

Caso clínico

Pseudoaneurisma gigante de arteria femoral superficial Presentación de caso

Dr. Pedro Pablo Vejerano Acuña,* Dr. Juan José Vargas Carrasco,*
Dr. Carlos Rubén Ramos López,** Dr. Pedro Pablo Vejerano García***

RESUMEN

Los pseudoaneurismas son provocados por varios mecanismos como traumatismos, procedimientos quirúrgicos, entre otros. Todos tienen en común la ruptura de la pared de la arteria y la consecuente extravasación de sangre hacia los tejidos adyacentes. Presentamos un caso de pseudoaneurisma de la arteria femoral luego de colocársele fijador externo para elongación del miembro pélvico derecho a paciente masculino de 58 años de edad que sufrió fractura de fémur con acortamiento del mismo.

Palabras clave: Pseudoaneurisma, arteria, femoral.

ABSTRACT

Pseudoaneurisms are caused by several mechanisms between which they are surgical traumatismos, procedures among others. All have in common the rupture of the wall of the artery and the consequent extrusion of blood towards adjacent weaves. We presented a case of pseudoaneurism of the right superficial femoral artery after placing to him external locking device for elongation of the leg in a masculine patient of 58 years of age that underwent fracture of femur with shortening of his leg.

Key words: Pseudoaneurism, artery, femoral.

INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas son provocados por varios mecanismos entre los que se encuentran, traumatismos, procedimientos quirúrgicos, iatrogenias, entre otros. Todos tienen en común la ruptura de las paredes de la arteria y la consecuente extravasación de sangre hacia los tejidos adyacentes. El manejo de los pseudoaneurismas puede ser por vía endovascular o cirugía arterial directa. En caso de trauma de huesos largos de las extremidades es importante recordar que si la magnitud del trauma fue capaz de fracturar un hueso grande y sólido como el fémur las estructuras vasculares estrechamente adheridas a éste suelen dañarse.^{1,2}

Las lesiones vasculares pueden clasificarse como laceración, contusión, desgarro de la capa íntima, espasmo, fistula arteriovenosa y falso aneurisma o pseudoaneurisma –en el cual nos centramos–; éste es una laceración sellada parcialmente por coágulos que sufren licuefacción y expansión posterior. En la sociedad moderna se registra incremento en el trauma de los vasos como efecto del transporte de alta velocidad, de las confrontaciones militares, de la violencia urbana y del uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter invasivo.³

En los pacientes que presentan pseudoaneurismas de gran tamaño, complejos o con fracaso de las intervenciones endovasculares, el manejo quirúrgico es la única opción; casos similares en el que se

* Angiólogo y Cirujano Vascular, Práctica privada.

** Jefe de Departamento Clínico Servicio Angiología y Cirugía Vascular, UMAE Hospital de Especialidades CMNO, Profesor Adjunto de Cirugía, UDG IMSS.

*** Angiólogo y Cirujano Vascular, Profesor Titular de Cirugía.

lesiona la arteria, se han reportado por diferentes tipos de fractura o debido al uso de medios de fijación y estabilización de fractura internos y externos.^{4,5} Presentamos el caso de un paciente portador de pseudoaneurisma de la arteria femoral superficial luego de colocársele fijador externo para elongación del miembro pélvico derecho.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente del sexo masculino con antecedentes de varios procedimientos quirúrgicos por lesión de hueso fémur hace catorce años e intervenido en varias ocasiones, las dos últimas para elongar el fémur derecho. Hace un año inicia con aumento de volumen a nivel del miembro pélvico derecho dado por masa tumoral con latido y expansión inicialmente descrita como una naranja, que fue aumentando en el último año hasta una medida aproximada de 30x15. Comenzó desde hace cinco días con dolor muy intenso que le impedía caminar y movilizarse con máxima intensidad por lo cual acude al Servicio de Urgencias del Hospital Ángeles Mocol.

Durante la exploración física se encontró como elemento positivo una masa tumoral a nivel de mitad proximal del muslo, que se acompañaba de latido y expansión, con área de equimosis a nivel del mismo e inmediatamente por debajo del ligamento inguinal, además se acompañaba de discreto au-



Figura 1. Masa tumoral a nivel de mitad proximal del muslo.

mento de temperatura local (*Figura 1*), cambios de coloración tipo ocre a nivel del miembro pélvico derecho en el tercio inferior de la pierna y ausencia de pulsos pedios y tibial posterior.

Apoyados en los estudios hasta entonces realizados, se le practica arteriografía (*Figura 2*) donde se visualizaron las arterias femoral común, profunda y superficial; de esta última sale anormalmente en su tercio proximal una columna de sangre y contraste que pasa hacia saco o lago, no tiene fase ve-



Figura 2. Arteriografía donde se visualizan las arterias femoral común, profunda y superficial.

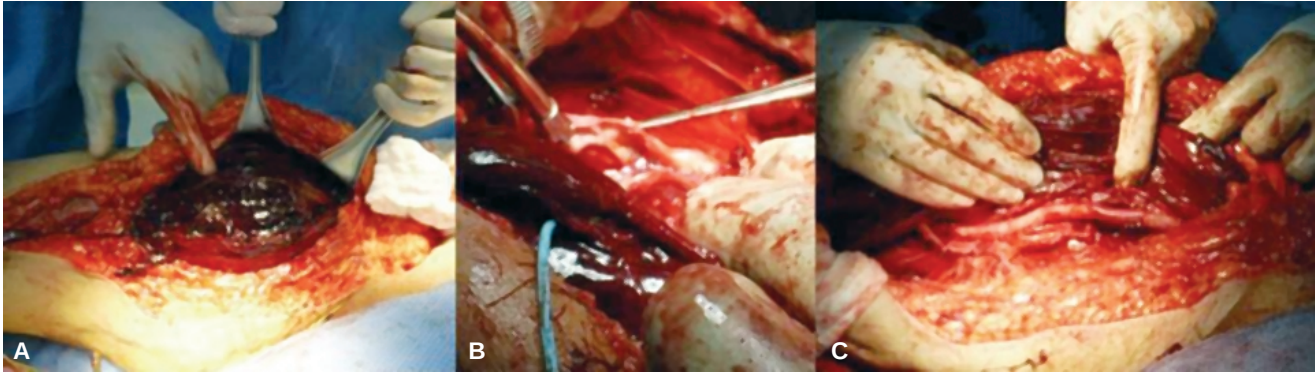


Figura 3.



Figura 4. Desde el punto de vista vascular el postoperatorio y la evolución fueron excelentes.

nosa y mantiene continuidad con la arteria femoral superficial distal.

Considerados los elementos, se descarta la opción endovascular y se decide la exploración vascular, durante el procedimiento se encontró gran hematoma a tensión (*Figura 3A*) y luego de evacuarlo casi en su totalidad vemos grupos musculares correspondientes al cuádriceps femoral completamente desplazados y con áreas de infiltración, edema de los mismos y arteria femoral superficial con desgarro de 2.5 cm hacia la aponeurosis subyacente (*Figura 3B*), se coloca injerto de aproximadamente 3 cm de vena safena invertida (*Figura 3C*) y se envía el material extraído a patología.

Recibimos sendos estudios de patología. El primero (b09667) corresponde a biopsia por punción y se informa como músculo esquelético sin alteraciones y tejido fibroso, con hemorragia reciente. Se recibe estudio de patología (b09674) corres-

pondiente a la cirugía que informa producto de 700 mL de miembro derecho constituido por fibrina, sangre y fragmentos fibrosos, de acuerdo con los datos clínicos puede corresponder a pseudoaneurisma.

El paciente cursó con un postoperatorio y evolución, desde el punto de vista vascular, excelente; recuperó pulsos arteriales pedios y tibial posterior y deambuló sin dificultad a seis meses de su cirugía (*Figura 4*).

REFERENCIAS

1. Cervantes CJ, Rojas RG, Álvarez O. Lesiones Vasculares iatrogénicas. En Sigler ML, Castañeda GR, Rish FL. *Cirugía Ortopédica. Lesiones vasculares por iatrogenia*. México: Ed. Manual Moderno; 2004, p. 133 44.
2. Tiwary SK, Kumar S, Khanna R, Khanna AK. Iatrogenic femoral artery aneurysms in orthopedic practice. *ANZ J Surg* 2007; 77(10): 899 901.
3. Gutiérrez CR, Sánchez C, Sigler L, Gutiérrez A, González L, Enríquez E, Velasco C, et al. Trauma vascular con fistulas arteriovenosas. *Rev Mex Angiol* 2007; 35(4):190 7.
4. Dameron TB. False aneurysm of profundis artery resulting from internal fixation device (screw). *J Bone Joint Surg* 1964; 46 A: 577.
5. Ahlgren SA, Eklöf B. Femur fracture and false aneurysm. *Act Chir Scand* 1981; 147: 377 9.

Correspondencia:

Dr. Pedro Pablo Vejerano Acuña

Av. Insurgentes Sur 299 Ph entre Celaya y Popocatepetl
Col. Hipódromo de la Condesa

Deleg. Cuauhtémoc

C.P. 06100 México, D.F.

Tel.: 5564 9409, 5568 6383 Cel.: 044 55 1405 6766

Fax: 55649409

Correo electrónico: drvejerano@yahoo.com