



CARTA CIENTÍFICA

Aneurisma de tronco tibioperoneo. A propósito de un caso

Tibioperoneal trunk aneurysm. A case report

J.M. Fustero Aznar*, V. Hermoso Cuenca, A. Vélez Lomana e I. Lara Guerrero

Sección de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital San Jorge, Huesca, España

Recibido el 12 de noviembre de 2012; aceptado el 16 de enero de 2013

Disponible en Internet el 17 de junio de 2013

La afección aneurismática de arterias infrapoplíteas es extremadamente rara. Hasta 1964 existían solamente 2 casos publicados en la literatura inglesa¹. En la mayoría de los casos se trata de pseudoaneurismas, principalmente de causa traumática². En otras ocasiones se asocia con infecciones, procesos inflamatorios o degenerativos³.

Presentamos un caso de aneurisma verdadero en una paciente sin enfermedad concomitante.

Mujer de 51 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de tabaquismo, hipercolesterolemia, artroscopia de rodilla izquierda en el año 2000. Dos embarazos. Hígado con hiperplasia nodular focal.

Paciente derivada desde otro centro hospitalario a nuestro servicio por presentar en ecografía de rodilla derecha una imagen compatible con aneurisma poplíteo de 21 mm de longitud por 13 mm de diámetro.

En la exploración física presenta pulsos presentes a todos los niveles. No se palpan masas pulsátiles.

Se solicita angio-TC de aorta y extremidades inferiores para confirmar el diagnóstico y se confirma la existencia de aneurisma sacular, bilobulado e irregular, en tronco tibioperoneo de 17 mm de longitud y 14 por 10 mm de diámetro. Se aprecia bifurcación alta de arteria poplíteo derecha (fig. 1)

No se evidencia dilatación aneurismática a otro nivel.

Se realizó resonancia magnética de rodilla que descartó la presencia de alteraciones anatómicas, indicativas de síndrome de atrapamiento poplíteo.

Con el diagnóstico de aneurisma de tronco tibioperoneo, a través de un abordaje posterior, se realizó resección del aneurisma y bypass poplíteo-poplíteo con vena safena interna homolateral distal invertida (fig. 2), preservando la arteria tibial anterior. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta con antiagregación con AAS, 100 mg cada 24 h.

La paciente recibió controles periódicos cada 6 meses durante el primer año, en los que tanto la exploración física como ecográfica mostraron la permeabilidad del injerto, así como la ausencia de nuevas dilataciones a dicho nivel.

La mayoría de los aneurismas infrapoplíteos son pseudoaneurismas asociados con traumatismos, infección o iatrogenia⁴. La generalización de la antibioticoterapia ha disminuido mucho la incidencia de aneurismas micóticos.

Independientemente de la etiología, el factor más importante es la fuerza hidrodinámica ejercida sobre la pared del vaso⁵.

Clínicamente pueden manifestarse como masa pulsátil, isquemia ipsolateral por embolias o trombosis y más raramente parestesias por compresión nerviosa⁶.

En nuestro caso se diagnosticó mediante ecografía, ya que la paciente no presentaba clínica. El eco-Doppler es la prueba diagnóstica de elección en esta enfermedad por tratarse de una prueba no invasiva y que aporta información sobre localización, tamaño y permeabilidad del aneurisma en el hueco poplíteo.

Ante la ausencia de antecedentes traumáticos o procesos infecciosos sistémicos, se realizó una resonancia magnética (RM) de hueco poplíteo para descartar la presencia de un haz ligamentoso o muscular aberrante, que produjese un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmfustero@hotmail.com
(J.M. Fustero Aznar).

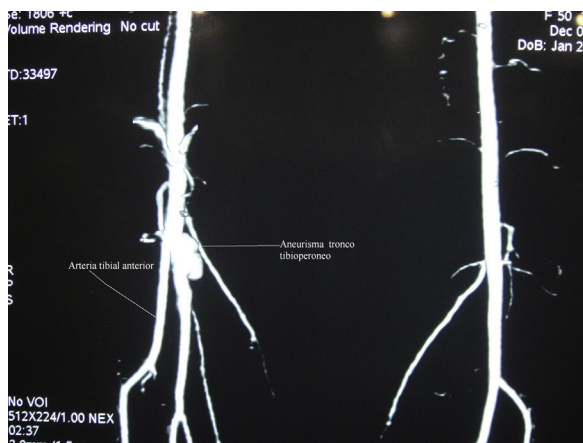


Figura 1 Angiorresonancia magnética de extremidades inferiores: véase aneurisma de tronco tibioperoneo derecho, bilobulado, con salida atípica de arteria tibial anterior.

síndrome de atrapamiento poplíteo y justificase la presencia del aneurisma como dilatación postestenótica. El estudio resultó negativo.

Aunque existen casos en la literatura médica que abogan por el tratamiento conservador de estos aneurismas⁷, la baja morbilidad quirúrgica en el tratamiento de estos

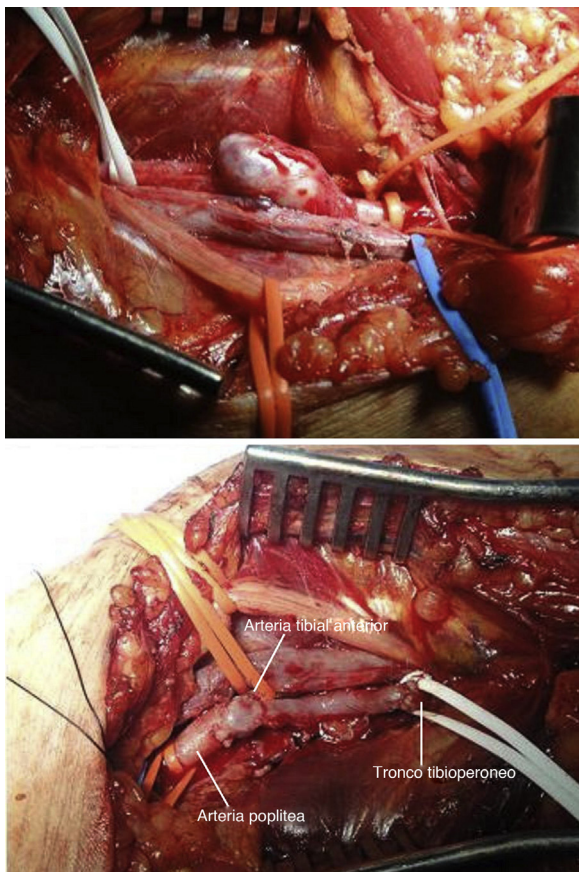


Figura 2 En la parte superior se aprecia el aneurisma de tronco tibioperoneo una vez diseccionado. En la parte inferior vemos el resultado tras la reparación quirúrgica.

aneurismas hace que esta sea la primera opción terapéutica, siendo la vena safena el material más apropiado para su reparación¹. Otras posibilidades terapéuticas serían la ligadura o embolización/oclusión vía endovascular, pero se asocian a elevado riesgo de isquemia⁶. En nuestro caso, la colocación de un stent recubierto no era posible sin ocluir el origen de la arteria tibial anterior, lo que hubiese disminuido la perfusión distal de la extremidad, sin mencionar que los stents emplazados en territorio poplíteo se ven sometidos a un gran dinamismo que puede producir la flexión excesiva del stent y la trombosis del mismo⁸.

Para el abordaje quirúrgico usamos la vía posterior, especialmente indicado para afecciones limitadas a la región poplíteo. Este abordaje se realiza con el paciente en decúbito prono y mediante una incisión en S, con su borde proximal en la cara medial del muslo y su borde distal entre las cabezas de los músculos gemelos. Este abordaje nos permite una fácil exposición de la segunda porción poplíteo y de la salida de los troncos distales, y además permite obtener venas safena interna y externa sin modificar la posición del paciente⁹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Mönig SP, Walter M, Sorgatz S, Erasmi H. True infrapopliteal artery aneurysm: report of two cases and literature review. *J Vasc Surg.* 1996;24:276–8.
- Danes SG, Drezner AD, Tamin PM. Posterior tibial artery aneurysm. A case report. *Vasc Endovasc Surg.* 2006;40:328–30.
- Moñux G, Aragoncillo, Serrano FJ. Fibrodisplasia del tronco tibioperoneo. A propósito de un caso. *Angiología.* 2001;53:328–33.
- Loose HW, Haslam PJ. The Management of peripheral arterial aneurysms using percutaneous injection of fibrin adhesive. *Br J Radiol.* 1998;71:1255–9.
- Carey LC, Stremple JF. An aneurysm of the anterior tibial artery. *Angiol.* 1967;18:117–21.
- Tshomba Y, Papa M, Marone EM, Kahlberg A, Rizzo N, Chiesa R. A true posterior tibial artery aneurysm. A case report. *Vasc Endovasc Surg.* 2006;40:243–9.
- Yao JST, McCarthy WF. Multiple artery aneurysms: seven-year follow-up. *Contemp Surg.* 1987;31:73–8.
- Rabellino M, González G, Canales E, García-Nielsen L, Nieto M, Zander T, et al. Tratamiento endovascular de los aneurismas poplíteos. Seguimiento a largo plazo. *Intervencionismo.* 2009;9:101–7.
- Kenneth O, Rutherford RB. Atlas de Cirugía Vascul. Procedimientos quirúrgicos. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 50–9.