

Problemas de diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de la arteria poplítea (*)

JOSE A. ALEMANY

Departamento de Angiología de la «Knappschafts-Krankenhaus»
Bottrop (Alemania)

Los aneurismas de la arteria poplítea presentan, incluso en nuestros días, problemas de diagnóstico y de tratamiento que muchas veces sólo es posible resolverlos durante la operación.

Si bien la frecuencia de estos aneurismas es relativamente escasa, el progreso de la angiocirugía y en especial el aumento de las operaciones reconstructivas vasculares en el sector poplíteo tibial han contribuido a diagnosticarlos más a menudo.

Su tanto por ciento es mayor en el número de operaciones reconstructivas que en el de radiografías practicadas en las clínicas angiológicas, debido a que un número elevado de ellos sólo se reconocen cuando sufren su complicación más frecuente: la obliteración.

En nuestra clínica representa el 1.5 % del total de operaciones reconstructivas vasculares efectuadas (2.040) en los últimos diez años.

El motivo de esta comunicación es el de referir nuestra todavía escasa experiencia en 37 casos donde, antes o más a menudo durante la operación, hallamos un aneurisma verdadero o falso, practicando una operación reconstructiva.

En su mayoría se trató de aneurismas verdaderos (31 casos) en una de sus tres formas: sacciforme, fusiforme o mixta. En 3 casos eran aneurismas traumáticos. Y, por último, en otros 3 nos encontramos con falsos aneurismas a causa de fallos en la sutura arterial en casos de reconstrucciones vasculares previas en el sector.

No incluimos en esta descripción los aneurismas de esta región no tratados por reconstrucción arterial, ya porque las lesiones isquémicas eran tan avanzadas que no lo permitían, ya porque sólo se realizó una resección o simpatectomía lumbar sin restablecer la continuidad vascular.

Aproximadamente un 60 % de los aneurismas relatados ingresaron en clínica por síntomas de oclusión arterial aguda o crónica, diagnosticándose casi todos en la operación dado que la arteriografía lo único que demostró fue la oclusión arterial.

(*) Comunicación presentada al I Coloquio Franco-Español de Angiología, Barcelona (España), 1971.

Es curioso el que en los casos agudos la historia clínica y la exploración preoperatoria nos inclinaron muchas veces a pensar en una embolia arterial por la frecuencia con que nos encontramos con afecciones cardíacas conocidas y electrocardiogramas patológicos.

Es por ello que no creemos necesaria la radiografía en estos casos agudos, por carecer, por lo habitual, de consecuencias terapéuticas. Más valor tiene la arteriografía peroperatoria, que nosotros realizamos de modo sistemático y que se nos ha mostrado un elemento imprescindible.

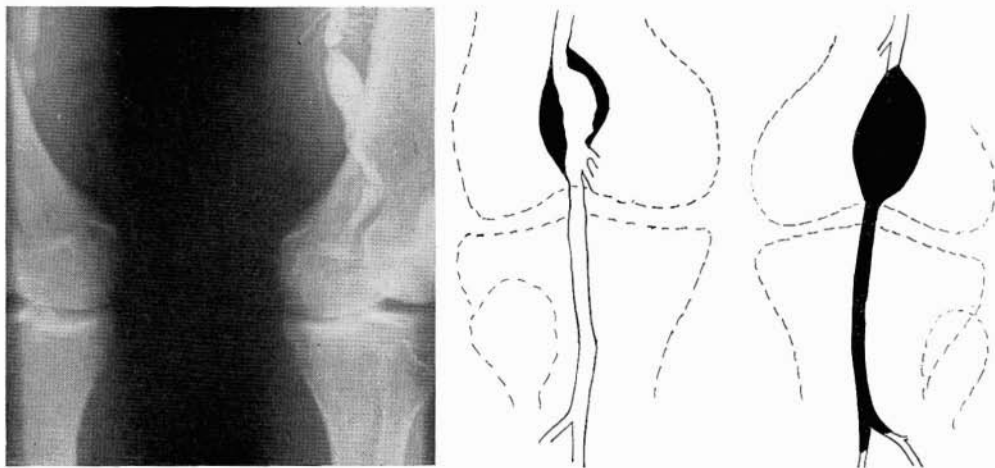


FIG. 1. — Sólo en raros casos la radiografía nos hizo sospechar la existencia de estos aneurismas, en algunos casos por comprobar un aneurisma contralateral, en otros por la presencia de calcificaciones aneurismáticas. Arteriografía y esquema.

Sólo en raros casos la radiografía nos hizo sospechar la existencia de estos aneurismas, en algunos casos por comprobar un aneurisma contralateral y en otros por la presencia de calcificaciones aneurismáticas (fig. 1).

En la mayoría de nuestros casos los síntomas no son demostrativos, ya que los aceptados en la actualidad (compresión nerviosa, compresión venosa, etc.), se han supervalorado y sólo los observamos en un escaso número de nuestros pacientes. Incluso aneurismas del tamaño que presenta el de la figura 2 pueden permanecer asintomáticos; su diagnóstico se efectuó en la operación, ejecutada por cuadro oclusivo agudo. Dicho paciente confesó retrospectivamente unas ligeras molestias que su médico interpretó como de reumatismo articular.

Esta pobreza sintomática se debe en parte a las particularidades anatómicas del hueco poplíteo, que lo podemos considerar como una cámara bien limitada en todas direcciones, cuyo plano posterior está constituido por la fuerte fascia poplíteo. En esta cámara circula la arteria poplíteo separada de los planos superficiales y profundos por un considerable espacio de grasa que permite una notable

dilatación de la arteria sin que altere en gran manera el resto del paquete vasculonervioso.

De todo ello deducimos que ante cualquier proceso agudo o crónico oclusivo de las extremidades inferiores con permeabilidad de la arteria femoral superficial podemos encontrarnos, y de hecho nos encontramos, con un número no despreciable de aneurismas de la poplítea.

En tales casos sólo la arteriografía peroperatoria de los vasos de la pierna desde la bifurcación poplítea o por debajo de ella es capaz de darnos la pauta a seguir en el tratamiento.

Incluso en casos en los que la arteriografía preoperatoria no es capaz de rellenar los vasos principales de la pierna nos encontramos con que, efectuada la arteriotomía de la poplítea o incluso de la tibial posterior y anterior, después o no de haber extraído un pequeño trombo con el catéter de Fogarty, aparece un

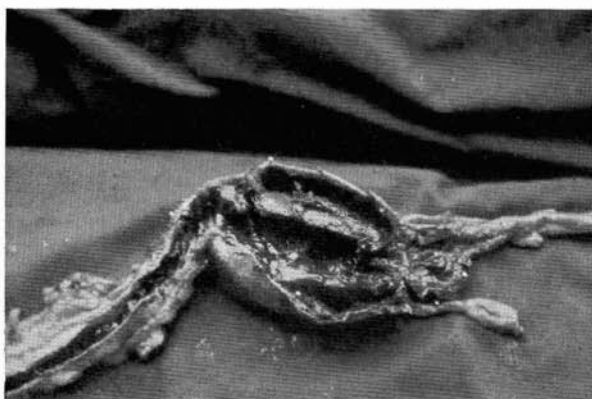


Fig. 2.

FIG. 2. — Incluso aneurismas del tamaño del de esta figura pueden permanecer asintomáticos. Su diagnóstico se efectuó en la operación, efectuada por cuadro oclusivo agudo.

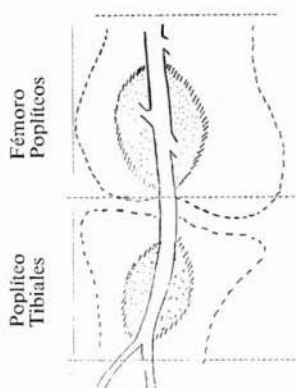


Fig. 3.

FIG. 3. — Según su situación anatómica cabe distinguir dos tipos de aneurismas poplíteos: fémoro-poplíteos y poplítea-tibiales.

flujo retrógrado sorprendentemente suficiente. La inyección de Urografín muestra un árbol arterial intacto en los tercios medio e inferior de la pierna.

El método de tratamiento así como el pronóstico de estos aneurismas dependen de su localización y etiología.

Según su situación anatómica cabe distinguir dos tipos (fig. 3):

- a) **Aneurismas fémoro-poplíteos**, desarrollados en la mitad superior de la arteria, siempre por encima del músculo poplíteo, que corresponde casi a la interlínea articular.
- b) **Aneurismas poplítea-tibiales**, situados por debajo del músculo poplíteo y afectando a veces el origen de las arterias tibiales.

En algunos de nuestros casos nos encontramos con el curioso fenómeno de que el aneurisma fémoro-poplíteo estaba limitado en su parte inferior por múscu-

los poplíteos hipertróficos que parecían haber impedido su crecimiento hacia la zona inferior.

La vía de acceso utilizada por nosotros es siempre igual. Preferimos la incisión lateral interna en el tercio inferior del muslo, así como en el tercio medio y superior de la pierna. Estas incisiones nos permiten una exposición adecuada de la arteria poplítea, de la femoral y de la tibial posterior en la longitud deseada sin tener que seccionar formaciones tendinosas o vasculonerviosas importantes. En algunos casos añadimos una incisión anterior en los tercios medio y superior de la pierna, entre tibia y peroné, para la exposición de la tibial anterior.

El tratamiento operatorio en los casos de aneurismas femoropoplíteos de origen arterioscleroso es fácil y consiste en un «by-pass» venoso desde la femoral hasta tercio inferior de la poplítea, con exclusión o resección del aneurisma, o extracción del contenido aneurismático (fig. 4).

De los 19 casos operados de esta manera por nosotros, ninguno sufrió complicaciones postoperatorias ni reobliteraciones precoces.

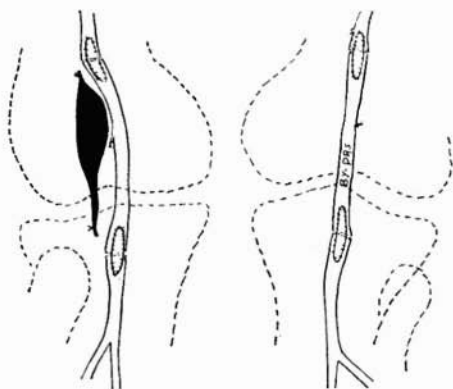


FIG. 4. — El tratamiento de los aneurismas femoro-poplíteos arteriosclerosos consiste en un «by-pass» venoso desde femoral a tercio inferior de poplítea, con exclusión o resección del aneurisma, o extracción del contenido aneurismático.

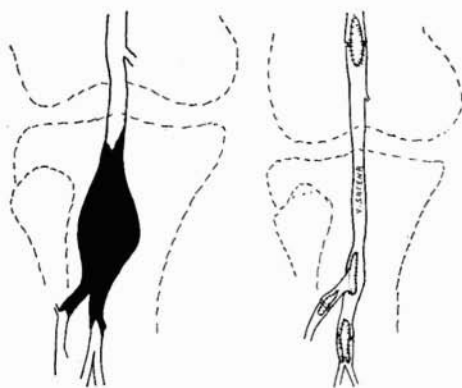


FIG. 5. — Técnica seguida en 10 casos de aneurismas poplíteo-tibiales. «By-pass» venoso desde femoral o tercio superior de poplítea hasta bifurcación inferior de ella.

Más complicado y de peor pronóstico es el tratamiento de los aneurismas del sector poplíteo-tibial y mucho peor todavía el de los aneurismas traumáticos o por deshicencia de las anastomosis, ya que en estos dos últimos casos se añade a las dificultades técnicas el gran peligro de la infección, requiriendo anastomosis a distancia de la localización de los aneurismas.

En 10 casos, después de la resección total o parcial del aneurisma, realizamos la restitución de la continuidad por medio de un «by-pass» venoso desde la arteria femoral o poplítea en su tercio superior hasta la bifurcación inferior poplítea, es decir inmediatamente por encima del origen de la peronea y tibial pos-

terior. La anastomosis fue casi siempre terminoterminal pero con plastia dilatadora en la anastomosis inferior (fig. 5).

En 4 casos practicamos un «by-pass» venoso supletorio hasta la arteria tibial anterior en su tercio medio o superior, lo que requiere una cuidadosa técnica. Su indicación es sólo cuando la tibial posterior está muy estenosada u ocluida en sus tercios medio e inferior.

Por último, en 4 casos en que la arteria o tejidos vecinos presentaban síntomas inflamatorios en la zona del aneurisma o en aneurismas por dehiscencia de la anastomosis nos vimos obligados a practicar un «by-pass» venoso largo, desde la femoral superficial hasta la tibial anterior o posterior en sus tercios medio o inferior, lo cual no sólo requiere una técnica cuidadosa sino también un tiempo no escaso.

Si, como hemos indicado, los resultados en las reconstrucciones arteriales por aneurismas de la poplítea en su mitad superior son buenos y la técnica operatoria relativamente sencilla, las operaciones reconstructivas por aneurismas poplíteo-tibiales requieren una cuidadosa técnica, un control per y postoperatorio perfecto, un flujo sanguíneo proximal suficiente y, a pesar de todo, los resultados son mucho más inferiores. De 18 casos operados observamos un 20 %, aproximadamente, de reobliteraciones entre uno y cinco años (Cuadro I).

CUADRO I

	Número de pacientes	Método utilizado	Reobliteraciones
ANEURISMAS	Fémoro-poplíteos	19 «By-pass» venoso fémoro-poplíteo	0
	Poplíteo-tibiales	18 «By - pass» fémoro - tibial «corto»	14 2
		«By - pass» fémoro - tibial «largo»	4 1

RESUMEN

El autor presenta su experiencia sobre 37 casos de aneurismas de la arteria poplítea, 31 arteriosclerosos, 3 traumáticos y otros 3 por dehiscencia de anastomosis vasculares, tratados por cirugía reconstructiva. Los resultados son distintos según el sector donde radica el aneurisma: buenos cuando se localiza en la parte superior de la poplítea (fémoro-poplíteos) y no tan buenos cuando se localiza en el sector inferior (poplíteo-tibiales) dando un 20 % de reobliteraciones entre uno y cinco años después.

SUMMARY

The author presents his experience in 37 aneurysms of the popliteal artery treated by direct surgery: 31 were arteriosclerotic, 3 traumatic and 3 due to dehiscence of vascular anastomosis. The femoro-popliteal artery is divided in two parts: the upper part or femoro-popliteal, and the lower part or popliteo-tibial. Results of surgical reconstruction are good in the first segment, and not so good in the second, where a 20 % of reobstructions were seen during a follow-up period of one to five years after surgery.