Aneurisma de la vena poplítea: tratamiento quirúrgico

L. Fernández-Alonso

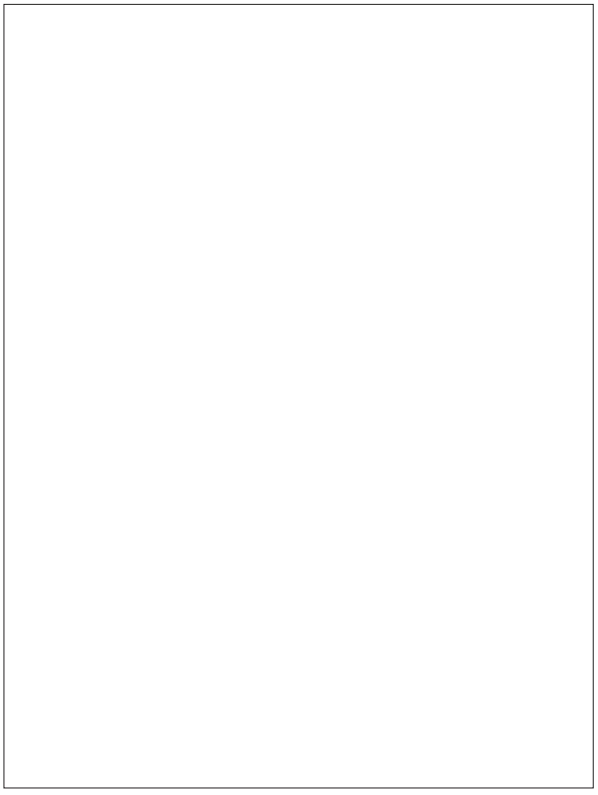

Figura 1. Flebografía ascendente que revela un aneurisma fusiforme de la vena poplítea.

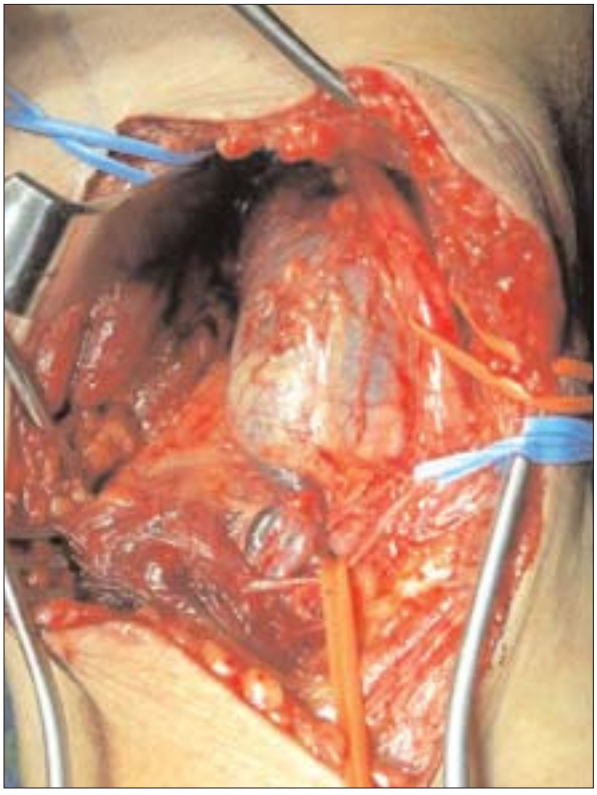

Figura 2. Imagen operatoria que muestra el aneurisma expuesto.

Los aneurismas de la vena poplítea son raros, pero representan una fuente potencial de embolias pulmonares; de hecho, es su modo más frecuente de presentación clínica [1]. En la mayoría de los casos se trata de aneurismas verdaderos, y en el 75%, de saculares. Aunque el diagnóstico de elección es el eco-Doppler, la flebografía ascendente es muy recomendable si se plantea su reparación quirúrgica [2].

Caso clínico. Varón de 38 años que consulta por un bultoma en el hueco poplíteo derecho de varios meses de evolución y molestias inespecíficas con la bipedestación prolongada. No tiene antecedentes de

Aceptado tras revisión externa: 27.04.06.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra, España.

Correspondencia: Dr. Leopoldo Fernández-Alonso. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Universitaria de Navarra. Avda. Pío XII, 36. E-31008 Pamplona (Navarra). Fax: +34 948 296 500. E-mail: lfezalonso@unav.es

© 2006, ANGIOLOGÍA

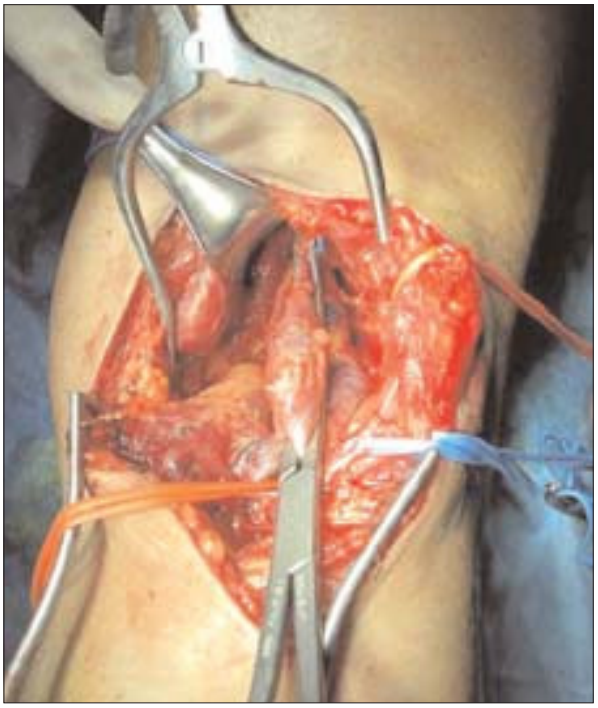

Figura 3. Pinzamiento parcial para realizar la aneurismectomía parcial.

Figura 4. Resultado final tras la aneurismectomía parcial y la venorrafia lateral.

interés ni historia de traumatismos o complicaciones tromboembólicas. El eco-Doppler demuestra la existencia de un aneurisma fusiforme de la vena poplítea de 3,4 cm de diámetro y la flebografía ascendente confirma el diagnóstico (Fig. 1).

Se interviene al paciente por vía posterior. Se diseca ampliamente el aneurisma (Fig. 2) y se realiza un pinzamiento parcial (Fig. 3) y una aneurismectomía tangencial con venorrafia lateral (Fig. 4). El postoperatorio transcurre sin incidencias; se da de alta al paciente a las 48 horas.

Discusión. En pacientes con aneurismas de la vena poplítea y antecedentes de episodios de tromboembolismo, la cirugía es el tratamiento de elección. Las indicaciones en pacientes asintomáticos están menos claras, pero la evidencia de un peligro potencial de embolización aconseja tratar todos los aneurismas saculares y los fusiformes de gran tamaño [1]. La técnica de elección es la aneurismectomía tangencial seguida de venorrafia lateral, pero cuando ésta no es posible, la resección de la lesión con anastomosis terminoterminal o la interposición de un injerto venoso son técnicas válidas. La anticoagulación crónica y su duración son motivo de controversia, aunque se recomienda sobre todo si existen factores de riesgo trombótico [1].

Bibliografía

1. Sessa C, Nicolini P, Perrin M, Farah I, Magne J, Guidicelli H. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. J Vasc Surg 2000; 32: 902-12.
2. Coffman SW, Leon SM, Gupta SK. Popliteal venous aneurysms: report of an unusual presentation and literature review. Ann Vasc Surg 2000; 14: 286-90.