

CASOS CLINICOS

Aneurisma micótico de tronco tibio-peroneo: aportación de un caso y revisión bibliográfica

Marinel·lo, J. - Alos, J. - Carreño, P. - Amedlla, C.

Unitat de Angiologia y Cirugia Vascular
Consorci Sanitari de Mataró
Mataró, Barcelona (España)

RESUMEN

Tras resaltar la rareza de los aneurismas de localización infrapoplítea, los autores exponen un caso aún más raro, de etiología micótica, localizado en el tronco tibio-peroneo, con sus dificultades diagnósticas. Se acompañan una serie de consideraciones sobre el tema.

SUMMARY

After emphasizing the rarity of some infrapopliteal aneurysm, the authors show an even more uncommon case of mycotic etiology, located in the tibia-perone trunk, with its difficulties as far as diagnosis is concerned. We are enclosing a set of considerations on the subject.

Introducción

Los aneurismas de localización infrapoplítea son una entidad de rara presentación, cifrándose su incidencia sobre el 0.5% del total de la patología aneurismática. Dentro de este reducido grupo, el mayor porcentaje corresponde a etiología traumática, y en la literatura existen contadas publicaciones sobre los de etiología micótica.

Los autores aportan un caso de aneurisma micótico de tronco tibio-peroneo, comentando su resolución quirúrgica y revisando los estándares de filiación.

El interés del caso está motivado por la escasa

incidencia de esta patología y por las dificultades de su correcto diagnóstico etiológico y, en menor medida, por su resolución técnica, que estimamos no presenta excesiva problemática adicional a las demás lesiones del sector.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 65 años, que en junio de 1994 consulta por clínica de edema de extremidad inferior izquierda y parestesias a nivel del pie, de instauración progresiva en las últimas cuatro semanas, y sin antecedente traumático en la zona.

En sus antecedentes clínicos cabe reseñar Diabetes Mellitus tipo II de tres años de evolución, tratada mediante hipoglucemiantes orales; Hipertensión Arterial de once años de evolución, compensada con dieta hiposódica y Endocarditis Bacteriana en 1990.

En los ocho meses anteriores a la consulta, el paciente presenta una alta frecuentación hospitalaria a causa de un Adenocarcinoma de sigma (estadio de Dukes B₂, asociado a Hemartomas biliares múltiples, siendo intervenido en noviembre de 1993 mediante hemicolectomía izquierda (Hartman) más colostomía, siguiendo posteriormente quimioterapia (5 FU + Ergamisol).

En mayo de 1994 se le realiza el cierre de colostomía.

La exploración vascular objetiva pulsos periféricos a todos los niveles, a excepción del pedio izquierdo.

La Exploración Hemodinámica objetiva los siguientes datos: Índice de Pulsatibilidad en Curvas Doppler Bidireccional a nivel de Arteria Femoral Común: 10,3 derecho y 10,8 izquierdo.

A nivel Tibial: 14,7 derecho y 15,0 izquierdo.

Índice Maléolo/Brazo: 1,22 bilateral. TAS Humeral, 165 mm Hg.

Bajo anestesia local, se realiza estudio angiográfico, mediante punción y cateterismo retrógrado de la Arteria Femoral Común izquierda, con inyección de 50 cc de contraste iodado no iónico y seriación de 0 a 12 segundos (Fig. 1).



Fig. 1. Arteriografía mostrando el aneurisma infrapoplíteo en el Tronco Tibio-peroneo.

En la misma se objetiva formación sacular, de 34 x 38 mm en sus diámetros máximos a nivel infrapoplíteo, con un sector proximal permeable y morfológicamente dentro de la normalidad. Tronco tibioperoneo permeable hasta el pie, con ectasia discreta a nivel de la Arteria Tibial posterior y ausencia de Tibial Anterior.

Hemograma, VSG, recuento y fórmula dentro de la normalidad.

El 5 de julio de 1994, y bajo anestesia intrarraquídea, se procede a la resección de la masa aneurismática, mediante abordaje látero-interno en tercio superior de pierna, con disección y control previos de primer segmento de poplíteo y tibial posterior como medidas de control de sangrado en caso de una eventual ruptura del saco aneurismático en las maniobras de disección.

Durante la misma, se libera el plexo nervioso, englobado y a tensión en el sector externo del saco aneurismático, y se consigue liberar el mismo en sus 3/4 partes (Fig. 2).

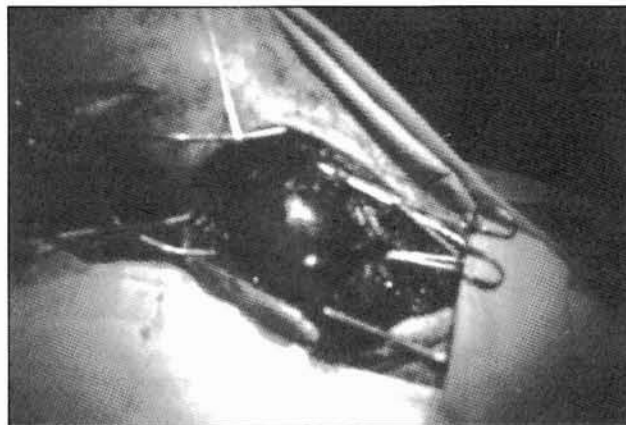


Fig. 2. Imagen operatoria de liberación del aneurisma.

La disección en la cara interna presenta más dificultades por la fibrosis y adherencias del aneurisma al tronco venoso tibio-peroneo, que se lesiona en dos ocasiones. Por este motivo, se opta por la apertura del saco y resección subtotal de la masa aneurismática, en la que se evidencia importante trombo intraluminal (Fig. 3).

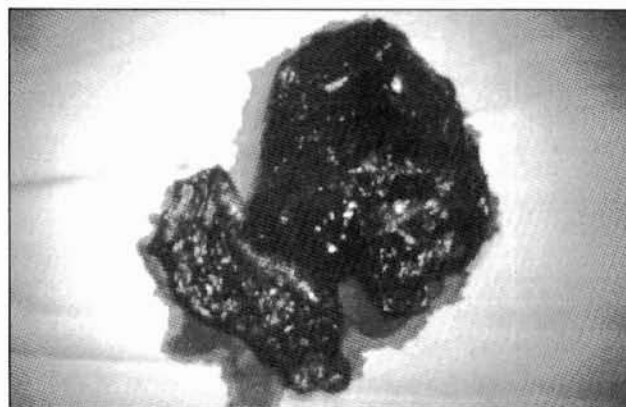


Fig. 3. Aneurisma reseado mostrando trombos intramurales.

Se procede a la extracción de vena safena interna proximal y se restablece la continuidad vascular mediante «by-pass» con vena invertida, en anastomosis término-terminal proximal y distal, de tercer

segmento de arteria poplítea a la bifurcación tibio-peronea.

El post-operatorio cursa sin incidencias reseñables, a excepción de un edema valorable en la zona distal de la extremidad, que remite con vendaje elástico. El enfermo es alta hospitalaria a los nueve días de la intervención, mostrando la angiografía postoperatoria la permeabilidad del injerto venoso y del tronco tibio-peroneo (Fig. 4).



Fig. 4. Arteriografía postoperatoria mostrando la permeabilidad del injerto venoso y del tronco tibio-peroneo.

A los 90 días el «by-pass» se mantiene permeable, con Índice Maléolo/Brazo de control de 1,24.

El análisis microbiológico de un fragmento de aneurisma no objetivó existencia de gérmenes, y el examen anatomopatológico informa de cambios degenerativos en las tres capas de la pared arterial, con infiltrados leucocitarios en la zona medio-intimal.

Discusión

Como ya se ha mencionado, y excluidos los secundarios a traumatismos ocasionales o iatrogénicos, existen contados precedentes bibliográficos de aneu-

rismas ubicados en sectores distales a la arteria poplítea.

Kempczinski (1) publica en 1992 un caso de aneurisma de tronco tibio-peroneo en un paciente que, dieciocho meses antes, había padecido una endocarditis bacteriana. En función de este precedente clínico, lo diagnostica como micótico y concluye que es el primer caso descrito en la literatura anglosajona.

En la literatura reciente consultada, hemos hallado únicamente otro caso de aneurisma ubicado en tronco tibial, publicado por Hasaniya (2) en 1993, y en esta ocasión, secundario a poliarteritis nudosa. La clínica inicial fue de ruptura seguida de síndrome compartimental, y sus autores afirman no haber encontrado precedente similar en la bibliografía consultada.

No obstante, nos constan tres aportaciones recientes en el último Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular («Abstracts» Congreso Nacional Angiología y Cirugía Vascular. Salamanca, junio 1994).

En el caso descrito, el dictamen microbiológico fue negativo para la existencia de gérmenes, y el examen microscópico de la pared del saco aneurismático no pudo diferenciarlo de la estructura común de los arterioescleróticos.

En base a los estándares de clasificación etiológica de los aneurismas, publicados en 1991 por la International Society for Cardiovascular Surgery (3), los antecedentes patológicos recientes, la historia clínica evolutiva del paciente y del propio aneurisma permiten realizar el diagnóstico etiológico de aneurisma infeccioso.

En este caso se observa la asociación de tres circunstancias a nivel general: la endocarditis, la prolongada frecuentación hospitalaria y la inmunosupresión.

El rápido crecimiento del aneurisma y su considerable tamaño, a pesar de tratarse del tronco tibio-peroneo, son igualmente aspectos fisiopatológicos favorables a su etiología infecciosa.

En este sentido, nos parece correcto el criterio expresado por diversos autores (4, 5) de sospechar la etiología micótica ante el crecimiento rápido de un aneurisma periférico en pacientes de edad avanzada sometidos con anterioridad a terapéuticas médico-quirúrgicas complejas, en particular, si padecen procesos neoplásicos, son diabéticos o han sido immuno-

deprimidos. En tales circunstancias, la pared arterial, ya sea por una lesión previa intimal o a través de los vasos nutricios adventiciales, tendría una mayor sensibilidad para contraer infección, dándose especialmente esta circunstancia a partir de los cincuenta años.

BIBLIOGRAFIA

1. KEMPCINSKI, R. F.; AKERS, D. L.; FOWL, R. J.: Mycotic aneurysm of the tibioperoneal trunk: case report and review of the literature. *J Vasc Surg*, 1992, 128-131.
2. HASANIYA, N.; KATZEN, J. T.: Acute compartment syndrome of both lower legs caused by ruptured tibial artery aneurysm in a patient with polyarteritis nodosa: a case report and review of literature. *J Vasc Surg*, 1993, 79-85.
3. JOHSTON, K. W.; RUTHERFORD, R. B.; TILSON, M. D.; SHAH, D. M.; HOLLIER, L.; STANLEY, J.C.: Reporting Standards for Aneurysms. *J Vasc Surg*, 1991, 13.
4. CALVO, J.; MUNDI, N.; CARDONA, M.: Aneurisma micótico de arteria femoral rupturado por Salmonella Typhimurium. *Angiología*, 1993, 45, 6.
5. LLIBRE, J. M.; TOR, J.; INARAJA, L.; FOZ, M.: Arteritis por salmonella enteritidis. *Medicina Clínica*, 1986, 86, 16.