

Caso	(715) Lesión arterial post-traumática
Autores	Alberto Hermoso Torres, Carmen Martínez Huertas, Marta Herruzo Rivas, Antonio José García Sánchez, Sara Sánchez Talavera.
Centro	Complejo Hospitalario De Jaén

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años traída al servicio de urgencias tras intento autolítico precipitándose desde un tercer piso, se realiza TC body apreciándose un neumotórax así como fracturas costales y en vertebras lumbares. Tras estabilización de la paciente, comienza con dolor brusco en el pie derecho, con frialdad, impotencia funcional y alteraciones en la sensibilidad así como ausencia de palpación del pulso distal, por lo que se decide completar estudio con angio-TC de miembros inferiores observándose coincidiendo con fractura completa de peroné y fractura conminuta y desplaza de tibia distal un defecto de repleción en la arteria tibial posterior. Se realiza reducción abierta y fijación interna de la fractura recuperando inmediatamente un adecuado relleno capilar y del pulso con ausencia de dolor en miembro inferior derecho.

DISCUSIÓN

La lesión arterial puede ocurrir tanto por un traumatismo cerrado como penetrante con una tasa de aproximadamente 1-2 %. Los principales signos clínicos de lesión arterial son pérdida de pulsos en una extremidad, hematoma en expansión, frémito o soplo, hemorragia pulsátil activa y déficit neurológico.

La TC se realiza de forma rutinaria para la detección, localización y caracterización rápidas de la lesión vascular asociada al traumatismo. Los signos angiográficos por TC de lesión arterial incluyen extravasación activa de material de contraste (lesión transmural o transección), formación de un pseudoaneurisma (protuberancia focal de material de contraste durante la fase arterial que permanece estable en tamaño y forma durante la fase venosa), estrechamiento brusco de una arteria/pérdida de opacificación de un segmento arterial (lesión de la íntima, trombosis, vasoespasmo o hemorragia intramural) y formación de fístula arteriovenosa (opacificación temprana de las venas en la fase arterial).

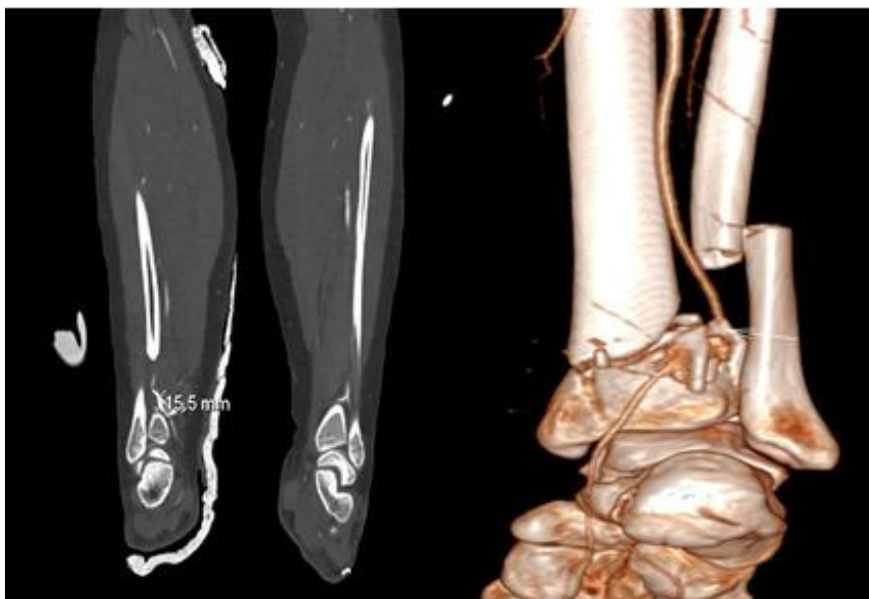
Las principales dificultades que nos podemos encontrar que nos dificulte una adecuada interpretación del estudio son los errores en la administración del bolo de contraste y el inicio de la exploración (técnica inadecuada), así como los artefactos por movimiento (factores relacionados con el paciente) o artefactos metálicos y de endurecimiento del haz. Un fragmento de hueso puede confundirnos con un sangrado activo, si bien el fragmento de hueso permanece estable en tamaño, forma y atenuación, a diferencia de un sangrado activo arterial o venoso.

Las desventajas de la arteriografía convencional con respecto a la angiografía por TC son el costo del procedimiento, el retraso que ocurre antes de la arteriografía y la necesidad de un equipo especializado.

CONCLUSIÓN

La angiografía por TC es una técnica rápida y accesible que debemos realizar ante la sospecha clínica de lesión vascular en el contexto de un traumatismo, lo que reduce el retraso en el diagnóstico y facilita un tratamiento precoz.

El angio-TC es una técnica no invasiva con alta sensibilidad y especificidad para la detección de lesión arterial después de un traumatismo.



En región distal de arteria tibial posterior derecha se observa una pérdida de opacificación en un segmento de aproximadamente 15mm de longitud, coincidiendo con la zona de fractura de pilón tibial, con repermeabilización distal.

BIBLIOGRAFÍA

Michelle M. Miller-Thomas, O. Clark West, Alan M. Cohen. Diagnosing Traumatic Arterial Injury in the Extremities with CT Angiography: Pearls and Pitfalls. Radiographics. 2005. <https://doi.org/10.1148/rg.25si055511>.

Sameer B. Raniga, Alok K. Mittal, Mark Bernstein. Multidetector CT in Vascular Injuries Resulting from Pelvic Fractures: A Primer for Diagnostic Radiologists. Radiographics. 2019. <https://doi.org/10.1148/rg.2019190062>.

Anderson SW, Soto JA, Lucey BC, Burke PA, Hirsch EF, Rhea JT. Blunt trauma: feasibility and clinical utility of pelvic CT angiography performed with 64-detector row CT. Radiology 2008;246(2):410-419. <https://doi.org/10.1148/radiol.2462070082>.