic disease of the radial artery. Two case reports and a review. *Bull NYU Hosp JT Dis* 2012; 70(4): 262-7.
3. Winn J, Singh C, Cloud A, Stock H. Cystic Adventitial Disease. *Applied Radiology* 2015; 22-3.
4. Kwun W, Suh B. Adventitial cystic disease of common femoral vein. *J Korean Surg Soc* 2011; 80: S75-S79.
5. Wu X, Jiang B, Xia Q, et al. Venous Occlusion due to cystic adventitial degeneration of the common femoral vein. *Vasa* 2013; 42: 461-4.
6. Misselhom D, Beresford T, Khanafer K. Early recurrence of cystic adventitial disease following cyst excision and bypass surgery. *Eur J VascEndovasc Surg* 2013; 46(6): 740.

Correspondencia:

Dr. Aldo Betanco-Peña
Torres Adalid, Núm. 1551-204
Col. Narvarte Poniente
C.P. 03020, Ciudad de México
Tel: +52 1 55 8572-2708
Correo electrónico:
aldo.betanco@gmail.com