

Compresión de la vena femoral asociada a quistes intra y extravasculares: a propósito de dos casos

L. Leiva-Hernando, A. Arroyo-Bielsa, J. Porto-Rodríguez,
R.F. Montero-Mendizábal, J. Gil-Sales, R. Gesto-Castromil

COMPRESIÓN DE LA VENA FEMORAL ASOCIADA A QUISTES INTRA Y EXTRAVASCULARES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Resumen. Introducción. La patología quística de origen articular en la región inguinal incluye entidades de localización intra y extravascular difíciles de clasificar debido a que su presentación clínica es poco específica. Presentamos dos casos de compresión sintomática de la vena femoral provocados por un higroma quístico y un quiste adventicial. Casos clínicos. Caso 1: mujer de 38 años que acude a urgencias por edema de la pierna izquierda de tres semanas de evolución. En el estudio ecográfico se evidencia una estructura quística en la región inguinal que produce la obstrucción de la vena femoral común. Tras el vaciamiento y la exéresis del quiste, se dio de alta a la paciente con desaparición de la clínica. El resultado del examen patológico fue un higroma quístico. Caso 2: varón de 61 años con clínica ortostática en la pierna izquierda de 20 años de evolución. El eco-Doppler objetivó la incompetencia del cayado de la safena interna y una masa quística, comunicada con la cadera, que comprime la vena femoral común. El tratamiento fue la quistectomía asociada a cirugía de varices con una buena evolución clínica. El material se etiquetó de quiste adventicial venoso. Conclusiones. Es importante tener en cuenta estas infrecuentes situaciones de aumento del perímetro unilateral, no doloroso, principalmente en pacientes que refieran esta clínica sin causa que lo justifique. Por ello, es primordial hacer un amplio diagnóstico diferencial para evitar errores diagnósticos y terapéuticos. En ambos casos, es necesario un diagnóstico preciso. El tratamiento de elección consiste en el vaciamiento y la resección de la lesión, con lo que se consigue restablecer el flujo venoso. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 67-72]

Palabras clave. Degeneración quística adventicial. Enfermedad quística adventicial. Higroma quístico. Quiste adventicial. Tumoración inguinal. Vena femoral.

Introducción

Bajo el término 'patología quística' se incluye un amplio espectro de lesiones de origen intra y extravascular. En ocasiones, estas entidades son difíciles de clasificar, a pesar de que disponemos de una gran

variedad de técnicas de imagen, ya que los síntomas referidos pueden distorsionar la causa real. Lo primero que debemos descartar es la trombosis venosa profunda, aunque una gran variedad de patologías, como tumores, fibrosis retroperitoneal, aneurismas arteriales, etc., puede reproducir estos hallazgos. La degeneración quística mucosa es una entidad bien reconocida, especialmente en la arteria poplítea; también puede aparecer en la vena, aunque con una frecuencia mucho menor. Asimismo, el higroma quístico constituye una lesión con una patogenia controvertida y, además, su presencia en la articula-

Aceptado tras revisión externa: 21.12.06.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Luis Leiva Hernando. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. Córdoba, s/n. E-28041 Madrid. E-mail: loo99k@yahoo.es

© 2007, ANGIOLOGÍA



Figura 1. Lesión quística adyacente con compresión de la vena femoral asociada.

ción coxofemoral es extremadamente rara. A este respecto, presentamos dos casos de compresión sintomática de la vena femoral debido a un higroma quístico y a un quiste adventicial venoso.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 38 años que presenta un edema de crecimiento progresivo en el miembro inferior izquierdo (MII) de tres semanas de evolución. El único antecedente referido fue la cirugía de luxación de cadera bilateral en la infancia. En la exploración sólo se objetivó un aumento del perímetro del MII, no doloroso sin masas palpables ni soplos. En el eco-Doppler se evidenció una tumoración de 23 x 32 mm posterior a la vena femoral que provocaba elentecimiento del flujo venoso femoral sin signos de trombosis. Desde este momento se pautó heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis profilácticas. Se realizaron una tomografía computarizada (TC) abdominopélvi-



Figura 2. Defecto de repleción de la vena femoral sugerente de compresión extrínseca.

ca y una resonancia magnética (RM) pélvica (Fig. 1) y se obtuvieron imágenes de una lesión quística íntimamente relacionada con los vasos femorales sugente de higroma frente a linfangioma. En la flebografía (Fig. 2) se objetivó un gran defecto de repleción de la vena femoral común izquierda con signos de compresión extrínseca por una masa adyacente.

Se realizó un tratamiento quirúrgico mediante una incisión inguinal izquierda y se encontró una tumoración no dependiente de los vasos femorales posterior a la vena femoral común que provocaba una reducción de la luz. Se evacuó el material mucinoso y se procedió a la resección de la lesión. Se dio de alta a la paciente dos días después sin edema en la

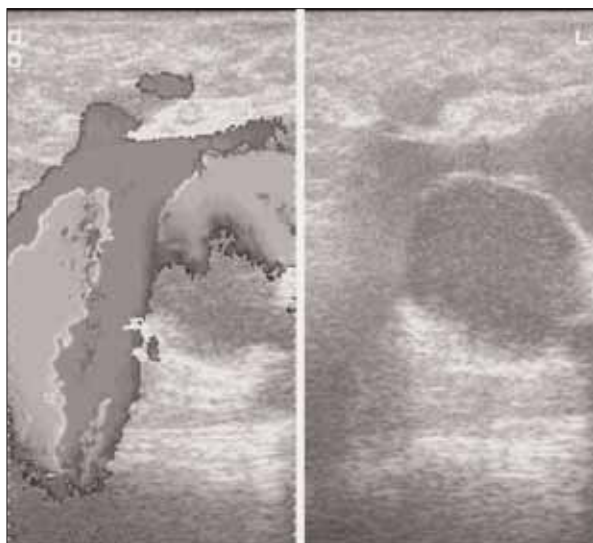


Figura 3. Reducción del calibre de la vena femoral secundario a la lesión adyacente, con flujo normal en la vena ilíaca externa.

extremidad. El resultado del análisis patológico fue un higroma quístico. Al alta de la paciente, se realizó un eco-Doppler venoso del MII que demostró permeabilidad del sector venoso iliofemoropoplíteo. Al mes, se revisó a la paciente en consulta, encontrándose asintomática, y se confirmó la permeabilidad del sistema venoso profundo con un nuevo eco-Doppler.

Caso 2

Varón de 61 años que acude a nuestro hospital con una clínica ortostática en el MII de 20 años de evolución por insuficiencia venosa crónica. Como antecedentes destacables refería enfermedad de Crohn y ser fumador y portador de virus de la hepatitis B. En la exploración se objetivaron varices de gran calibre a expensas de la safena interna sin signos de flebitis, sin masas palpables ni soplos en la ingle. El eco-Doppler (Fig. 3) demostró incompetencia grave del cayado de la safena interna izquierda y la presencia de una lesión quística en comunicación con la articulación de la cadera y que comprimía la vena femoral común.

Se intervino al paciente mediante un abordaje inguinal izquierdo y se objetivó un quiste adventicial en la cara posterior de la vena femoral común, el cual se resecó sin reconstrucción de la venosa asociada. Además, se procedió a la fleboextracción de la vena safena interna (*stripping* desde el tobillo) y de sus varices dependientes (microincisiones y gancho). En el postoperatorio, el paciente presentó una buena recuperación clínica por lo que se le dio el alta al día siguiente. El material obtenido se etiquetó por anatomía patológica de quiste adventicial venoso no complicado. En ningún momento el paciente recibió profilaxis con HBPM.

Discusión

Las masas quísticas extravasculares se describen ampliamente en la literatura médica anglosajona (quistes sinoviales, gangliones y bursas), aunque éste es el primer caso descrito de higroma quístico con compresión asociada de la vena femoral. Un higroma puede definirse como una masa benigna dependiente de una bursa superficial. Varios autores consideran que el término 'higroma quístico' es sinónimo de bursitis, aunque otros no están de acuerdo y, por tanto, continúa siendo una controversia [1].

Existen varias teorías etiopatogénicas: degeneración del tejido conjuntivo secundario a microtraumatismos repetidos, herniación de la membrana sinovial de una articulación al tejido adyacente, desplazamiento embriológico de la sinovial, etc.; sin embargo, la patogénesis exacta continúa siendo desconocida [2]. En el caso 1, el único antecedente fue una intervención por luxación de cadera en la infancia. La paciente no tenía antecedentes de traumatismos, artritis reumatoide, patología cardíaca, renal o hepática que pudieran justificar sus síntomas. En toda la bibliografía anglosajona revisada, éste constituye el primer caso que presenta tal lesión tras una luxación de cadera, aunque, teóricamente, cualquier patología

Tabla. Casos descritos previamente en la bibliografía.

Autor/año	Sexo	Edad (años)	Vena afectada	Clínica	Tratamiento
Gómez-Ferrer [6], 1966	H	43	Femoral común	Hinchazón/masa/dolor	Resección de pared
Mentha [7], 1973	M	30	Safena externa	Hinchazón/dolor	Extracción de vena
Leu et al [8], 1977	M	29	Vena del antebrazo	Hinchazón	Extracción de vena
Annetts et al [9], 1980	M	23	Femoral común	Hinchazón/masa	Resección de pared
Fyfe et al [10], 1980	H	42	Femoral común	Hinchazón/masa	Fenestración
O'Neill et al [11], 1987	H	61	Femoral común	Hinchazón/masa	Extracción de vena
Lie et al [12], 1991	H	40	Safena externa	Masa indolora	Extracción de vena
Paty et al [13], 1992	H	65	Femoral común	Hinchazón	Fenestración
Schraverus et al [16], 1997	H	56	Poplítea	Hinchazón	Extracción de vena
Desjardins et al [14], 1997	M	32	Femoral común	Hinchazón	Extracción de vena
Sugimoto et al [4], 2004	M	48	Femoral común	Hinchazón	Extracción de vena
Gasparis et al [5], 2004	H	37	Íliaca externa	Hinchazón (TVP)	Extracción de vena
Leiva-Hernando et al, 2007	M	61	Femoral común	Clínica ortostática	Resección de pared

M: mujer; H: hombre; TVP = trombosis venosa profunda.

ortopédica puede predisponer que aparezca este tipo de lesiones.

La enfermedad quística adventicial está bien descrita en el territorio arterial, especialmente, en la arteria poplítea con una incidencia estimada de 1/1.200 casos de claudicación [3,4]. Sin embargo, la enfermedad quística venosa es más rara [5]. A este respecto, sólo hay 12 casos descritos previamente en la bibliografía (Tabla); la vena femoral común es la localización más frecuente [6-12]. Todos los casos revisados, incluido el nuestro, fueron varones de edad media (rango: 40-65 años) sin antecedentes personales de interés y llegaron al hospital refiriendo un aumento del perímetro no doloroso de la extremidad inferior, que es el signo clínico más frecuente en la exploración. La etiología continúa siendo desconoci-

da; se han sugerido varios mecanismos de aparición: microtraumatismos repetidos, la presencia de células secretoras de mucina en el interior de la pared vascular procedentes de articulaciones adyacentes y la aparición de ganglios ectópicos en la adventicia. En el caso 2, aunque la tumoración se encontraba en contacto directo con la vena femoral, resulta muy difícil determinar si dicha compresión venosa actuó como estímulo para el desarrollo de la incompetencia de la unión safenofemoral y la dilatación progresiva del cayado y originó las varices dependientes de este territorio.

En ambas entidades clínicas, los síntomas de presentación son los mismos y, por eso, el diagnóstico clínico es casi imposible. Son necesarias varias técnicas de imagen para poder llegar a un diagnóstico

etiológico exacto. En nuestros casos, el eco-Doppler venoso fue el método de elección para descartar la trombosis venosa profunda y diagnosticar otras patologías, aunque en el caso 2 no fue capaz de discernir el origen de la masa inguinal. Disponemos de otras pruebas de imagen que podemos utilizar para delimitar la lesión (TC, RM, etc.). El estudio flebográfico puede ser de utilidad para plantear el tratamiento quirúrgico, como ocurrió en el caso 1, aunque es más invasivo para el paciente. Sin embargo, el origen exacto de la lesión únicamente puede determinarse durante el acto quirúrgico.

El tratamiento de elección en ambos casos fue la evacuación del contenido quístico (transadventicial o transluminal) y la exéresis de la masa; así, se devolvieron el calibre a la vena y un flujo venoso normal, aunque existen otras opciones: resección y reconstrucción del segmento venoso afectado, fenestración; se ha descrito el drenaje de la lesión guiado por imagen e inicialmente ha tenido éxito y ha reducido

el efecto de masa, pero la evacuación incompleta tiene un alto porcentaje de recurrencia [12-16].

En conclusión, la patología quística extravascular está bien documentada en la bibliografía, aunque éste es el primer caso descrito como hígroma quístico con compresión venosa asociada. La enfermedad quística adventicial se ha descrito ampliamente en el territorio arterial poplíteo; sin embargo, sólo existen 12 casos de afectación venosa. La localización más frecuente es la vena femoral común. En ambos casos es necesario un diagnóstico preciso y el tratamiento de elección es el vaciamiento y la resección de la lesión, con lo que se restablece el flujo venoso. Es importante considerar estas infrecuentes situaciones de aumento del perímetro unilateral de los miembros inferiores, no doloroso, principalmente en pacientes que refieran esta clínica sin causa que lo justifique. Por ello, es primordial hacer un amplio diagnóstico diferencial para evitar errores diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

1. Gale SS, Fine M, Dosick SM, Whalen RC. Deep vein obstruction and leg swelling caused by a femoral ganglion. *J Vasc Surg* 1990; 12: 594-5.
2. Bystrom S, Adalberth G, Milbrink J. Giant synovial cyst of the hip: an unusual presentation with compression of the femoral vessels. *Can J Surg* 1995; 38: 368-70.
3. Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J, Weinstein E. Baker's cyst mimicking the symptoms of deep venous thrombosis: diagnosis with venous duplex scan. *J Vasc Surg* 1997; 25: 658-62.
4. Sugimoto T, Yamamoto K, Tanaka S, Saitou N, Kikuchi C, Motohashi S, et al. Adventitial cystic disease of the femoral vein: report of a case. *Surg Today* 2004; 34: 286-8.
5. Gasparis AP, Wall P, Ricotta JJ. Adventitial cystic disease of the external iliac vein presenting as deep venous thrombosis. A case report. *Vasc Endovascular Surg* 2004; 38: 273-6.
6. Gómez-Ferrer F. Cystic degeneration of the wall of femoral vein. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1966; 7: 162-5.
7. Mentha C. La degenerescence mucoide de veines. *Presse Med* 1973; 71: 2205-6.
8. Leu HJ, Rutner JR. Pathologie, klinik, radiologie und chirurgie der zystischen. Adevetia-degeneration peripherer blutgefasse. *Vasa* 1977; 6: 94-9.
9. Annetts DL, Graham AR. Cystic degeneration of the femoral vein: a case report. *Br J Surg* 1980; 67: 287-8.
10. Fyfe NC, Silckocs PB, Browne NL. Cystic mucoid degeneration in the wall of the femoral vein. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1980; 21: 703-6.
11. O'Neill JS, Drury RA, Bliss BP. Cystic myxomatous degeneration of the femoral vein. *Eur J Vasc Surg* 1987; 1: 359-61.
12. Lie JT, Jensen PL, Smith RE. Adventitial cystic disease of the lesser saphenous vein. *Arch Pathol Lab Med* 1991; 115: 946-8.
13. Paty PS, Kaufman JL, Koslow AR, Chang BB, Leather RP, Shah DM. Adventitial cystic disease of the femoral vein: a case report and a review of the literature. *J Vasc Surg* 1992; 15: 214-7.
14. Desjardins JF, Turlin B, Kerdiles Y, Ledu J, Clement B. Cystic degeneration of the femoral vein. *Lancet* 1997; 349: 1000.
15. Elster EA, Hewlett S, De Rienzo DP, Donovan S, Georgia J, Yavorski CC. Adventitial cystic disease of the axillary artery. *Ann Vasc Surg* 2002; 16: 134-7.
16. Schraeverus P, Dulieu J, Mailleux P, Coullier B. Cystic adventitial disease of the popliteal vein: a report of a case. *Acta Chir Belg* 1997; 97: 90-2.

**COMPRESSION OF THE FEMORAL VEIN ASSOCIATED WITH
INTRA AND EXTRAVASCULAR CYSTS: TWO CASE REPORTS**

Summary. Introduction. Cystic pathologies that originate in the joints in the inguinal region include conditions with intra and extravascular locations that are difficult to classify because of their unspecific clinical presentation. We report two cases of symptomatic compression of the femoral vein caused by a cystic hygroma and an adventitial cyst. Case reports. Case 1: a 38-year-old female who visited the emergency department after a three-week history of oedema in the left leg. The ultrasonography study showed a cystic structure in the inguinal region that produced obstruction of the common femoral vein. After emptying and excision of the cyst, the patient was discharged with no clinical symptoms. The result of the pathology examination was a cystic hygroma. Case 2: a 61-year-old male with a 20-year history of stance dysfunction in the left leg. The Doppler ultrasound recording revealed the incompetence of the saphenous-femoral junction and a cystic mass that communicated with the hip and compressed the common femoral vein. Treatment consisted in a cystectomy in association with varicose vein surgery; clinical progress was good. The material was labelled as a venous adventitial cyst. Conclusions. It is important to bear in mind these infrequent, painless, situations involving a unilateral increase in perimeter, especially in patients who report these clinical features without there being any justifying cause. It is therefore essential to carry out a wide-ranging differential diagnosis to prevent errors in the diagnosis and therapy. In both cases, the diagnosis must be precise. The preferred treatment consists in emptying and resection of the lesion, and venous flow is restored. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 67-72]

Key words. Adventitial cyst. Adventitial cystic degeneration. Adventitial cystic disease. Cystic hygroma. Femoral vein. Inguinal tumour.