

Trombosis venosa profunda como manifestación clínica inicial de un aneurisma de la arteria femoral común

D. Martínez-Ramos, V. Villalba-Munera, R. García-Calvo,
J.M. Miralles-Tena, J. Molina-Martínez, J.L. Salvador-Sanchís

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE UN ANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL COMÚN

Resumen. Introducción. Los aneurismas femorales, junto con los de localización poplítea, constituyen el grupo de aneurismas periféricos más frecuentes (80%). La compresión de estructuras vecinas por efecto masa es frecuente, pero rara vez tiene lugar la aparición de una trombosis venosa profunda como manifestación inicial. Caso clínico. Varón de 55 años que ingresó de urgencias por presentar cuadro clínico compatible con trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo. Como antecedentes personales refería hipertensión arterial y obesidad mórbida. En la exploración física presentaba edema de toda la extremidad, pulsos femoral y poplítea presentes; los distales eran difíciles de valorar. El estudio eco-Doppler puso de manifiesto la presencia de un aneurisma en la arteria femoral común y la trombosis del sector venoso femoroilíaco. El paciente sufrió un cuadro de isquemia arterial distal aguda, por lo que se le intervino de urgencia; se realizaron una aneurismectomía e interposición de prótesis iliofemoral con anastomosis terminoterminal. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 331-4]

Palabras clave. Aneurisma. Aneurismectomía. Embolismo. Femoral. Trombosis.

Introducción

Los aneurismas femorales constituyen los segundos en frecuencia dentro del grupo de aneurismas periféricos y, junto con los aneurismas de localización poplítea, conforman el 80% de los aneurismas periféricos [1].

Curler y Darling [2] clasifican los aneurismas femorales en dos tipos, según su localización:

- *Tipo I:* el aneurisma afecta solamente a la arteria femoral común (los más frecuentes).

- *Tipo II:* aquellos en los que el saco aneurismático femoral se origina en la arteria femoral profunda.

Al igual que los poplíteos, los aneurismas femorales aparecen, casi exclusivamente, en varones y están asociados a aneurismas de otras localizaciones [1, 3,4]. Así, alrededor del 64% de estos aneurismas se asocia con aneurismas del sector aorto-ilíaco, cerca del 45% es bilateral y en el 23% de las ocasiones están asociados con aneurismas poplíteos [1]. La manifestación inicial de estos aneurismas suele ser como isquemia arterial aguda, tromboembolismo distal (*blue toes syndrome*), masa pulsátil en la región inguinal o dolor inespecífico en ingle y muslo. De forma muy infrecuente, estos aneurismas se pueden presentar como trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad, como el caso clínico que se presenta a continuación.

Aceptado tras revisión externa: 11.04.06.

Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Castellón, España.

Correspondencia: Dr. David Martínez Ramos. Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Avda. Benicàssim, s/n. 5.ª planta. E-12004 Castellón. E-mail: davidmartinez@comcas.es

© 2006, ANGIOLOGÍA

Caso clínico

Varón de 55 años que acudió a urgencias por presentar cuadro clínico compatible con TVP del miembro inferior izquierdo. No era fumador y entre sus antecedentes personales destacaban hipertensión arterial y obesidad mórbida (índice de masa corporal > 40). No refería síntomas previos de compresión venosa ni neurológica. Mostraba un edema importante de toda la extremidad (*flegmasia alba dolens*), acompañado de un aumento del diámetro desde la raíz del muslo. El pulso femoral estaba presente, y eran difíciles de valorar, por el edema, el pulso poplíteo y los pulsos distales.

En los valores de laboratorio únicamente destacaba una elevación de los niveles de dímero-D. Con el diagnóstico de TVP se decidió el ingreso hospitalario; se inició el tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, vendaje compresivo de la extremidad y reposo con el miembro elevado. La eco-Doppler demostró una trombosis venosa del sector femoroilíaco y puso de manifiesto una lesión de 6-7 cm, localizada en la ingle derecha, sugestiva de aneurisma de la arteria femoral común, así como una dilatación aneurismática discreta en la arteria femoral común contralateral de 0,5 cm. A los cinco días del tratamiento médico, el paciente mejoró su clínica de TVP y se le dio de alta; el estudio vascular se completó por vía ambulatoria. La ecografía abdominal fue normal. Se realizó un estudio mediante angiorrresonancia magnética (angio-RM) de miembros inferiores, en el que se confirmaron ambas dilataciones arteriales así como la permeabilidad de los troncos arteriales distales (Fig. 1).

La semana previa a la intervención quirúrgica programada, el paciente sufrió un episodio de tromboembolismo distal a pesar del tratamiento anticoa-



Figura 1. Angiorrresonancia magnética. Aneurisma de arteria femoral común izquierda de 6,5 cm de diámetro y pequeña dilatación en la arteria femoral común contralateral de 0,5 cm (flecha).

gulante domiciliario, por lo que se intervino de urgencia. Mediante un abordaje inguinal, se realizó un control proximal de la arteria ilíaca externa, de la arteria femoral superficial y de la arteria femoral profunda. A continuación se realizó una aneurismectomía y se restableció la continuidad vascular con la interposición de una prótesis de politetrafluoroetileno iliofemoral de 6 mm no anillada con anastomosis terminoterminal. Aunque se valoró la posibilidad de colocar un filtro de vena cava temporal previo a la cirugía, se decidió no utilizarlo debido al tiempo transcurrido desde la TVP y al tratamiento anticoagulante, con la consecuente estabilidad del trombo.

El estudio anatomopatológico posterior confirmó que se trataba de un saco aneurismático que alojaba en su interior un trombo laminado, responsable de los embolismos periféricos. Asimismo, el estudio microscópico informó de un proceso degenerativo arterioesclerótico como causa responsable del aneurisma (Fig. 2).

Tras un postoperatorio de seis días sin incidencias, con resolución de la isquemia digital, el pacien-



Figura 2 Anatomía patológica. Imagen macroscópica del aneurisma femoral resecado. Detalle microscópico de la pared del aneurisma con células espumosas y fibrosis de la capa media, propio de la aterosclerosis (recuadro).

te recibió el alta hospitalaria. A los 12 meses de seguimiento, el injerto continúa siendo permeable y la pequeña dilatación de la arteria femoral contralateral no ha presentado crecimiento.

Discusión

Los aneurismas de la arteria femoral son poco frecuentes [1,3,5,6], pero tienen gran relevancia clínica porque suponen una amenaza potencial para la extremidad (trombosis arterial aguda, ruptura, etc.) y porque, frecuentemente, se asocian con aneurismas en otras localizaciones [1,4-8].

La mayoría de las veces estos aneurismas son asintomáticos, pero cuando presentan síntomas, la compresión por efecto masa de las estructuras vecinas, la tromboembolia arterial, el dolor y la masa pulsátil palpable son las manifestaciones más frecuentes. Por el contrario, la TVP como primera manifestación es inusual. A pesar de que el diagnóstico clínico puede ser relativamente sencillo durante la exploración física (palpación de masa pulsátil), esta exploración se hace difícil en grandes obesos o en pacientes que presentan edemas en las extremidades, por lo que

pueden pasar desapercibidas lesiones importantes en la región inguinal, como sucedió en este paciente. Los estudios radiologicoecográficos (eco-Doppler, ecografía abdominal) son de gran ayuda diagnóstica [1,3,7] ya que, por un lado, confirman la trombosis venosa profunda y la causa responsable de ésta, y por otro, completan el estudio de extensión para la identificación de aneurismas en otras localizaciones –asociados frecuentemente– [1,3,4]. Aunque puede ser suficiente una valoración preoperatoria mediante exploración física y eco-Doppler del aneurisma, consideramos aconsejable completar el estudio preoperatorio con pruebas de imagen que permitan tener una idea más exacta de la anatomía vascular del enfermo, con el objetivo de planificar la cirugía. En el caso presentado se optó por una angio-RM, ya que proporciona imágenes del árbol vascular similares a las de la arteriografía pero de una forma mucho menos traumática. Asimismo, una ecografía abdominal puede ser de utilidad para descartar otras lesiones aneurismáticas concomitantes.

A pesar de que el tratamiento definitivo de los aneurismas femorales sintomáticos sigue siendo quirúrgico, mediante aneurismectomía parcial o total e interposición de un segmento protésico femoral o de safena autóloga, las técnicas endovasculares podrían contemplarse en aquellos pacientes que presentan un riesgo quirúrgico elevado [9]. En nuestro caso, un campo quirúrgico propicio, sin riesgo importante de lesión vasculonerviosa, permitió realizar la exéresis completa del aneurisma. Por otro lado, en los casos asintomáticos no existe acuerdo en la actitud que hay que seguir. Así, Graham et al proponen intervenir solamente los aneurismas mayores de 2,5 cm, mientras que otros autores [1] consideran que esta decisión debe basarse también en otros datos, como la presencia de trombos en el interior del aneurisma o el estado general del paciente. Respecto al tratamiento de la trombosis venosa en casos como el presentado [8], no existe unanimidad sobre cuál es la mejor opción, ya que los escasos trabajos publicados hacen

referencia a casos clínicos aislados y no cuentan con el número suficiente de enfermos para extraer conclusiones definitivas. Pensamos que la decisión de añadir una trombectomía venosa –o cualquier otro procedimiento– debe hacerse según la situación clínica particular del paciente, según su evolución y según el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro hasta el momento de su intervención. En el presente caso no se planteó la realización de una trombectomía venosa debido a la buena evolución tras el primer episodio de TVP y el tiempo transcurrido hasta su intervención (15 días). Durante la intervención quirúrgica, se encontró una vena femoral común dura, fibrosa y con posibilidades escasas de reper-

meabilización mediante trombectomía, por lo que pensamos que la decisión fue la más acertada.

En conclusión, los aneurismas de las arterias femorales rara vez se manifiestan como trombosis venosa profunda; sin embargo, aunque puede ser poco sensible en ciertas ocasiones, es imprescindible hacer una buena exploración física ante cualquier episodio de TVP para intentar detectarlos. La eco-Doppler es de gran utilidad en el diagnóstico de estos pacientes, especialmente en casos de dificultad de diagnóstico clínico. Si se confirma la presencia de un aneurisma femoral sintomático, el tratamiento debe ser quirúrgico.

Bibliografía

1. Arroyo-Bielsa A, Rodríguez-Montalbán AI, Sáinz-González F, Merino-Tiedra MJ, Porto-Rodríguez J, Gesto-Castromil R. Aneurismas ateroscleróticos de la arteria femoral común. *Angiología* 1995; 5: 251-6.
2. Graham LM. Femoral and popliteal aneurysm. In Rutherford RB, ed. *Vascular surgery*. 5 ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 1345-56.
3. Fernández-Alonso L, Pérez-Burkhardt JL, Agúndez-Gómez I, González-Fajardo JA, Gutiérrez-Alonso V, Carpintero-Mediavilla L, et al. Aneurismas femorales arterioescleróticos. *Angiología* 1995; 1: 43-6.
4. Graham LM, Zelenock GB, Whitehouse WM, Erlandson EE, Dent TL, Lindernauer SM, et al. Clinical significance of arteriosclerotic femoral artery aneurysms. *Arch Surg* 1980; 115: 502-7.
5. Savolainen H, Widmer MK, Heller G, Gerber M, Carrel TP. Common femoral artery-uncommon aneurysms. *Scand J Surg* 2003; 92: 203-5.
6. Janczak D, Rucinski A, Skora J, Szyber P. Iliac-femoral vein thrombosis as a first symptom of the isolated common and internal iliac artery aneurysm. *Wiad Lek* 2000; 53: 458-61.
7. Jarret F, Makaroun MS, Rhee RY, Bertges DJ. Superficial femoral artery aneurysms: an unusual entity? *J Vasc Surg* 2002; 36: 571-4.
8. Walsh JJ, Williams LR, Driscoll JL, Lee JF. Vein compression by arterial aneurysms. *J Vasc Surg* 1988; 8: 465-9.
9. Morrissey NJ. Endovascular treatment of peripheal arterial aneurysms. *J Mt Sinai Hosp N Y* 2004; 71: 1-3.

DEEP VEIN THROMBOSIS AS THE INITIAL CLINICAL SYMPTOM OF AN ANEURYSM IN THE COMMON FEMORAL ARTERY

Summary. Introduction. *Femoral, together with popliteal, aneurysms constitute the most frequent group of peripheral aneurysms (80%). The compression of neighbouring structures due to the mass effect is frequent, but deep vein thrombosis rarely appears as the initial symptom.* Case report. *A 55-year-old male who was urgently admitted to hospital with a clinical picture that was compatible with deep vein thrombosis in the left lower limb. His personal history included arterial hypertension and morbid obesity. The physical examination revealed oedema of the entire extremity, femoral and popliteal pulses were present, but the distal pulses were difficult to evaluate. A Doppler ultrasound recording showed the presence of an aneurysm in the common femoral artery and thrombosis of the femoral-iliac vein segment. The patient suffered symptoms of acute distal arterial ischaemia, and had to be submitted to an emergency surgical intervention involving an aneurysmectomy and placement of an iliofemoral graft with end-to-end anastomosis.* [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 331-4]

Key words. *Aneurysm. Aneurysmectomy. Embolism. Femoral. Thrombosis.*