

Aneurisma de la arteria cubital distal. Síndrome hipotenar de Hammer. Informe de un caso

Myr. M.C René Francisco Candia de la Rosa,* Dra. Irais Córdova González,** Dr. Raúl Candia García,***

Hospital Militar Regional de Puebla.

RESUMEN. Se describe un caso de síndrome hipotenar de Hammer en una mujer de 34 años, lavandera de oficio y que se presentó con una tumoración pulsátil en la región hipotenar de la mano izquierda sin síntomas de isquemia digital. La arteriografía reveló aneurisma de la arteria cubital izquierda sin trombosis, el tratamiento del síndrome hipotenar de Hammer consiste en la observación solamente, simpatectomía cervical, excisión con ligadura, excisión y revascularización con anastomosis término-terminal o interposición de una vena autóloga y la terapia trombolítica regional, en este caso solamente fue necesaria la excisión del aneurisma, con buena evolución postoperatoria.

Palabras clave: isquemia, mano, aneurisma, arteria cubital.

La evidencia objetiva indica que la mitad de los pacientes que manifiestan isquemia sintomática de la mano y de los dedos pueden tener una variedad de enfermedades sistémicas, de las cuales las enfermedades autoinmunes son las más frecuentes tales como la enfermedad de Raynaud, tales como enfermedades aterosclerosas oclusivas, tromboangiítis obliterante, embolia arterial, enfermedad vascular por colágeno en diabéticos o síndrome de salida del tórax.¹

El síndrome hipotenar de Hammer es causa bien establecida de isquemia digital la cual resulta por oclusión de la arteria cubital distal al nivel del hueso ganchoso de la mano. Típicamente esta patología ocurre en la mano dominante de hombres con actividades que requieren el uso de la región hipotenar de la mano como martillo, como los mecánicos o carpinteros así como los que utilizan desarmadores o en los deportistas que utilizan raquetas como los tenistas, jugadores en squash o los beisbolistas principalmente el *catcher* o los karatecas y los jugadores de squash o los jugadores de *frisbee*.¹⁻⁵

* Cirujano Vascular, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Militar Regional de Puebla.

** Médico Cirujano, Ex-interno del Hospital Militar Regional de Puebla

*** Médico Radiólogo, Sanatorio Santa María Puebla, Pue.

Correspondencia:

Mayor M.C. René Francisco Candia de la Rosa. Reforma 916 Despacho 111, Col. Centro, C.P. 72000 Puebla, Puebla. Tel. (22) 32-63-42

SUMMARY. The case of a 34 year-old woman who usually worked as laundress and underwent a hypotenar syndrome after repeated trauma is reported.

An arterial aneurysm in the hypotenar region of the left hand was found by arteriography which revealed no thrombotic occlusions neither the digital arteries nor the aneurismatic artery. Treatment has been advised by diverse procedures as cervical sympathectomy.

Simple ligature or excision and end-to-end anastomosis as well as regional thrombolytic therapy. Neglected observation has also been advised. The present case was treated on by simple excision of aneurism. Postoperative outcome was satisfactory.

Key words: ischemic, hand, aneurysm, ulnar artery.

El aneurisma de la arteria cubital distal, se considera parte del Síndrome de Hammer ya sea con o sin trombosis. Aunque es poco frecuente está bien reconocido como causa de isquemia digital como consecuencia de embolización de la arteria digital. Es así mismo una forma clínica común del síndrome de Raynaud que afecta a los dedos.^{2,4}

Los pacientes frecuentemente tienen historia de trauma repetitivo en la región hipotenar que causa daño en la capa íntima arterial, con la formación del aneurisma y de trombosis. También manifiestan síntomas neurológicos como parestesias de los dedos cuarto y quinto por irritación del nervio cubital.^{2,4}

Este síndrome clínico de isquemia digital de la mano y el aneurisma de la arteria cubital distal debido a trauma repetitivo ha sido identificado y denominado síndrome hipotenar de Hammer por Van Rose y cols. en 1934.²

Presentación del caso

Paciente del sexo femenino de 38 años de edad, analfabeta, con 18 años de ocupación como lavandera, con una evolución de 2 años de la aparición de una tumoración en la región hipotenar de la mano izquierda de crecimiento lento y progresivo y con palidez y entumecimiento de los dedos cuarto y quinto de la mano izquierda, con exacerbación durante las actividades de lavado de ropa con agua fría y al frotar la ropa sobre el lavadero; negó antecedentes de artralgias o de otra patología inmunológica.

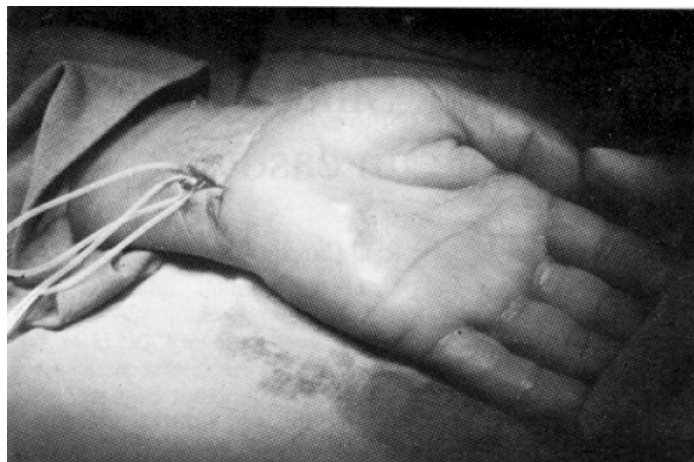


Figura 1. Aneurisma de la arteria cubital distal en la región hipotenar de la mano izquierda. Arriba disecada la arteria cubital.



Figura 2. Arteriografía de la arteria cubital demostrándose permeabilidad del aneurisma.

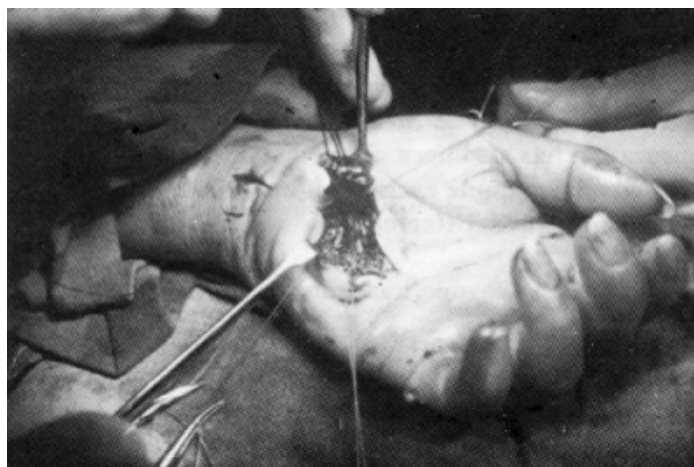


Figura 3. Resección quirúrgica del aneurisma.

A la exploración física, se encontró una tumoración pulsátil de 4 x 3 cm en la región hipotenar de la palma de la mano izquierda; prueba de Allen negativa (*Figura 1*). El ultrasonido Doppler en color demostró aneurisma de la arteria cubital distal sin evidencia de trombosis. Las determinaciones de factor reumatoide, células LE y anticuerpos fueron negativas. Se realizó arteriografía periférica de miembro superior izquierdo en la que se observó aneurisma no tromboso de la arteria cubital distal por arriba del hueso gancho con buena circulación distal de todos los dedos sin espasmo ni trombosis de arterias digitales y con permeabilidad de los arcos palmares superficial y profundo de la mano (*Figura 2*).

Se practicó una incisión longitudinal sobre la región hipotenar izquierda de piel y tejido celular resecándose el aneurisma y haciendo ligadura para después realizar nueva arteriografía periférica, la cual mostró buen llenado del arco palmar superficial y no profundo por colaterales y buena perfusión digital que no ameritó revascularización (*Figura 3*); la paciente fue egresada al tercer día de hospitalización con buena evolución. Actualmente cambió de

ocupación a cocinera, sin recurrencia y permaneciendo asintomática.

Discusión

Los aneurismas de la mano pueden presentarse después de un traumatismo de esas porciones de las arterias radial o cubital distal porque no están protegidas por la fascia palmar,⁴ en el caso de la arteria cubital se debe a la localización anatómica de la arteria en la región hipotenar de la mano que la hace muy vulnerable a los traumatismos directos ya que la arteria al emerger del canal de Guyon formado por el hueso pisiforme y el gancho del hueso gancho de la muñeca y cubierto por el ligamento carpiano transversal en 2 cm; esta arteria tiene 2 cm que se localiza superficialmente en la región hipotenar cubierto por la piel, tejido celular y el músculo palmar corto.^{2,4} Cuando esta área es traumatizada frecuentemente como ocurre en los mecánicos, carpinteros, jugadores de béisbol, voleibol y karate, la arteria cubital puede reaccionar de la siguiente manera (*Figura 1*).

1. Espasmo de la arteria cubital y digital y manifestarse como Síndrome de Raynaud.

2. Lesión de la capa media de la arteria en la consiguiente formación de un aneurisma en trombosis y embolización distal por lesión de la capa interna de la arteria.

3. Trombosis de la arteria cubital y embolización distal por lesión de la capa interna de la arteria.

Estas dos últimas entidades se pueden manifestar como gangrena isquémica de los dedos principalmente del cuarto y del quinto.^{2,4}

Este problema se considera ocupacional ya que se presenta en trabajadores o deportistas que sufren traumatismo repetitivo y directo sobre la región hipotenar de la mano; Miles dice que en un 14% de los trabajadores que utilizan la mano como martillo por un tiempo prolongado pueden presentar un síndrome isquémico de la mano.⁵

Ya que clínicamente este síndrome se manifiesta con síntomas de enfermedad de Raynaud en forma de entume-



Figura 4. Relación anatómica de la arteria cubital en la región hipotenar de la mano y mecanismo traumático.

cimiento, parestesias, enfriamiento y cambios de coloración de blanco, azul y rojo de los dedos de la mano afectada, en la exploración física se pueden encontrar un callo en la región hipotenar, con palidez de los dedos cuarto y quinto y a veces con laceraciones y muy raramente una tumoración pulsátil en la región hipotenar por un aneurisma, la prueba de Allen es positiva si hay obstrucción de la arteria cubital.^{1-3,5}

El diagnóstico se realiza por la historia de trauma repetitivo en la región hipotenar y los síntomas antes descritos; es de gran ayuda la realización del ultrasonido Doppler color para la búsqueda del aneurisma y de la trombosis de la arte-

ria cubital y es de suma importancia la arteriografía para corroborar el diagnóstico ya sea de aneurisma, espasmo u obstrucción y así decidir la terapia a seguir.

El tratamiento se divide en dos: el médico y el quirúrgico; en las dos modalidades lo más importante es suspender el mecanismo productor del trauma y si existe espasmo se deben dar vasodilatadores por ejemplo nifedipina; si hay aneurisma se debe resear para evitar trombosis y embolismo dista aun sin datos de insuficiencia arterial y se debe intentar la revascularización con anastomosis término-terminal o la interposición de una vena autóloga.² En nuestro caso se presentó una mujer de ocupación lavandera de más de 18 años de oficio con trauma repetitivo al roce con el lavadero y en manifestación de una tumoración pulsátil no dolorosa y en palidez de los dedos cuarto y quinto al lavar sin presentar un síndrome de Raynaud clásico, por lo que suponemos que esto se debía a un espasmo consecutivo al trauma ya que se demostró por estudios de Doppler color, ultrasonido y arteriografía, que no existía trombosis ni embolización distal y tampoco ameritó administración de vasodilatadores periféricos; este caso se resolvió con la sola resección y ligadura del aneurisma ya que se encontró una buena circulación colateral por lo que se permitió no intentar ningún procedimiento de revascularización.

En virtud de que este padecimiento es raro y además se considera dentro de los problemas ocupacionales es de suma importancia investigar la actividad que desarrolla el paciente para evitar el trauma repetitivo de la mano, y se debe tener muy en cuenta que lo más importante para lograr la curación y evitar la recidiva es cambiar de oficio o de deporte.

Referencias

1. Batla A, Bulmato I, Walker S. Accelerated progressive systemic sclerosis in a patient with hypotenar hammer syndrome. *J Rheumatol* 1996; 23(2): 388-392.
2. Harris JE, Taylor LM, Edwards JM, Mills JL, Porter JM. Surgical treatment of distal ulnar artery aneurysm. *AM J Surg* 1990; 159: 527-530.
3. Kreither KF, Duber C, Muller LP, Degreif Jurgen. Hypotenar hammer syndrome causes by recreational sports activities and muscle anomaly in the wrist. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1996; 19: 356-359.
4. Kleinert HE, Burget GC, Morgan JA, Kutz E, Atosy E. Aneurysms of the hand. *Arch Surg* 1973; 106: 556-557.
5. Miles LJ, Ferguson DA. The incidence of the hipotenar hammer syndrome. *Arch Surg* 1972; 105: 684-685.
6. Millender LH, Nalebuff EA, Kadson E. Aneurysms and thrombosis of the ulnar artery in the hand. *Arch Surg* 1972; 105: 686-690.