

Caso clínico

Aneurisma de vena axilar derecha y doble aneurisma de vena axilar izquierda. Reporte de caso y revisión de la literatura

Dr. Rubén Ventura Hernández-Tejeda,*

Dr. Oscar Emilio Gordillo-Gordillo,* Dra. María Isabel Guevara-Saldívar,**

Dr. Rubén Ventura Hernández-Flores,*** Dr. Rodrigo Arellano-Naranjo****

RESUMEN

Los aneurismas venosos en extremidades superiores son extremadamente raros, con pocos reportes en la literatura médica dada su escasa presencia, de pobre sintomatología o incluso asintomáticos, pero debido a sus complicaciones, potencialmente peligrosos. Se presenta caso de paciente portadora de aneurismas verdaderos, a nivel de venas axilares, diagnosticados tanto clínicamente como por USG Doppler y flebografía donde se observaron dilataciones aneurismáticas a nivel de ambas venas axilares, sin presencia de trombosis y manejado con abordaje quirúrgico como tratamiento definitivo, realizando una anastomosis término-terminal con vena axilar y vena basílica. Observando por histopatología disminución en la densidad de las fibras elásticas, y fibrosis de la túnica media, con áreas en que el tejido fibroso reemplaza la túnica media, evidenciada por la ausencia de tejido muscular en la pared venosa.

Palabras clave. Aneurismas venosos, vena, vena axilar.

ABSTRACT

Venous aneurysms in the upper extremities are extremely rare, with only a handful of cases reported in the literature to date because of uncommon presence, low symptomatology or even become asymptomatic, but complications potentially dangerous, hence the importance of knowledge. This case report presents a patient with true aneurysms, at axillary veins level, clinically diagnosed with imaging studies such as Doppler ultrasound and phlebography showed aneurysmal dilatations at both axillary veins level, without the presence of thrombosis and managed with a surgical approach as a definitive treatment, performing a terminal-terminal anastomosis with axillary vein and basilic vein. Histopathology reveals a decrease in density of the elastic fibers, and fibrosis of tunica media, with areas in which the fibrous tissue replaces the tunica media, evidenced by the absence of muscle tissue in the venous wall.

Key words. *Venous aneurysms, axillary vein, vein.*

* Angiólogo. Consulta privada.

** Médico adscrito de Angiología. Hospital General de Zona 32, IMSS.

*** Médico adscrito de Cirugía General, Hospital General de Zona 25, IMSS.

**** Médico Cirujano. Consulta privada.

INTRODUCCIÓN

Se puede definir a un aneurisma venoso (AV) como un segmento de vena que es 1.5 veces el diámetro de la vena en ambos lados del segmento en cuestión,¹ o también como una dilatación aislada persistente del doble del diámetro normal de la vena o tres veces en su tamaño normal.² Considerados extremadamente raros, con una incidencia de los AV superficiales en torno al 0.1%.³ Sin predominio en algún género presentándose en cualquier rango de edad por igual.⁴ De etiología variable ya sea traumática, inflamatoria, congénita, degenerativa o iatrogénica,¹ así como también asociada a venas varicosas y fístulas arteriovenosas,⁵ como principales asociaciones de patología vascular.

De forma microscópica en este tipo de patologías se encuentra la endoflebohipertrofia y la endoflebosclerosis como la principal característica histológica de estos procesos aneurismáticos,² algunos informes que examinan el tejido de AV sugieren los cambios estructurales focales de la pared venosa que puede estar relacionada con una mayor expresión de la selección de metaloproteínas de la matriz,⁶ incluyendo una única luz irregular con disminución de músculo liso, aumento de tejido fibroso, fibras de elastina fragmentadas y poca infiltración de células inflamatorias.²

Los AV, al ser poco frecuentes, es difícil establecer el sitio de aparición más común; sin embargo, se observan generalmente en el sistema venoso profundo con diferente localización, encontrando con mayor incidencia en vena yugular interna, vena cava superior y vena cava inferior, la vena porta y las venas de las extremidades inferiores,¹⁰ siendo extremadamente raros en venas de extremidades inferiores, estando entre los sitios más comunes la vena safena y la vena subclavia, con poco o casi nulos reportes en la literatura médica de aneurismas de vena axilar.

La mayoría de los AV son poco diagnosticados, ya que se presentan de forma asintomática o como efectos de masa de tejido blando, que muchas veces pasan desapercibidos, por la falta de sospecha por los clínicos aunado a la poca sintomatología que los acompaña. Teniendo complicaciones de gran importancia, siendo las más importantes trombosis, ruptura e incluso tromboembolia pulmonar, encontrando una incidencia de AV con embolia pulmonar concomitante al 24%-32% y a la enfermedad venosa crónica asociada con AV en 76%,⁷ siendo la ruptura del aneurisma una complicación muy rara.⁸ Por lo que la recomendación es realizar un diagnóstico precoz, teniendo una sospecha diagnóstica en pacientes con presencia de masa en tejidos blando, in-

cluso de manera no pulsátil o como hernias, con la utilización idealmente de la ecografía dúplex y flebografía ascendente para su adecuada ubicación, dimensiones, así como también la valoración de presencia de trombosis y su planificación terapéutica evitando así mayor índice de complicaciones, aunado a la extirpación quirúrgica del mismo, con manejos a través de una escisión tangencial o interposición del injerto o escisión total.² Los aneurismas saculares pueden tratarse con aneurismectomía o ligadura de la vena proximal y distal, resección, y anastomosis de extremo a extremo; para los aneurismas fusiformes, puede ser usado un injerto autólogo de interposición. Los AV superficiales se pueden tratar mediante ligadura de las venas aferentes y eferentes con escisión total.⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 16 años de edad, sin antecedentes de importancia, que presentó tumoración palpable en región axilar izquierdo, principalmente a la elevación del brazo o al realizar esfuerzos, acompañándose de parestesia y disminución de fuerza muscular. A la exploración física masa palpable de 2 cm en hueco axilar izquierdo a la flexión y abducción de brazo, sin alguna otra sintomatología, realizando USG Doppler axilar izquierdo, donde se observó vena axilar, ectásica, tortuosa, con diámetro de 15 mm, con adecuado flujo y llenado sin datos de trombosis (*Figura 1*), por lo cual se realizó flebografía de miembros torácicos observándose dilataciones aneurismáticas a nivel de ambas venas axilares, en miembro superior derecho con presencia de aneurisma de vena axilar derecha de 2 cm de diámetro (*Figura 2*) y de miem-



Figura 1. USG vena axilar izquierda con tortuosidades de aproximadamente 15 mm.

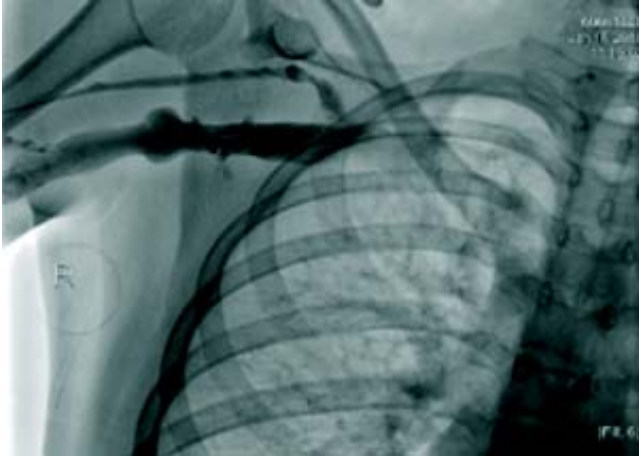


Figura 2. Miembro superior derecho con una dilatación aneurismática de 2.5 cm.



Figura 3. Miembro superior izquierdo con dos aneurismas con una dilatación de 2.5 cm y otra proximal de 2.5 cm.

bro superior izquierdo con dos, una dilatación de 2.5 cm y otra proximal de 2.5 cm con importante reflujo (*Figura 3*), sin antecedentes heredofamiliares, traumáticos o alguna otra causa aparente.

Se realizó manejo con anticoagulantes por el elevado riesgo de trombosis y se decidió un abordaje quirúrgico con resección de aneurismas de vena axilar izquierda con anastomosis término-terminal a vena basilíca izquierda (*Figura 4*), realizando estudios histopatológicos de la pieza, resultando de la biopsia fleboesclerosis leve, por lo cual se realizaron tinciones especiales de fibras elásticas donde se reveló engrosamiento de la túnica media, con desorganización de las fibras de colágeno donde en esa misma túnica se observó disminución en la densidad de las fibras elásticas, así como tinción de Mas-

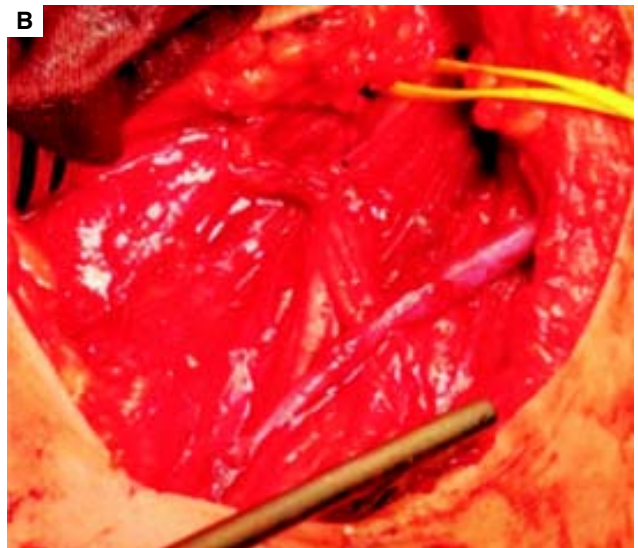
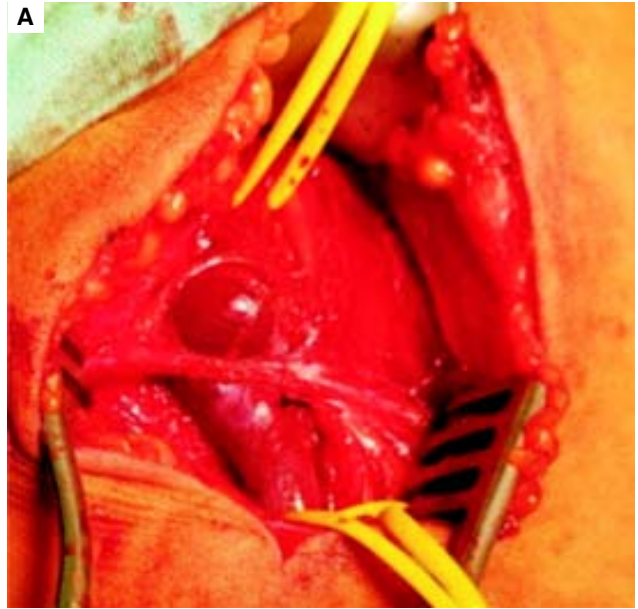


Figura 4. A. Dilatación aneurismática de vena axilar izquierda de 2.5 cm. **B.** Resección aneurismática y anastomosis término-terminal de vena axilar y vena basilíca.

son, el cual reveló fibrosis de la túnica media, con áreas en que el tejido fibroso reemplaza la túnica media, evidenciada por la ausencia de tejido muscular en la pared venosa (*Figuras 5 y 6*). Con una adecuada evolución y sin complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, continuó en vigilancia estrecha de aneurisma de vena axilar derecha para posterior manejo quirúrgico, así como la prevención de complicaciones posteriores por el mismo.

DISCUSIÓN

Los AV son extremadamente infrecuentes y con poca localización a nivel de extremidades superio-

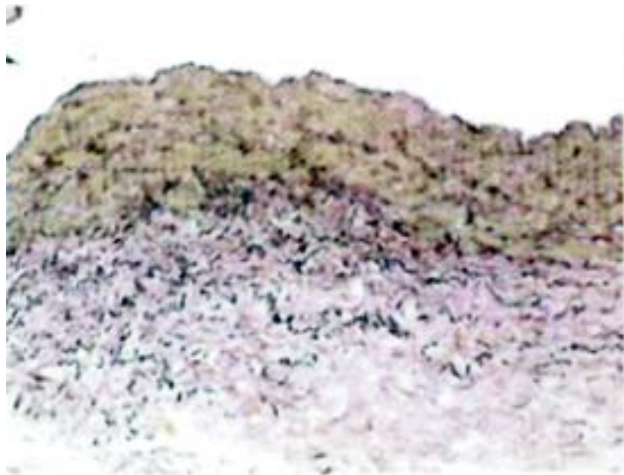


Figura 5. Tinción de Masson.

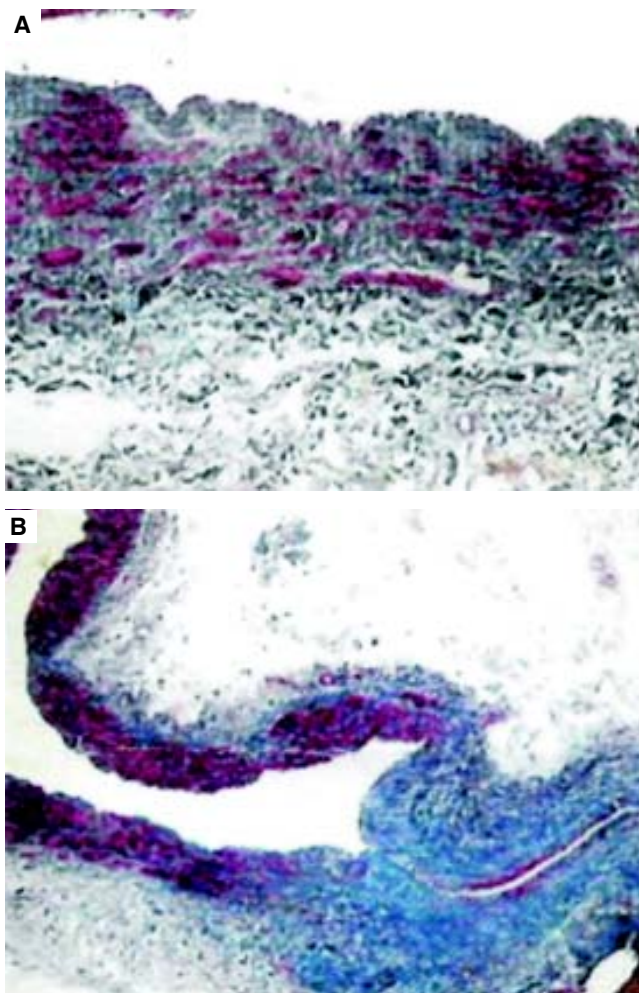


Figura 6. Tinciones especiales de fibras elásticas.

res, y de gran interés en este caso, la localización bilateral en las venas axilares en paciente de 16 años de edad con un doble aneurisma en vena axi-

lar izquierda, sin algún antecedente similar en la literatura médica.

Se trata de una patología extremadamente infrecuente, pero que es importante tener como sospecha diagnóstica en pacientes que presentan masas de tejidos blandos, con antecedentes de venas varicosas, traumatismos congénitos y colagenopatías. Encontrándose sólo reportes de casos en la literatura médica de aneurisma de vena axilar por causa traumática posterior a un proceso quirúrgico y otro como un angioma venoso.¹⁰ De manera histológica los resultados expuestos en estos casos corresponden a aneurisma de pared venosa.^{8,10}

Realizando la cirugía con anastomosis término-terminal de vena axilar y vena basilica de miembro torácico izquierdo tanto por las condiciones del aneurisma, edad de la paciente y las dimensiones venosas que se encontraron, dando como resultado una adecuada permeabilidad con flujo laminar sin presencia de gasto en cierre de anastomosis, con una recuperación exitosa y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

Los AV, al ser poco diagnosticados por su baja sospecha y al ser infrecuentes en la práctica clínica habitual, son de suma importancia por la alta presencia de complicaciones, siendo la trombosis la más frecuente de éstas. De etología variable y multifactorial, es muy importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física para poder realizar un diagnóstico precoz y corroborándolo con estudios de imagen como la flebografía ascendente para posteriormente poder realizar una intervención quirúrgica como tratamiento definitivo y evitando así complicaciones a mediano y largo plazos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Chen SI, Clouse D. Superficial venous aneurysms of the small saphenous. *J Vasc Surg* 2009; 50.
2. Gabrielli R, Rosati MS, Siani A, et al. Management of symptomatic venous aneurysm. *Scientific World J* 2012; 2012.
3. Pascarella L, Al-Tuwaijri M, Bergan JJ, Mekenas LM. Lower extremity superficial venous aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2005; 19(1): 69-73.
4. Vermeer NC, Elshof JW, Vriens PW. Clinical presentation, diagnosis, and treatment of venous aneurysms. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2014; 2: 349e53.
5. Wallace JR, et al. Upper Extremity Venous Aneurysm as a Source of Pulmonary Emboli. *Ann Vasc Surg* 2013; 27: 2.

6. Irwin C, Synn A, Kraiss L, Zhang Q, GriffenMM, Hunter GC. Metalloproteinase expression in venous aneurysms. *J Vasc Surg* 2008; 48(5): 1278-85.
7. Sessa C, Nicolini P, Perrin M, et al. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. *J Vasc Surg* 2000; 32: 902e12.
8. Friedman SG, Krishnasastry KV, Doscher W, Deckoff SL, Primary venous aneurysms. *Surgery* 1990; 108(1): 92-5.
9. Malem D, Bangash HK, et al. Primary Axillary Venous Aneurysm Associated with local Neurological Complications. *Ann Vasc Surg* 2017.
10. Acin F, Benito L, et al. Primary Axillary Venous Aneurysm. *Ann Vasc Surg* 1999; 13: 539-40.

Correspondencia:

Dr. Rubén V. Hernández-Tejeda
Angiología y Cirugía Vascular
Querétaro Eje 2 Sur 147, Int. 303, Roma
Nte. C.P. 06700, Ciudad de México, México.
Tels.: 5584-0026, 5564-4538.
Correo electrónico:
doctor@hernandeztejeda.com.mx