

Aneurisma único de arteria femoral común. Caso clínico*

Drs. ANDRÉS REYES D.¹, MALAO RAFFO R.¹, STEPHANIE SIEGEL A.¹,
Ints. MARCO RÍOS A.², LISANDRO STUARDO B.², Drs. JORGE GAETE V.¹,
GERMÁN GUZMÁN S.¹, JORGE VERGARA C.¹, JOAQUÍN TORRES R.¹

¹ Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile.

² Interno de Medicina Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

Abstract

Isolated common femoral artery aneurysm. Case report

We report a 71 years old male with high blood pressure. During the postoperative follow up after a prostatectomy for a benign prostate hyperplasia, a pulsatile mass was palpated in the left inguinal region. A chest, abdomen and lower limb AngioTC, disclosed a unique sacular aneurysm in the left common femoral artery. The patient was subjected to a surgical excision of the aneurysm, with a favorable postoperative evolution.

Key words: Femoral artery, aneurysm, pulsatile mass.

Resumen

Se comunica el caso de un paciente de 71 años, de sexo masculino, hipertenso, a quien en el postoperatorio de prostatectomía por hiperplasia benigna de la próstata, le fue palpada una masa pulsátil inguinal izquierda. La AngioTAC mostró una dilatación sacular única de la arteria femoral común, la que fue resecada con éxito.

Palabras clave: Aneurisma, femoral, pseudoaneurisma, aneurisma periférico.

Introducción

Este trabajo presenta el caso de un aneurisma sacular verdadero, de origen aterosclerótico aislado en la arteria femoral común izquierda asintomático, que fue reparado quirúrgicamente sin complicaciones.

Se realiza además revisión de la literatura al respecto, en la que se incluye a los pseudoaneurismas por punción.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 71 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial (HTA) en tratamiento farmacológico y tabaquismo crónico detenido hace 26 años (50 paquete/año); antecedentes quirúrgicos de dos úlceras gástricas operadas y prostatectomía abierta por hiperplasia prostática benigna. En su primer control ambulatorio post prostatectomía se encuentra masa pulsátil

*Recibido el 13 de Octubre de 2010 y aceptado para publicación el 2 de Noviembre de 2010.

Correspondencia: Dr. Andrés Reyes D.
Lo Arcaya 2105, Santiago, Chile. Fax: 56-2-9854821.
reydusch@gmail.com

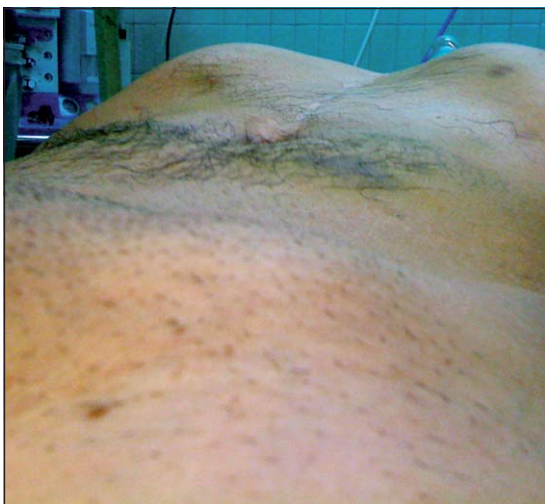


Figura 1. Masa inguinal izquierda.



Figura 2. Disección y liberación total del aneurisma, de arteria femoral común, superficial y profunda.

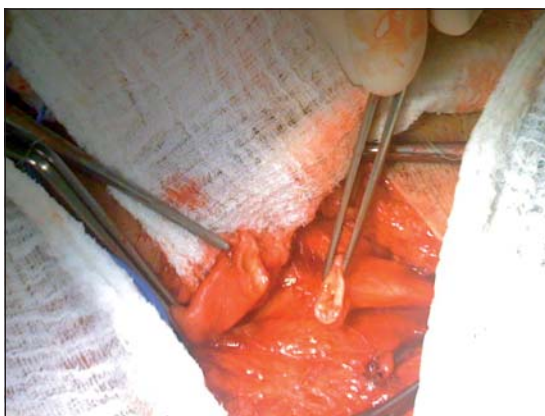


Figura 3. Aneurisma resecao y preparación de bordes para anastomosis termino terminal.

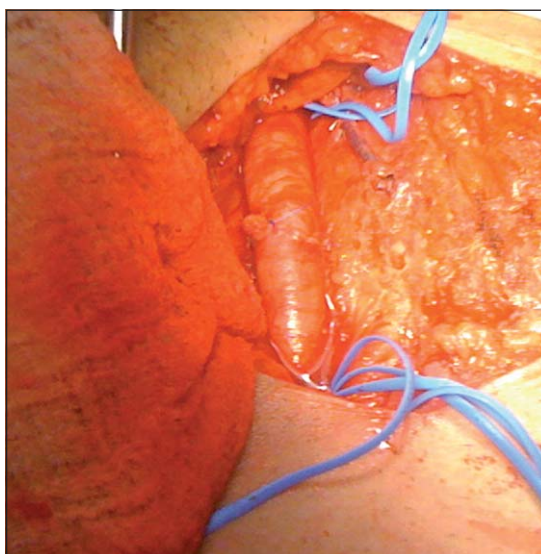


Figura 4. Anastomosis en bisel termino terminal.

en región inguinal izquierda, sin otro hallazgo al examen físico, con hemodinamia estable, y exploración vascular mediante examen físico normal (Figura 1), por lo que se solicita ecotomografía que describe e informa imagen sugerente de dilatación arterial en región inguinal izquierda. Es derivado, siendo evaluado por equipo de cirugía vascular. Se realizó AngioTAC multicorte de tórax, abdomen y de extremidades inferiores hasta región poplitea, describiéndose solamente la presencia de aneurisma sacular único de la arteria femoral común izquierda, sin otras imágenes aneurismáticas. El paciente es operado, realizándose una resección aneurismática y reconstrucción mediante anastomosis término terminal de la arteria femoral común (Figuras 2, 3, 4). Evolución postoperatoria es favorable en la Unidad

de Tratamientos Intensivos. Es dado de alta al quinto día postoperatorio, sin incidentes.

Discusión

Se define aneurisma de arteria femoral, como una dilatación de ésta mayor de 1,5 veces su tamaño, o más de 2 cm de diámetro. Los aneurismas de las arterias periféricas son poco frecuentes y, en general,

suelen estar asociados a factores etiológicos como aterosclerosis, sífilis, arteritis infecciosa, arteritis autoinmune o inflamatoria o, inflamación del tejido cartilaginosa como el síndrome de Ehlers-Danlos o micóticos¹⁻⁴.

Se clasifican según Cutler en tipo I (85%) si comprometen la arteria femoral común solamente o tipo II si involucran además la arteria femoral profunda (15%)^{2,5}.

La incidencia del aneurisma aislado de la arteria femoral superficial, es de un 1% de los aneurismas, con un 13% de bilateralidad. De éstos, entre 40 a 70% presentan asociación con aneurismas aortoiliacos, 54% con aneurismas de arteria poplítea y 27% se asocia con otros aneurismas periféricos. Por esto, es fundamental la búsqueda de estas lesiones en otras localizaciones al momento del diagnóstico, estudio y seguimiento. Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (28:1) y con una edad media de 75 años con rangos de 61 a 91 años y una alta asociación a HTA y tabaquismo. Un 77% de los pacientes son sintomáticos, presentando signos de isquemia crónica, masa dolorosa y pulsátil, dolor por irritación o compresión nerviosa, edema y varicosidad o trombosis por compresión de vena femoral⁶. La ruptura se estima en un 46% pudiendo ser contenida por los músculos y la fascia del compartimiento.

Se describen otras complicaciones tales como trombosis venosa en un 16 a 42%, embolización distal o compresión de estructuras vecinas^{3,5,7}.

El estudio de imágenes se debe de realizar con Ecografía doppler y AngioTAC, para poder ver la extensión proximal y distal, diferenciarlo de los pseudoaneurismas y mostrar su relación con las estructuras vecinas. El AngioTAC es fundamental para descartar la presencia o confirmar la presencia de aneurismas de otras localizaciones. La arteriografía o RM son exámenes complementarios, que resultan útiles para estudiar el flujo salida, sobre todo en pacientes con síntomas isquémicos y así poder planificar el tipo de cirugía^{2,4,6,8}.

La morbilidad y mortalidad de los pacientes no intervenidos quirúrgicamente es alta, sobre todo por el alto riesgo de trombosis, de 42%, y amputación mayor. Pappas et al⁷, describe un riesgo de amputación de un 16% de aquellos que no son intervenidos. Estos datos demuestran la mala evolución de los aneurismas y apoyan la indicación quirúrgica en lesiones mayores a 2 cm de diámetro.

Así como en otros aneurismas periféricos, la reparación consiste en ligadura proximal y distal del aneurisma más aneurismectomía y revascularización con bypass del segmento ligado. La safena interna es de elección para la revascularización, sobre todo si existe presencia de enfermedad oclusiva distal

que requiera una anastomosis bajo la rodilla, compromiso poplítea, infección o necrosis distal. Otros tipos de by pass, pueden realizarse con material protésico como Dacrón o PTFE, ya que el diámetro de la safena es generalmente inadecuado y sólo estaría justificado en asociación con lesiones distales, obteniendo una permeabilidad primaria y secundaria a 5 y 10 años de 88,9 y 84,7%, respectivamente, con un 100% de salvataje de extremidades a 10 años. En el caso descrito en este trabajo, al tratarse de un aneurisma aislado de la arteria femoral común, fue posible realizar resección y reparación con anastomosis primaria término terminal (Figuras 3 y 4). Debido al escaso número de pacientes, no existen estudios randomizados adecuados que comparen las diferentes técnicas quirúrgicas⁹⁻¹².

Las técnicas de reparación endovasculares de los aneurismas de arteria femoral superficial están poco desarrolladas, debido a ello existen escasos reportes con un número limitado de pacientes. Si bien los nuevos tipos de endoprótesis en desarrollo, han entregado resultados que parecen ser alentadores, la escasa frecuencia de esta patología hace difícil la comparación entre las técnicas abiertas y endovasculares en el corto plazo^{4,5,8,-12}.

Referencias

1. Baird RJ, Gurry JF, Kellam J, Plume SK. Arteriosclerotic femoral artery aneurysms. *Can Med Assoc J.* 1977;117:1306-7.
2. Papadoulas S, Skroubis G, Marangos N, Kakkos K, Tsolakis J. Ruptured aneurysms of superficial femoral artery. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2000;19:430-2.
3. Fernández Alonso L, Pérez-Burkhardt JL, Agúndez Gómez I, González Fajardo J, Gutiérrez Alonso V, Carpintero Mediavilla L, y cols. Aneurismas femorales arterioscleróticos. *Angiología* 1995;1:43-6.
4. Duhalde I, Berga C, Arrebola M, Pañella F, Rodríguez N, Admetler X, y cols. Aneurisma de arteria femoral superficial. Reporte de un caso y revisión de la patología. *Cuad Cir.* 2004;18:48-51.
5. Jarret F, Makaroun M, Rhee R, Bertges D. Superficial femoral artery aneurysms: An unusual entity? *J Vasc Surg.* 2002;16:571-4.
6. Pitoulias G, Konstantinos D, Horsch S, Papadimitriou D. Isolated iliac artery aneurysms: Endovascular versus open elective repair. *Journal of Vascular Surgery* 2007;46:648-54.
7. Pappas G, Janes JM, Bernatz PE, Schirger A. Femoral aneurysms. Review of surgical Management. *JAMA* 1964;190:489-93.
8. Geraghty PJ. Endovascular Treatment of Lower Extremity Aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 2008;21:195-9.

9. Sapienza P, Mingoli A, Feldhaus R, di Marzo I, Cavallari N, Cavallero A. Femoral artery aneurysms: long-term follow-up and results of surgical treatment. *Cardiovasc Surg.* 1996;4:181-4.
10. Vilariño-Rico J, Vidal-Insua J, Cachaldora J, Segura-Iglesias R. Aneurismas verdaderos de la femoral superficial: a propósito de un caso. *Angiología* 2008;60:149-54.
11. Huang Y, Gloviczki P, Duncan A, Kalra M, Hoskin T, Oderich G, et al. Common iliac artery aneurysm: Expansion rate and results of open surgical and endovascular repair. *J Vasc Surg.* 2008;47:1203-11.
12. Harbuzariu C, Duncan A, Bower T, Kalra M, Gloviczki P. Profunda femoris artery aneurysms: Association with aneurysmal disease and limb ischemia. *J Vasc Surg.* 2008;47:1231-5.