

Aneurisma iliofemoral

COMENTARIOS A PROPOSITO DE UN CASO

NORBERTO GALINDO PLANAS

Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital de San Rafael
Barcelona (España)

El aneurisma iliofemoral de origen arteriosclerótico es de los menos frecuentes en incidencia. Según la estadística de **Pappas**, en un estudio de 115 aneurismas femorales vistos desde 1950 a 1963 en la Clínica Mayo, los iliofemorales se dieron en un 14 %, mientras que los de femoral común alcanzaron un 27 %, los de femoral superficial un 26 %, los femoropoplíteos un 13 % y los de femoral profunda un 1 % (1).

Claro está que en todo paciente arteriosclerótico el hecho de encontrarle un aneurisma femoral no excluye la presencia de otros aneurismas en otros territorios, o bien creer, como ocurrió en el caso que vamos a presentar, que se trata de un aneurisma de femoral común y comprobar en el momento operatorio que dicho aneurisma se continúa hacia la ilíaca.

Ante todo aneurisma arterial periférico está justificado intervenir quirúrgicamente con objeto no sólo de evitar las molestias subjetivas que pueda presentar el paciente sino también con miras a evitar las complicaciones a que pueda dar lugar, como embolias distales, trombosis, ruptura del aneurisma y compresión de estructuras vecinas.

La mayoría de autores están de acuerdo respecto al tratamiento de los aneurismas femorales: uso de prótesis tipo Dacron en los extensos e injerto venoso autógeno en los poco extensos. Aunque, muchas veces es imposible la colocación de injertos venosos debido al calibre de la vena resecada (2).

Ahora bien, cuando se trata de aneurismas iliofemorales donde no es posible encontrar proximalmente un segmento arterial con calibre susceptible de serle anastomosado un injerto, el tratamiento sufre algunas variantes. Lo más adecuado parece ser, entonces, la ligadura proximal y la colocación de un injerto de Dacron aortafemoral o iliofemoral si el aneurisma no incluye toda la ilíaca.

El caso que nos ocupa no presentó este dilema o esta contrariedad, pues se trataba de un paciente al que ya se le había amputado la extremidad a consecuencia de un accidente laboral.

PRESENTACION DEL CASO

Varón de 65 años de edad. Acude a nuestro Servicio por presentar una tumecación pulsátil en la región inguinal derecha. Según manifiesta el enfermo, su

volumen ha ido aumentando en el transcurso de los últimos tres años. Hace diez años sufrió un accidente de trabajo al caerle encima una pieza de transporte de dos toneladas de peso, produciéndole el aplastamiento de la extremidad inferior derecha. A consecuencia de dicho accidente tuvo que ser amputado a nivel del tercio medio del muslo.

Después del accidente transcurrieron siete años sin problemas, pero en los últimos tres años apareció un dolor urente en el muñón, con crisis de exacerbación provocadas según la postura que adoptaba durante el reposo en cama. Poco a poco estos dolores fueron en aumento, a medida que coincidía con la aparición de un pequeño bulto en la región inguinal. Con anterioridad no había reparado en

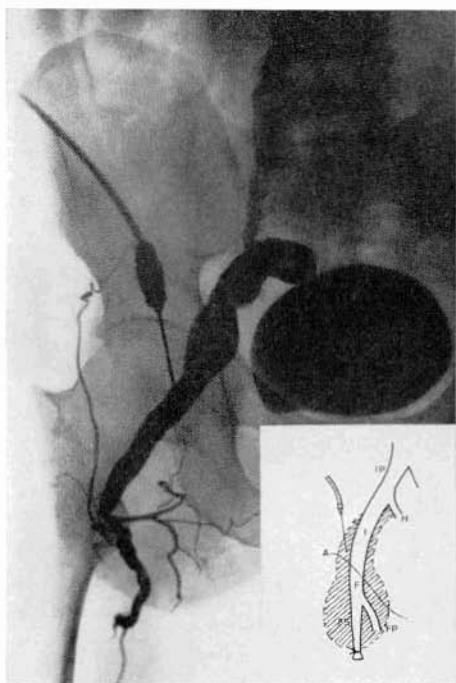


FIG. 1



FIG. 2

FIG. 1. Arteriografía femoral percutánea, por encima de la masa pulsátil del aneurisma. Esquema: representación de las dimensiones reales del aneurisma y sus relaciones anatómicas. IP, ilíaca primitiva. I, iliaca externa. F, femoral comun. FS, femoral superficial. FP, femoral profunda.

FIG. 2. Aspecto que presentaba el aneurisma una vez disecado y colocadas las cintas de goma de seguridad. Obsérvese cómo la parte distal está bien delimitada, continuándose con una femoral superficial normal, y en cambio la parte proximal no está delimitada.

la existencia del bulto, aunque quizás fuera debido a la ausencia de molestias. Las crisis dolorosas se localizaban en la ingle y en el muñón.

Al principio llevaba una prótesis que toleraba de modo relativo, si bien desde hacía un año no podía tolerar su presión sobre el muñón ni siquiera toleraba el roce de la sábana.

Pensar en un muñón doloroso después de diez años es algo extraño, por lo que nos inclinamos a pensar en que la masa pulsátil de la región inguinal, que

era del tamaño de una mandarina, podría ser la responsable de estas crisis neurológicas por compresión del nervio crural.

Practicamos una aortografía translumbar, poco demostrativa debido a defecto de repleción de la cavidad aneurismática, por lo que recurrimos a una arteriografía puncionando por encima de la tumoración, a unos tres centímetros sobre el pliegue inguinal (fig. 1). Esta arteriografía reveló la presencia de una arteria ilíaca aneurismática, sin relleno del saco aneurismático femoral debido probablemente a estar ocupado por trombos.

En los antecedentes patológicos de este paciente, aparte del accidente mencionado, no existe más que una hipertensión arterial de 200/120 mm Hg desde

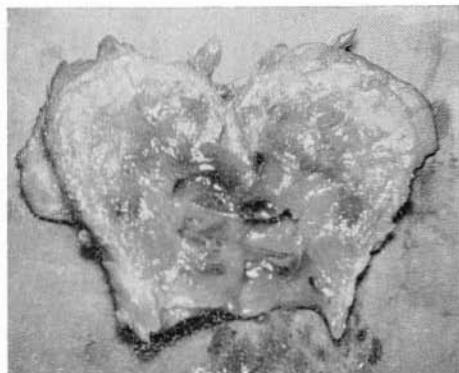


FIG. 3

FIG. 3. El aneurisma abierto por su mitad.

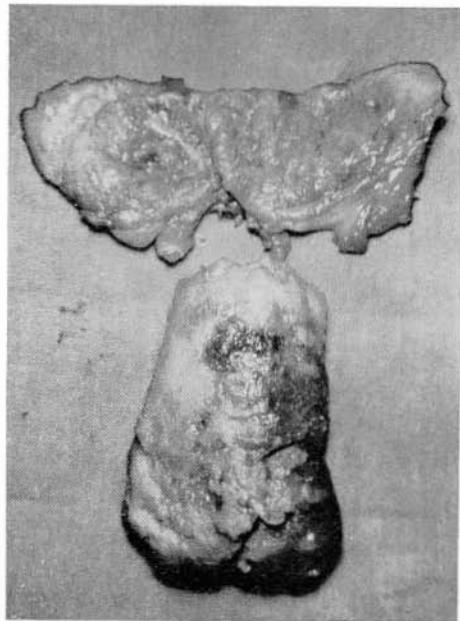


FIG. 4

siete años antes, dato importante ya que la hipertensión parece incrementar la formación de aneurismas (3).

Intervención. Cirujano, N. Galindo. Ayudante, D. Abarca. Anestesista, P. Giralte. Se practica amplia incisión longitudinal en la región inguinal, desde unos cuatro centímetros por encima del pliegue inguinal hasta unos diez centímetros por debajo. Disección del saco aneurismático y colocación de cintas de seguridad en la parte distal y proximal (fig. 2). En vista de que esta última no quedaba bien delimitada, pues el aneurisma se continuaba hacia arriba, fue clampada con una pinza de Satinsky y seccionada, practicándose una sutura del saco seccionado con seda del nº 2. A continuación se resecó el aneurisma. De esta manera la táctica

quirúrgica sufrió un cambio, pues nuestra idea al principio de la operación era la de colocar un injerto de Dacron de 8 mm con sutura terminoterminal entre los dos cabos arteriales para evitar la temida isquemia del muñón, ya que quedaba totalmente avascularizado. Sin embargo, como se puede apreciar en el esquema de la figura 1 y en la fotografía de la figura 2, la imagen real del aneurisma era desproporcionada respecto a la imagen angiográfica.

Esta desproporción siempre hay que tenerla en cuenta, pues casi nunca se consigue llenar con el contraste el verdadero volumen de los aneurismas.

A pesar de todo, el muñón no acusó la falta de riego sanguíneo, habiendo desaparecido las molestias, lo cual confirma la compresión que el aneurisma ejercía sobre el nervio crural.

Anatomía patológica de la pieza extirpada: Macroscópicamente, el aneurisma presentaba el tamaño de una naranja pequeña. Abierto por su mitad (fig. 3), presenta un gran engrosamiento de su pared después de haber extraído de su interior el gran trombo mural que ocluía parcialmente la luz arterial (fig. 4). Microscópicamente, se evidencia una pared arterial dotada de una amplia capa muscular media, con fenómenos de disociación de la textura de la misma, depósitos granulosos de sales cálcicas y zona ateromatosa en porciones internas de la pared arterial, con abundante número de células xantomatosas. Diagnóstico anatomo-patológico: Aneurisma arteriosclerótico (Dr. Moragas).

RESUMEN

Se presenta un caso de aneurisma iliofemoral de origen arteriosclerótico, cuya complicación era la de producir una cruralgia que impedía descansar al paciente. Fue intervenido quirúrgicamente, creyendo en un aneurisma de la arteria femoral común puesto que a la palpación quedaba muy bien delimitado el abultamiento inguinal y la contrastografía no consiguió llenar la verdadera dimensión del aneurisma. Esto obligó a cambiar la táctica operatoria, practicando simplemente la extirpación del aneurisma y una sutura reforzada del muñón proximal por encima del arco crural, decisión que vino potenciada por el hecho de que al paciente le faltaba ya la extremidad inferior de este lado y lo único que se perseguía era eliminar la compresión nerviosa que ejercía la masa tumoral.

SUMMARY

A case of cruralgia due to compression by an arteriosclerotic iliofemoral aneurysm is presented. Arteriographic diagnosis was femoral aneurysm. During surgery, an iliofemoral aneurysm was found. Since the patient had an amputation of his leg some years before, excision of the aneurysm, not followed by prothesis replacement was performed.

BIBLIOGRAFIA

- Pappas, George:** Femoral aneurysms. «J.A.M.A.», 190:489, 1964.
Sobregrau, R. C. de; Pacheco, J.; Viver, E.; Galindo, N.: Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arteriales periféricos. «Hospital General», 6:3, 1966.
Allen, Barker, Hines: «Peripheral Vascular Diseases». W. B. Saunders C.º, Philadelphia & London, 1962; página 426.