

Pseudoaneurisma femoral gigante en un lactante de 5 meses

A.M. Quintana-Rivera^a, J Baza-Meléndez^b, E. Gainza^c, A.Y. Ysa-Figueras^a

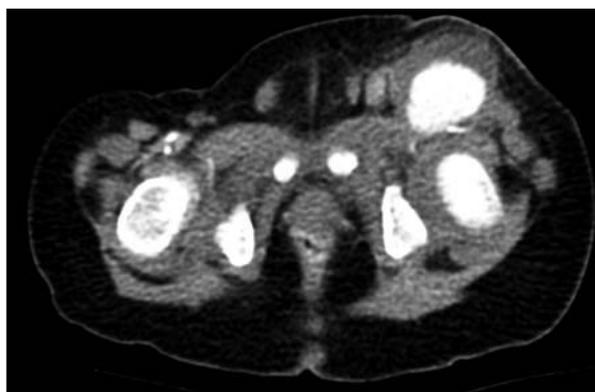


Figura 1. Tomografía axial computarizada que muestra el pseudoaneurisma gigante de la arteria femoral común izquierda.

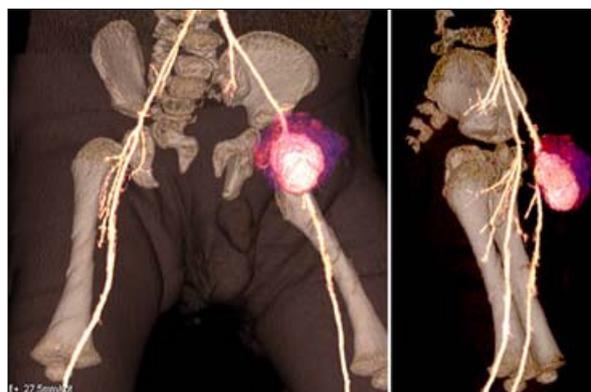


Figura 2. Reconstrucción de angiografía de 64 coronas.

Los pseudoaneurismas arteriales en niños son poco frecuentes. Presentamos el caso de un pseudoaneurisma femoral gigante secundario a una lesión iatrogénica en un lactante de 5 meses. El aneurisma se resecó con éxito y, tras seis meses de seguimiento, la ecografía no mostró complicaciones asociadas.

Caso clínico. Lactante de 5 meses que presentaba una masa pulsátil inguinal izquierda en el postoperatorio inmediato de la corrección quirúrgica de una te-

tralogía de Fallot. Como antecedente relevante cabe señalar que el paciente había estado bajo monitorización durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos mediante una vía en la arteria femoral común izquierda. La exploración física puso de manifiesto la presencia de una masa pulsátil con leve respuesta inflamatoria cutánea, así como la ausencia de pulsos poplíteo y distales en la extremidad afectada. Se practicó un eco-Doppler que evidenció la existencia de un pseudoaneurisma de la arteria femoral común parcialmente trombosado. La arteria femoral superficial se encontraba permeable, pero con un calibre intensamente disminuido debido a la compresión extrínseca del pseudoaneurisma. Se solicitó, además, una angiotomografía axial computarizada (para descartar la posibilidad de sobreinfección arte-

Aceptado tras revisión externa: 01.12.08.

^a Servicio de Cirugía Vascular. ^b Servicio de Cirugía Plástica. ^c Servicio de Radiología. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya, España.

Correspondencia: Dr. August Ysa. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Cruces. Pl. Cruces, s/n. E-48903 Barakaldo (Vizcaya). E-mail: august.ysa@osakidetza.net

© 2009, ANGIOLOGÍA

rial y/o embolización distal. La angiotomografía reveló un pseudoaneurisma de 3,5 cm sobre una arteria femoral de 2,2 mm de diámetro, y descartó la presencia de gas, colecciones o reacción inflamatoria perilesional (Figs. 1 y 2).

Bajo anestesia general, se practicó la resección del pseudoaneurisma y la sutura directa del punto de fuga. Los cultivos perioperatorios fueron negativos. El postoperatorio evolucionó sin incidentes de interés, y el paciente recuperó los pulsos distales.

El dúplex de control, tras seis meses de seguimiento, mostró la correcta permeabilidad de la reparación arterial, sin evidencia de complicaciones asociadas.

Discusión. Los pseudoaneurismas arteriales son poco frecuentes en la edad pediátrica. Se desconoce su incidencia exacta, pero teniendo en cuenta el número de casos comunicados, parece que es significativamente menor que la de los adultos. Las lesiones iatro-

génicas son la etiología más habitual de los traumatismos vasculares en los primeros dos años de vida [1]. Su presentación clínica más frecuente es en forma de masa pulsátil asintomática, aunque otros síntomas pueden incluir dolor y/o clínica secundaria a compresión de estructuras vecinas. El tratamiento de estas lesiones arteriales en niños incluye la corrección quirúrgica convencional, la embolización con *coils* o trombina y la compresión ecoguiada [2,3].

Bibliografía

1. Dalsing MC, Cikrit DF, Sawchuk AP. Open surgical repair of children less than 13 years old with lower extremity vascular injury. *J Vasc Surg* 2005; 41: 983-7.
2. Pelchovitz DJ, Cahill AM, Baskin KM, Kaye RD, Towbin RB. Pseudoaneurysm in children: diagnosis and interventional management. *Pediatr Radiol* 2005; 35: 434-9.
3. Frush DP, Paulson EK, O'Laughlin MP. Successful sonographically guided thrombin injection in an infant with a femoral artery pseudoaneurysm. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 175: 485-7.