

Aneurisma roto de la Arteria Circunfleja Externa. Caso clínico y revisión de la literatura

Ruptured aneurysm of extern circumflex artery. Case report and bibliographic revision

Angel Barba Vélez - Luis Estallo Laliena - Lorenzo Rodríguez González - Santiago Gimena Funes

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital de Galdakao
Bizkaia (España)

Key words: Peripherycal Aneurysm; circumflex artery; rupture.

RESUMEN

Dentro de la enfermedad aneurismática, los aneurismas arteriosclerosos de la Arteria femoral profunda representan una mínima proporción, siendo aún más raros los de sus ramas. Presentamos el caso de un varón de 90 años con enfermedad polianeurismática y clínica sugestiva de rotura contenida de un aneurisma de Arteria femoral profunda derecha. Mediante TAC y Angiografía se identificó una rotura en el inicio de la Arteria circunfleja externa, rama de la Arteria femoral profunda. Se trató quirúrgicamente mediante resección y cierre proximal y distal de los cabos arteriales. Se hace una revisión bibliográfica de los últimos 10 años.

Palabras Clave: Aneurisma periférico; Arteria Circunfleja; Externa rotura aneurismática.

SUMMARY

Talking about aneurysmatic disease, atherosclerotic Aneurysms of the deep femoral artery represent a minimal proportion of the hole. We report on the case of a 90 year old male with polianeurysmatic disease, and a clinical picture suggestive of right deep artery aneurysm contained rupture. Rupture of the deep femoral artery at the origin of the circumflex artery was diagnosed by means of CT scan and angiography. He was treated surgically with resection and closure of the proximal and distal arterial ends. A bibliographic revision of the last 10 years is made.

Introducción

Los aneurismas arteriosclerosos de la Arteria femoral profunda (AFP) o de sus ramas aparecen raramente en la bibliografía, y representan menos del 0,5% de todos los aneurismas periféricos (1) Feldman (2). En 1998, Dorrucci (3) publicó una recopilación de todos los aneurismas de AFP recogidos en la bibliografía entre los años 1964-1996. Un tercio de los casos eran asintomáticos, presentando exclusivamente una masa pulsátil en la región inguinal. La aparición brusca de dolor y aumento del perímetro del muslo es un signo de rotura aneurismática. Los principales métodos diagnósticos utilizados en esta patología son el Eco Doppler, la angiografía y la TAC. Las dos técnicas quirúrgicas más utilizadas son la resección del mismo e interposición de injerto y prótesis y la ligadura de la arteria afectada. En este artículo presentamos el caso de una rotura aneurismática de la arteria circunfleja externa, rama de la AFP, su diagnóstico y la técnica quirúrgica utilizada.

Caso clínico

Se trata de un varón de 90 años que acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 12 horas de evolución de dolor inguinal y aumento de diámetro del muslo derecho.

Un mes antes del ingreso y sin traumatismo previo, comenzó con molestias en la región inguinal derecha.

Entre los antecedentes personales sólo destaca el ser un exfumador de 30 paquetes/año (hasta hace 10 años). Al ingreso, la exploración física mostraba un paciente normosómico con deterioro de estado general y con ligera desorientación temporo-espacial. La exploración de cabeza, cuello y tórax no mostraba hallazgos patológicos de interés. En el abdomen se palpaba una masa pulsátil periumbilical y en fosa ilíaca izquierda. En las extremidades inferiores existía una masa pulsátil dolorosa en cara anterior y media en la raíz del muslo derecho. El dolor se irradiaba externamente y se acompañaba de un aumento del perímetro de la extremidad a este nivel. Todos los pulsos se encontraban presentes y eran de características normales. La analítica general, la radiografía de tórax y el ECG eran normales.

Se realizó una TAC tóraco-abdomino-pélvica y de extremidades inferiores, que demostró la existencia de aneurismas aórtico e ilíacas primitiva derecha e hipogástrica izquierda; aneurisma de arteria femoral común (AFC) de 3 cm y una imagen encapsulada con paso de contraste de 8 cm de diámetro situada en la región externa que desplaza a las masas musculares lateralmente. En la arteriografía, se encontró una imagen encapsulada bilobulada sugestiva de hemorragia reciente que ocultaba el trayecto normal de la AFP, junto con la existencia de una imagen sospechosa de aneurisma fusiforme. La arteria femoral superficial (AFS), poplitea y troncos distales estaban permeables (Fig. 1).

Con la orientación diagnóstica de rotura de aneurisma de AFP, se realizó la reparación del mismo de forma urgente. Tras ocluir la AFP en su origen mediante pinzas vasculares, se procedió a la apertura de la tumoración, constituida por un gran hematoma secundario que infiltraba la masa muscular perianeurismática y un aneurisma fusiforme de la arteria circunfleja externa que nacía a 3 cm del origen de la AFP con rotura en su cara anterior. Se reparó la rotura arterial realizando: Resección, evacuación del hematoma y del trombo mural, así como exclusión del aneurisma mediante ligadura proximal y distal de la arteria afectada y posterior cierre de la pared aneurismática, manteniéndose permeable el tronco principal de la AFP. Se enviaron muestras de la pared aneurismática y del trombo a los laboratorios de bacteriología y anatomía patológica. La evolución hospitalaria del paciente fue satisfactoria. El estudio bacteriológico fue negativo. En la Fig. 2 se muestra la Angio RM postoperatoria.

En la actualidad el paciente esta asintomático.

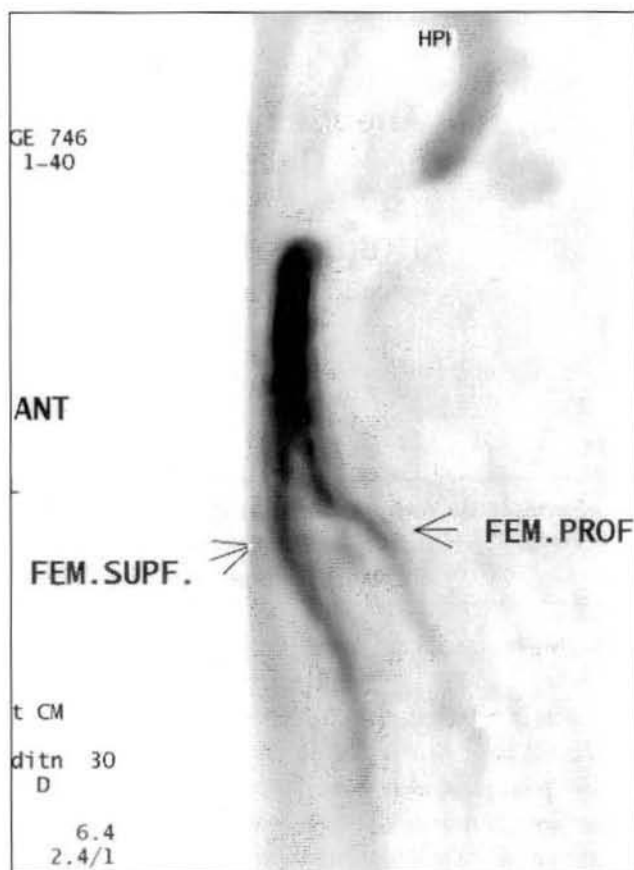


Fig. 1: Arteriografía preoperatoria del trípode femoral derecho donde se observa el saco aneurismático, la gran fuga de contraste producida por la rotura aguda que oculta el trayecto de la AFP y la permeabilidad de la AFS.



Fig. 2: Angio RM postoperatoria donde se comprueba la permeabilidad de la AFP en todo su trayecto y la ausencia de fugas arteriales y masas aneurismáticas.

Discusión

El 85% de los casos de los aneurismas de la AFP se encuentran asociados a otros de distintas localizaciones, fundamentalmente aórticos (4). Entre el 30 y 60% de las ocasiones son bilaterales (3). Si excluimos los de origen traumático, incluyendo los yatrogénicos, la etiología más frecuente es la arteriosclerosis. Los aneurismas aislados y verdaderos de la AFP son excepcionales, debido a que el músculo adductor mayor forma un túnel protector que evita las dilataciones de esta arteria (5). Por otra parte, la arteriosclerosis afecta raramente a esta arteria y en especial a su porción distal (6).

La clínica de este tipo de aneurismas varía desde pasar desapercibidos a presentar una masa pulsátil a nivel inguinal o síntomas derivados de su rotura, embolización distal, trombosis o compresión de estructuras vecinas. En los últimos 10 años se han publicado en la literatura mundial 15 casos de aneurismas arteriosclerosos de la AFP (Tabla I). La localización de la rotura en el 80% de los casos fue proximal. La sintomatología que presentaron los pacientes fue en el 58% rotura aneurismática, 21% la presencia de una masa pulsátil y el 21% restante, síntomas derivados de la trombosis del aneurisma.

El Eco-dópler color es el primer método diagnóstico a utilizar y la TAC es fundamental para el diagnóstico diferencial con tumores. La angiografía es im-

prescindible para establecer la estrategia quirúrgica a adoptar (7).

El tratamiento quirúrgico está justificado siempre en este tipo de aneurismas. El tipo de intervención quirúrgica dependerá de varios factores: situación general del paciente, localización y extensión del aneurisma, permeabilidad de la AFS y de la circulación colateral existente. Las técnicas quirúrgicas utilizadas habitualmente son: La resección y la interposición de un injerto y prótesis vascular cuando se afecta a la porción proximal de la AFP, siendo los materiales más usados el PTFE y la vena safena. La ligadura arterial está indicada cuando se encuentra afectada la porción distal de la AFP con buena circulación colateral y si está permeable la AFS. La ligadura proximal de la arteria aneurismática está indicada cuando afecta a una arteria colateral y cuando el aneurisma está roto o abarca a toda la AFP, sin posibilidad de revascularizar distalmente (8). La aneurismografía también se puede utilizar en este tipo de aneurismas. La técnica quirúrgica más utilizada fue, en el 50% la ligadura proximal y en el 42% la interposición de una prótesis vascular. El PTFE fue el material más utilizado. En pacientes de alto riesgo quirúrgico cabe la posibilidad de plantear el tratamiento percutáneo (embolización, endoprótesis recubiertas...). En el caso que se presenta, se intentó la embolización, siendo imposible realizarla debido a la polianeurismopatía que impidió la progresión del catéter hasta el vaso afectado.

Autor	Año	N.º de Casos	AFS	Localización	Síntomas	Técnica
SADLER	1989	1	Ocluida	Distal	Rotura	Ligadura
REHER	1992	1	Permeable	Proximal	Trombosis	Ligadura
EVANS	1992	1	Ocluida	Proximal	Trombosis	Injerto PTFE
WILLIAMS	1993	1	Permeable	Proximal	Rotura	Ligadura
SUGIMOTO	1993	2	Permeable	Proximal	Rotura	Injerto vena
			Permeable	Proximal	Rotura	Ligadura
			Ocluida	Proximal	Rotura	Injerto Vena
TULLA	1994	1	Ocluida	Proximal	Rotura	Ligadura
YAHIEL ⁸	1996	1	Ocluida	Distal	Masa	Ligadura
LEVI	1996	2	Ocluida	Proximal	Rotura	Injerto PTFE
			Permeable	Proximal	Rotura	Ligadura
			Permeable	Proximal	Rotura	Ligadura
EL NAKADI ⁷	1996	1	Permeable	Proximal	Rotura	Ligadura
OKADA	1996	1	Ocluida	Proximal	Masa	Injerto PTFE
RAMPOLDI	1996	1	Permeable	Proximal	Masa	Aneurismografía
DORRUCCI ²	1998	1	Permeable	Proximal	Trombosis	Injerto PTFE
ABURAHMA ⁵	1999	1	Permeable	Proximal	Rotura	Injerto PTGE

Tabla I

BIBLIOGRAFIA

1. VALIULIS, A. P.; JOHNSTON, K. W.: Isolated arteriosclerotic aneurysm of the profunda femoris artery. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1980; 21:498-500.
2. FELDMAN, A. J.; BERGUER, R.: Rupture of isolated atherosclerotic aneurysm of lateral femoral circumflex artery. *Surgery*, 1981; 90:914-916.
3. DORRUCCI, G. F.; VERALDI, F.; DUSI, R.; FRANCESCHETTI, M. E.: Aneurisma vero dell'arteria femorale profonda. *Minerva Chir.*, 1998; 53:847-851.
4. FLANIGAN, D. P.: Aneurysms of the peripheral arteries. In Moore W.S., editor. *Vascular Surgery*, A comprehensive review. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994; 424-434.
5. ABURAHMA, A. F.; TALLMAN, T. E.: Ruptured isolated true atherosclerotic aneurysm of the deep femoral artery. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1999; 40:45-47.
6. TAAIT, W. F.; WOHR, K. R.; CARR, H. M.; THOMSON, G. J.; WALKER, M. G.: True profunda femoris aneurysms: are they more dangerous than other atherosclerotic aneurysm of the femoropopliteal segment? *Ann. Vasc.*, 1991; 5 (1):92-95.
7. EL NAKADI, B.; BERTRAND, S.; FARRAN, M.: Deep femoral artery aneurysm rupture. A case report. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1996; 37:353-354.
8. YAHIEL, J.; WITZ, M.: Isolated true atherosclerotic aneurysms of the deep femoral artery. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1996; 37:17-20.