

Aneurisma de arteria femoral superficial. Reporte de un caso y revisión de la patología.

Iván Duhalde S, Carmen Berga F, Manel Arrebola L, Francisco Pañella A, Natalia Rodríguez E, Xavier Admetller C, Raul García V, Vicente Martín Paredero

RESUMEN

El aneurisma arteriosclerótico aislado de la arteria femoral superficial es una patología inusual. Presentamos el caso de un paciente de 89 años que acude a nuestro hospital por una masa pulsátil de muslo derecho. Se demostró la presencia de un aneurisma a través del diagnóstico por imágenes y procedimos a su resección quirúrgica. Realizamos una revisión de la literatura de esta patología poco frecuente. (Palabras claves/Key words: Aneurismas de arteria femoral superficial/Aneurysms of the superficial femoral artery).

INTRODUCCIÓN

El aneurisma arteriosclerótico aislado de la arteria femoral superficial es una patología inusual. En la literatura hay sólo algunos reportes aislados como el de Rigdon¹ en 1992 que describe 17 aneurismas de la arterial femoral superficial y más recientemente Jarrete² en 2002 que describe 13 casos. Otros autores reportan 3 casos de aneurisma de arteria femoral superficial aislado por año en unidades de cirugía vascular³. Por esta razón no existe mayor información sobre su presentación, incidencia, historia natural y su asociación con otros aneurismas. A raíz de un caso clínico que hemos tratado en nuestro centro de este aneurisma, se revisa y analiza la literatura de esta patología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 89 años de edad, de sexo masculino, ex fumador de 10 cigarrillos día por 40 años y sin antecedentes mórbidos de importancia ni traumáticos, quien consulta por la presencia de una masa en muslo derecho de 20 años de evolución que ha presentado un rápido crecimiento en los últimos 4 meses, agregándose dolor en la zona.

Al examen destacaba un paciente en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable y con un aumento de volumen de 7-8 cm de diámetro en cara interna de muslo derecho (Figura 1), algo dolorosa, pulsátil, con soplo. Además no presentaba masas en otras localizaciones y pulsos pedios ausentes a izquierda y presentes a derecha. Índice doppler tobillo/brazo: 0,83 a derecha y 0,66 a izquierda.



FIGURA 1. Paciente con gran aumento de volumen de muslo derecho.

Se realizó Ecodoppler, que mostró un aneurisma de arteria femoral superficial derecha de 4,5 x 5 cm y un AngioTAC más arteriografía

que confirmó la presencia de una gran dilatación de arteria femoral superficial derecha de 5,6 cm de tamaño máximo con trombo mural (Figuras 2 y 3).

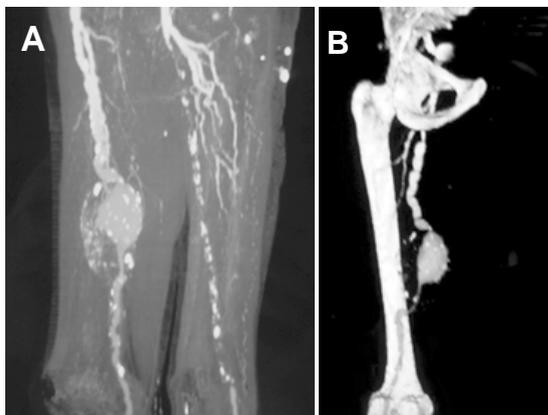


FIGURA 2 A y B. Tomografía computada y reconstrucción topográfica muestra un aneurisma de arteria femoral superficial de 5,6 cm de diámetro.



FIGURA 3. Angiografía muestra arteria femoral superficial aneurismática con una zona de mayor dilatación.

Es intervenido quirúrgicamente en forma electiva, encontrando una arteria aneurismática que estaba en íntimo contacto con la vena femoral, la que estaba trombosada. Se realizó una ligadura

proximal a nivel de femoral superficial y distal en primera porción poplítea, más una resección completa del aneurisma. Se restituyó el flujo con la interposición de una prótesis de PTFE anillada de 6 mm desde arteria femoral común derecha a tercera porción poplítea (Figuras 4 y 5).

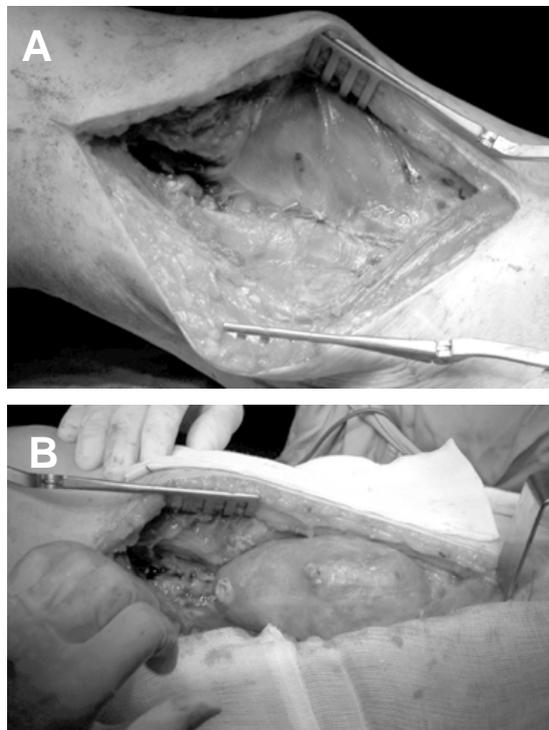


FIGURA 4. A y B. Fotografías intraoperatorias que muestran la gran dilatación aneurismática de arteria femoral superficial la que es resecada completamente y es reemplazada por Goretex de 6 mm de diámetro.



FIGURA 5. Pieza quirúrgica cuya histopatología confirma la dilatación aneurismática de la arteria de origen arteriosclerótico.

El paciente evolucionó sin complicaciones y fue dado de alta al séptimo día postoperatorio. El índice tobillo/ brazo postoperatorio fue de 1,22 a derecha y 0,66 a izquierda.

La biopsia de la pieza operatoria mostró una dilatación aneurismática de la arteria de origen arteriosclerótico.

DISCUSIÓN

Los aneurismas de las arterias periféricas están asociados a factores etiológicos como sífilis, arteritis infecciosa, arteritis autoinmune o inflamatoria o, inflamación del tejido cartilaginoso como el síndrome de Ehlers-Danlos. En ausencia de un claro factor etiológico, muchos aneurismas son por degeneración arteriosclerótica.

La incidencia del aneurisma de la arteria femoral superficial, según el estudio de Papadoulas³, es de un 1,5% de los aneurismas con un 18% de bilateralidad. De éstos, un 40 a un 69% presentan asociación con aneurismas aortoiliacos, un 54 % con aneurisma de arteria poplítea² y un 27% se asocia con otros aneurismas periféricos, por ello la importancia de la búsqueda de aneurismas de otras localizaciones al tiempo del diagnóstico y un seguimiento periódico de estos pacientes. Se define aneurisma de arteria femoral superficial, como una dilatación de ésta de 2 o más centímetros de diámetro. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes sexo masculino en 95 % y con una edad media de 75 años con rangos de 61 a 91 años². Un 77% de los pacientes son sintomáticos y se presentan como isquemia crónica, masa dolorosa y pulsátil, dolor por irritación o compresión nerviosa, edema y varicosidad o trombosis por compresión de vena femoral. La ruptura se estima en un 46 % y ésta puede estar contenida por los músculos y la fascia del compartimiento, por lo que puede ser tolerado hasta 4 días, como lo comunica Papadoulas⁴. Se describen otras complicaciones tales como trombosis en un 16 a 42% embolización distal o compresión de estructuras vecinas.

El estudio de imágenes se debe de realizar con Ecodoppler, Angio-TAC, para poder ver la extensión proximal y distal, diferenciarlo de los pseudoaneurisma y mostrar su relación con las

estructuras vecinas. Además el AngioTAC nos serviría para descartar la presencia de aneurismas de otras localizaciones. La arteriografía o RM son exámenes que nos sirven para ver el flujo salida, sobre todo en pacientes con síntomas isquémicos y así poder planificar el tipo de cirugía.

La morbilidad y mortalidad de los pacientes no intervenidos quirúrgicamente es alta, sobre todo por el alto riesgo de trombosis 42% y amputación mayor. Pappas et al⁵ 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 de 2 o más cm de diámetro.

Así como en otros aneurismas periféricos, la reparación consiste en ligadura proximal y distal de la 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 rodilla, compromiso poplíteo, infección o necrosis distal. Otros autores como Sapiencia⁶ abogan por la utilización de material protésico como Dracon 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 84,7% y 88,9%, respectivamente, con un 100% de salvamento de extremidades a 10 años. Debido al escaso número de pacientes, no existen estudio randomizados que comparen las diferentes técnicas quirúrgicas.

Las técnicas de reparación endovasculares de los aneurismas de arteria femoral superficial están poco experimentadas, debido a ello existe un escaso numero de reportes con un numero limitado de paciente. Autores como Sembeek⁷ reporta el tratamiento de 2 aneurismas de 8 y 4 cm de largo con *stent* tipo Palmaz recubiertos de PTFE con seguimiento de 30 y 27 meses sin complicaciones.

Creemos que esta técnica está aún en desarrollo en espera de endoprótesis prefabricadas, que sean más seguras, para así realizar estudios comparativos con la técnica tradicional.

REFERENCIAS

1. Rigdon E, Monajjem N: Aneurysms of the superficial femoral artery: A report of two cases and review of the literature: *J Vasc Surg* 1992; 16: 790-3.
2. Jarret F, Makaroun M, Rhee R, Bertges D: Superficial femoral artery aneurysms: An unusual entity? *J Vasc Surg* 2002; 16: 571-4
3. Baird RJ, Gurry JF, Kellam J, Plume SK: Arteriosclerotic femoral artery aneurysms. *Can Med Assoc J* 1977; 117: 1306-7
4. Papadoulas S, Skroubis G, Marangos N, Kakkos K, Tsolakis J: Ruptured aneurysms of superficial femoral artery. *Eur J Vas Endovasc Surg* 2000; 19: 430-2
5. Pappas G, Janes JM, Bernatz PE Schirger A: Femoral aneurysms. Review of surgical management. *JAMA* 1964; 190: 489-93
6. 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
7. van Sambeek M, Gussenhoven E, van der Lugt A, Honkoop J, du Bois N, van Urk H: Endovascular Stent-Grafts for aneurysms of the femoral and popliteal arteries. *Ann Vasc Surg* 1999; 13: 247-53