Aneurisma de vena poplítea recidivado

P. Rodríguez-Cabeza, C. Esteban-Gracia, P. Pérez-R., C. Lisbona-S.,
R. Lerma-R., A. Martorell-L., J.M. Callejas-P.

Figura 1. Abordaje posterior del aneurisma poplíteo.

Figura 2. *Bypass* venoso con vena safena interna contralateral.

La necesidad del tratamiento quirúrgico de los aneurismas de vena poplítea radica en su potencial capacidad embolígena [1]. Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas en la literatura; entre ellas, la aneurismectomía tangencial con venorrafia lateral es la más aceptada [2].

Caso clínico. Varón de 54 años, fumador activo, con una hepatitis A en la infancia como único antecedente patológico de interés, que a raíz de parestesias en la pierna derecha fue diagnosticado mediante eco-Doppler de un aneurisma sacular de vena poplítea de 3 cm de diámetro máximo.

Con el paciente en decúbito prono, se practica una incisión en hueco poplíteo (Fig. 1). Se procede a la apertura del saco aneurismático, sin hallarse trombo en su interior y apreciándose una considerable diferencia en la calidad de la pared venosa entre la del saco aneurismático (que se extrae) y la del fondo de la vena poplítea (que se halla sana). Finalmente, se practica una aneurismorrafia con parche de vena safena externa homolateral.

El postoperatorio transcurre sin incidencias y el paciente es alta al sexto día de la intervención con tratamiento anticoagulante.

Aceptado tras revisión externa: 16.03.07.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona, España.

Correspondencia: Dra. Patricia Rodríguez Cabeza. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Germans Trias i Pujol. Ctra. Canyet, s/n. E-08916 Badalona (Barcelona). Fax: +34 934 978 940. E-mail: prodrica@hotmail.com

© 2007, ANGIOLOGÍA

El paciente siguió controles ecográficos ambulatorios al mes y a los seis meses, hallándose una correcta permeabilidad de la vena; sin embargo, el control ecográfico anual objetivó una recidiva del aneurisma, que se confirmó mediante flebografía.

Se reintervino practicándose un *bypass* desde la tercera porción de la vena poplítea a la primera porción con vena safena interna contralateral (del muslo) no invertida, con ligadura proximal del saco aneurismático venoso (Figs. 2 y 3).

Un mes después de la intervención, el control ecográfico objetivó una trombosis total del aneurisma y una correcta permeabilidad del *bypass*.

Discusión. Existen diversas técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de los aneurismas de vena poplítea, pero la elección de la más adecuada depende, en muchos casos, de los hallazgos morfológicos intraoperatorios [3].

El resultado a largo plazo de la reconstrucción de vena poplítea está pobremente documentado en la bibliografía; pese a ello, el tratamiento más adecuado de los aneurismas de vena poplítea sintomáticos es quirúrgico, con el fin de evitar el tromboembolismo pulmonar.

Figura 3. Imagen del postoperatorio inmediato con *bypass* venoso permeable y aneurisma parcialmente trombosado.

Bibliografía

1. Sessa C, Nicolini P, Perrin M, Farra I, Magne J, Guidicelli H. Management of symptomatic and assymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and a 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.
3. Bergqvist D, Björck M, Ljungman C. Popliteal venous aneurysms. A systematic review. World J Surg 2006; 30: 273-9.