

Caso clínico

Aneurisma venoso subdiagnosticado como hernia femoral asociado a tromboembolismo pulmonar y revisión de la literatura

Dr. Edgardo Román Guzmán,* Dr. Héctor Ruiz Mercado,†

Dra. Ana Lilia Nolasco de la Rosa,‡ Dr. Juan Manuel Hernández Quintero,‡

Dr. Miguel Ángel Jiménez López,‡ Dr. Juan Manuel Soto Carrillo,§

Dr. Sócrates Orozco Ramírez,|| Dr. Lourdes Mireya Manríquez Mejía¶

RESUMEN

Los aneurismas venosos son subdiagnosticados en 89% de los casos. Se confunden con patologías de tejidos blandos y son diagnosticados como hernias inguinales o femorales. Su incidencia es de 1.7 casos por año. Son de presentación esporádica y se han referido en la vena cava superior, venas intracraneales, yugulares; vena facial, axilares; vena porta, esplénica; poplíticos, en safena interna y en femorales. Definiciones (anomalías venosas): a) Flebectasia: dilatación difusa de uno o más segmentos venosos. b) Aplasia e hipoplasia: ausencia o bajo desarrollo de troncos venosos. c) Aneurisma venoso: área localizada de dilatación venosa en continuidad con el resto de la estructura venosa (que afecta todas las capas de la vena), comunicada por un conducto único, sin estar asociado a malformación arteriovenosa y sin presentar segmento varicoso. d) Avalvulia: ausencia de valvas en los troncos venosos, en una o más extremidades.

Palabras clave: Aneurisma venoso, flebectasia, hernia femoral.

ABSTRACT

Lower limbs aneurysms are misdiagnosed in 89% of the cases. These are confused as soft tissue pathologies and diagnosed as inguinal or femoral hernias. Their incidence is 1.7 cases per year. Case reports of venous aneurysms are sporadically presented. These aneurysms have been reported in superior cava vein, intracranial, jugular, facial vein, axilar vein, porta, splenic vein; popliteal, in internal saphenous and femoral vein. Definitions (venous anomalies): a) Phlebectasia: a diffuse dilatation of one or more venous segments. b) Aplasia or hypoplasia: an absence or under development of venous trunks. c) Aneurysm: a localized area of venous dilatation that communicates with a main venous structure by a single channel, not associated with arterio-venous malformations nor contained within a segment of varicose vein. d) Avalvulia: an absence of valves in veins of one or both extremities.

Key words: Venous aneurysm, phlebectasia, femoral hernia.

* Angiólogo y Cirujano Vascular, ISSEMYM de Ecatepec, Estado de México. Profesor de Asignatura, Facultad de Estudios Superiores, Campus Iztacala, UNAM.

† Angiólogo y Cirujano Vascular, Doctor en Ciencias Médicas, Asesor externo adscrito al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE de Zapopan, Jalisco.

‡ Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, ISSEMYM de Ecatepec, Estado de México.

§ Médico adscrito al Servicio de Anestesiología, ISSEMYM de Ecatepec, Estado de México.

|| Médico adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, ISSEMYM de Ecatepec, Estado de México.

¶ Residente de Cirugía General, ISSEMYM de Ecatepec, Estado de México.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas venosos en las extremidades inferiores (dependientes del sistema venoso superficial) son subdiagnosticados en 89% de los casos. Son confundidos con hernia inguinal o femoral con crecimiento de tejidos blandos dolorosos o simplemente diagnosticados como venas varicosas. En la literatura se refiere una incidencia de 1.7 casos por año en hospitales de concentración.¹

La primera descripción de esta patología se realizó en 1915 en estudios de autopsia. Posteriormente, en 1928 y 1950, se reconocieron como entidad clínica; en 1950 se describió clínicamente un caso de aneurisma de vena cava superior.^{2,3}

Definición de las anomalías venosas

- **Flebectasia.** Dilatación difusa de uno o más segmentos venosos.
- **Aplasia o hipoplasia.** Ausencia o subdesarrollo de troncos venosos.
- **Aneurisma venoso.** Área localizada de dilatación venosa, está en continuidad con el resto de la estructura venosa (afecta las tres capas), comunicada por un conducto único, sin estar asociado a malformación arteriovenosa, sin presentar un segmento varicoso.
- **Avalvulia.** Ausencia de válvulas en los troncos venosos en una o en ambas extremidades.⁴

Los aneurismas venosos primarios no están asociados a trauma o a proceso infeccioso, no se asocian a fistulas arteriovenosas. Estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en las venas yugu-

lares, en venas del tórax, venas viscerales y en venas de las extremidades. Los síntomas de los aneurismas venosos dependen de la localización. En 77% se presentan en extremidades inferiores; 10%, en extremidades superiores y 13% involucra la vena yugular interna.⁵

Existen tres categorías de aneurismas venosos: congénitos, traumáticos o adquiridos. Los aneurismas que se encuentran en mediastino están asociados con higromas quísticos. Las complicaciones descritas son:

- Tromboembolia pulmonar.
- Ruptura.
- Obstrucción venosa.
- Compresión de estructuras adyacentes (la fisiopatología del aneurisma venoso está asociada a la disminución en el número y tamaño de células musculares y a fibras elásticas en la pared de los aneurismas).⁶

Los aneurismas venosos son de presentación esporádica, se han referido en la vena cava superior, intracraneales, yugulares, poplíteos, de la vena safena, axilares y de la vena facial; además de la vena porta, esplénica y femoral.⁷

La clasificación de Blanchemaison⁸ divide a los aneurismas del cayado de la vena safena interna en tres tipos (*Figura 1*):

- **Tipo 1.** El aneurisma se localiza en la inmediata proximidad de la unión safenofemoral.
- **Tipo 2.** Se ve afectada la unión safenofemoral.
- **Tipo 3.** El aneurisma se sitúa lejos de confluentes.

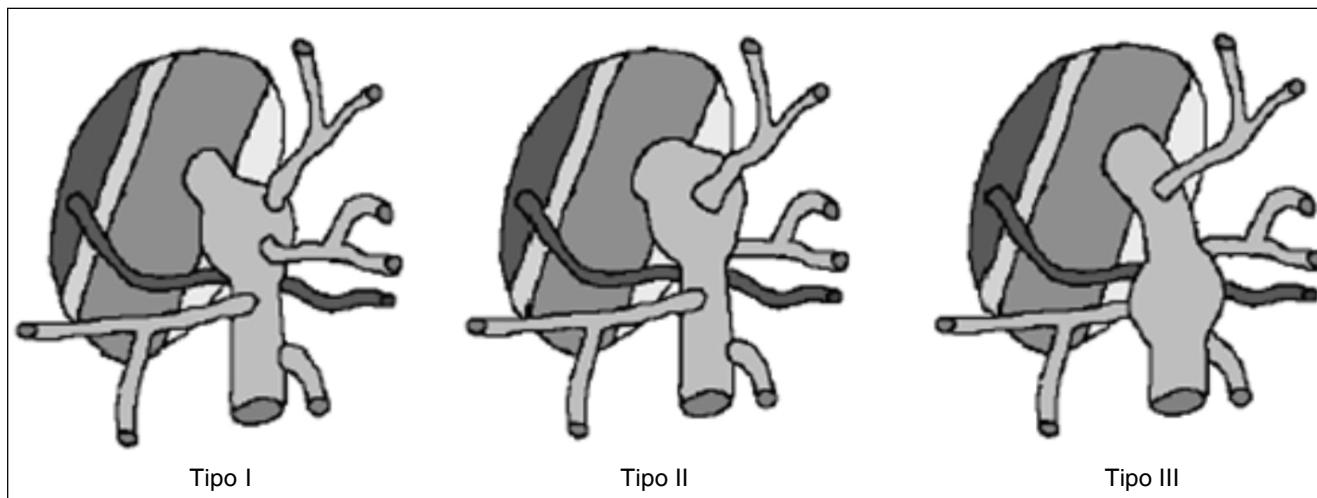


Figura 1. Clasificación de Blanchemaison.

Los procedimientos quirúrgicos descritos son: ligadura, escisión tangencial con venorrafia lateral, parche de vena autóloga y resección con reconstrucción.⁵

CASO CLÍNICO

Femenina de 35 años referida al Centro Médico ISSEMYM de Ecatepec. Ingresó al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular proveniente del Departamento de Cirugía General de su hospital general de zona. Fue intervenida en la unidad de origen con el diagnóstico de hernia femoral con el antecedente de exploración de canal femoral-inguinal. En la unidad médica se llevó a cabo sutura de ligamento inguinal y canal femoral; como hallazgo transoperatorio se encontró aneurisma de vena safena mayor.

La paciente tuvo antecedente clínico de tumoración en pliegue inguinal izquierdo de diez años de evolución; no refirió antecedente de trauma. A la exploración física presentó aumento de volumen en pliegue inguinal izquierdo en posición decúbito; en posición de pie se incrementaba el volumen de la lesión con la maniobra de valsalva.

Fue valorada en el Servicio de Cirugía Vascular del Centro Médico ISSEMYM de Ecatepec, en el Estado de México, en el periodo postoperatorio inmediato; al arribar a la unidad presentó disnea en reposo y dificultad respiratoria. En la unidad se realizaron estudios de determinación

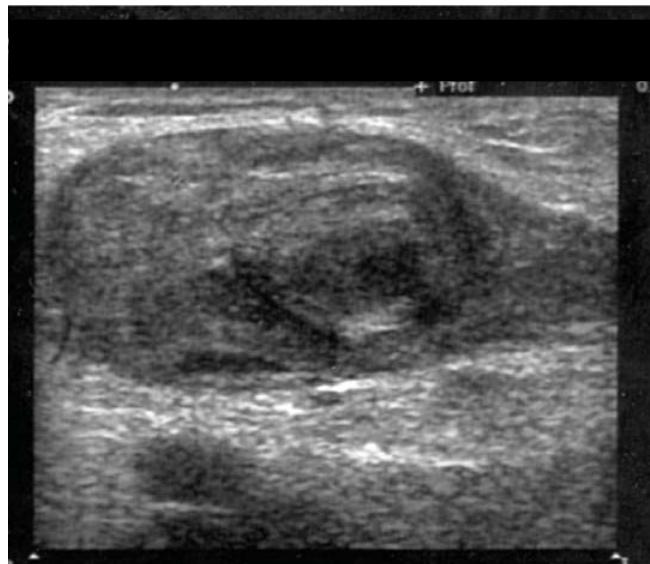


Figura 2. Doppler dúplex que muestra dilatación aneurismática de vena safena mayor adyacente a la unión con vena femoral y con continuidad a la vena safena y presencia de trombo en el interior del aneurisma.

de dímero D cuantitativo con resultado positivo $> 0.5 \text{ ng/mL}$, electrocardiograma en reposo con S1; Q3 T3; gamagrama pulmonar ventilatorio-perfusorio referido con alta posibilidad para embolismo pulmonar.

Se realizó eco-dúplex venoso en donde se apreció dilatación venosa importante adyacente a vena femoral y continuidad a vena safena mayor y presencia de trombosis en el segmento aneurismático (*Figura 2*). Se realizó flebografía ascendente, en la cual se observó lesión de vena femoral común en zona de ligamento inguinal sin datos de trombosis (*Figura 3*).

Técnica

La paciente ingresó al quirófano por parte del Servicio de Cirugía Vascular; el procedimiento inició al colocarse filtro de vena cava inferior (*Greenfield Boston Scientific*) con acceso yugular interno mediante punción percutánea, inmediatamente se procedió a explorar ligamento inguinal y canal femoral, retirando sutura que condicionaba estenosis de canal femoral y de ligamento inguinal que condicionaba disminución de calibre de vena femoral (*Figura 3*). En la *figura 4* se muestra el aneurisma venoso, se observa sutura de cirugía previa; se realizó resección de la lesión más safenectomía convencional.



Figura 3. Flebografía ascendente previa a la exploración de canal inguinal-femoral. Se observa estenosis de vena femoral común.



Figura 4. Safena mayor con dilatación aneurismática adyacente a vena femoral. Se observa sutura de cirugía inicial en pliegue inguinal.

Durante la estancia se trató con enoxaparina 40 mgr/s.c. cada 12 hrs, analgésico y antibiótico intravenoso profiláctico sólo por un día.

DISCUSIÓN

Los aneurismas venosos primarios tienen baja incidencia, la exploración clínica se deberá realizar de manera dirigida con maniobras de valsalva en posición de pie y en decúbito. Como parte del escrutinio se deberá realizar eco-dúplex venoso y no únicamente en modo B, así como auscultar intencionadamente pliegue inguinal y regiones femorales en busca de soplo, thrill u otro fenómeno agregado.

De acuerdo con la literatura revisada estas lesiones se encuentran subdiagnosticadas como hernia inguinal o femoral. Es importante que el cirujano que realice cirugía del canal inguinal y del canal femoral considere la posibilidad en esta patología quirúrgica y llevar a cabo evaluación por parte del ci-

rujano vascular cuando se sospeche o se tengan dudas del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

En todo paciente, ante la sospecha de hernia inguinal o de región femoral, deberá sospecharse la posibilidad de patología vascular presente (venosa o arterial) mediante exámenes incruentos (eco-dúplex) para evitar complicaciones mayores que pongan en peligro la vida del paciente.

Como parte de los lineamientos de atención en la unidad hospitalaria, a la paciente se le entregó consentimiento informado y se trató de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki y con lo publicado en el Diario Oficial de la Federación del 26 de enero de 1982 por la Secretaría de Salud.

REFERENCIAS

1. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1997; 26: 845-52.
2. Grice GD III, Smith RB, Robinson PH, Rheudasil JM. Primary popliteal venous aneurysm with recurrent pulmonary emboli. *J Vasc Surg* 1990; 12: 316-8.
3. Gorenstein A, Katz S, Schiller M. Congenital aneurysms of the deep veins of the lower extremities. *J Vasc Surg* 1987; 5: 765-8.
4. Eifert S, Villavicencio JL, Kao TC, Taute BM, Rich NM. Prevalence of deep venous anomalies in congenital vascular malformations of venous predominance. *J Vasc Surg* 2000; 31: 462-71.
5. Banno H, Yamanouchi D, Fujita H, Nagata J, Kobayashi M, Matsushita M, et al. External iliac venous aneurysm in a pregnant woman: A case report. *J Vasc Surg* 2004; 40: 174-8.
6. McCready RA, Bryant MA, Divelbiss JL, Chess BA. Subclavian venous aneurysm. Case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2007; 45: 1080-2.
7. Sarap MD, Wheeler WE. Venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1988; 8: 182-3.
8. Sánchez J. El cayado de la vena safena interna: Anatomía quirúrgica y sus aplicaciones prácticas en el tratamiento de las várices. *An Cir Card Vasc* 2000; 6(2): 72-9.

Correspondencia:

Dr. Edgardo Román Guzmán
Amatl, Núm. 62 Esq. Coyamel
Col. Santo Domingo Coyoacán
04369, México, D.F.
Tel. (01 55) 5618 3635
Correo electrónico:
romanomx2003@yahoo.com.mx