

ANEURISMA TRAUMATICO DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL

W. PADRÓS ARCHS, Jefe del Servicio de Angiología Clínica Médica B.
Prof. SORIANO, Dr. X. SUBIRÓS SOLER y Dr. J. M. FUENTES MARCO,
Angiólogos del Servicio.

Presentamos un caso de aneurisma traumático de la arteria Femoral Superficial, cuyo interés estriba principalmente en la escasa frecuencia de este tipo de aneurisma, en tiempo de paz, sin que concurren otros factores en su formación.

En efecto, los aneurismas de etiología traumática, son aquellos que pueden surgir a consecuencia de heridas que interrumpen la continuidad de la pared arterial o, con menos frecuencia, después de traumatismos cerrados (golpes, choque, aplastamiento, contusión u onda explosiva). La presencia de prominencias ósea anormales (espolón osteocondrítico, exostosis, etc.), puede favorecer el desarrollo de un aneurisma por traumatismo repetido o por la acción de un trauma único, aun de mediana intensidad, que comprima la arteria entre dos planos, lesionándola por el efecto punzante de dicha prominencia.

En una revisión hecha por G. PAPPAS y col. (1964), entre los aneurismas de la arteria Femoral encontramos los siguientes datos:

Etiología:

Arteriosclerosis	75 %
Falsos	16 %
Traumáticos (la mayor parte asociados a lesiones arterioscleróticas)	8 %
Luéticos	1 %

Localización:

Femoral Común	27 %
Femoral Superficial	26 %
Iliofemoral	14 %
Femoropoplíteo.	13 %
Femoral Profunda	1 %



Paciente J. M. R. de 49 años de edad, que acudió a nuestra consulta con un síndrome varicoso bilateral, más acentuado en la pierna derecha. Al proceder a la exploración de rutina, apreciamos una tumoración localizada en

el tercio inferointerno del muslo derecho, pulsátil y expansible sincrónicamente con la sístole cardíaca y cuya situación correspondía al trayecto de la arteria Femoral Superficial. La auscultación reveló un soplo sistólico que se propagaba a muy corta distancia.

Interrogamos de nuevo al enfermo y manifestó haber sufrido, aproximadamente un año antes, un fuerte golpe en la región en que asentaba la tumoración, provocado por el ángulo de una pesada caja, sin que se presentara herida externa.

Para la confirmación del diagnóstico clínico, le fue practicada una arteriografía por punción directa de la arteria Femoral Común, que mostró una dilatación aneurismática fusiforme de la arteria Femoral Superficial en su tercio inferior.

A los 8 días de haber sido realizada la arteriografía, se instauró un síndrome isquémico agudo en pierna derecha, que deja como secuela un cuadro de claudicación intermitente. Dicha sintomatología indicaba la aparición de



FIG. 1. — Obsérvese la localización del aneurisma y las venas varicosas de la pierna derecha.

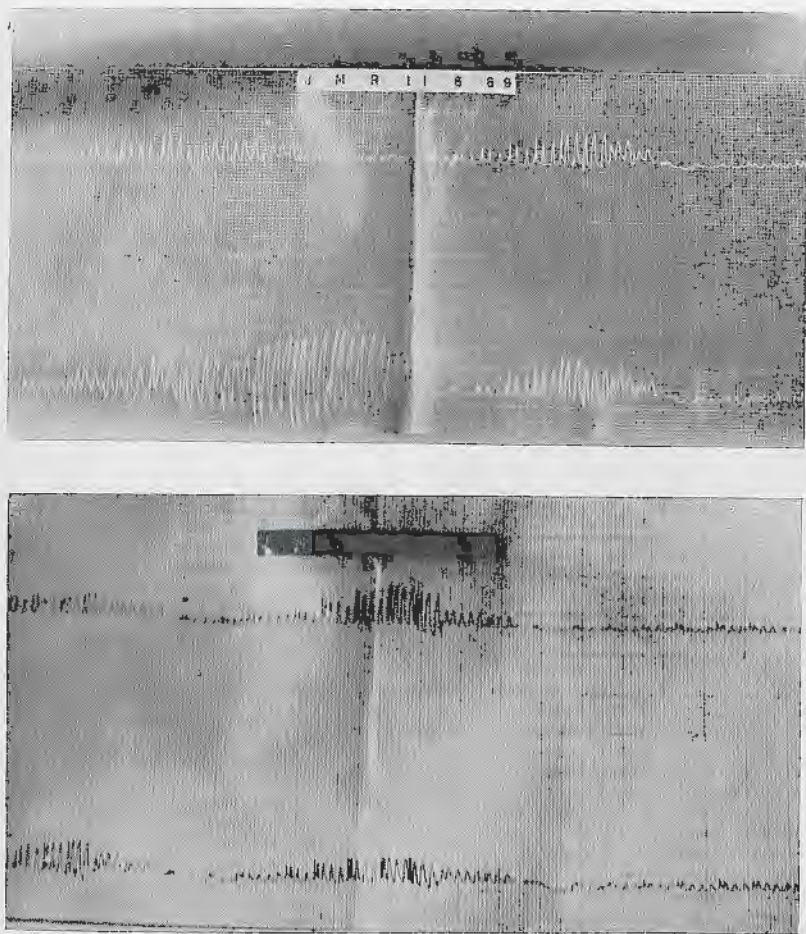


Fig. 2. — A) Oscilografía preoperatoria, que muestra una manifesta hiperoscilografía.
B) Oscilografía post-operatoria, totalmente corregida.

una de las frecuentes complicaciones de los aneurismas: La embolia distal. El enfermo fue ingresado en nuestro servicio y se procedió a la intervención que reseñamos a continuación:

En un primer tiempo practicamos la extirpación de las venas varicosas, conservando la vena Safena Interna, para utilizarla como injerto venoso; se procedió a la preparación de dicha vena encontrándonos con la dificultad de que se hallaba muy dilatada, debiendo por dicha causa aprovechar el tramo más adecuado. Incisión en tercio inferointerno del muslo, disección de los

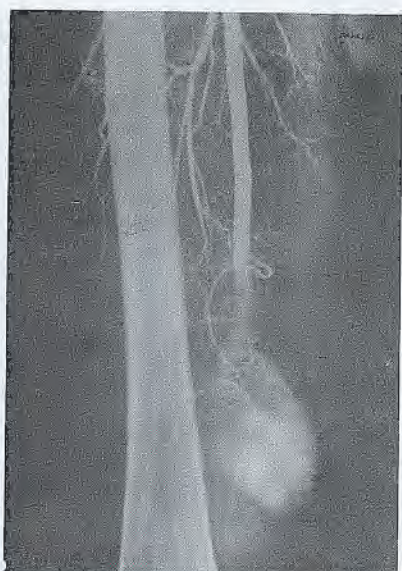


FIG. 3, 4 y 5. — Arteriografía preoperatoria, que permite visualizar el aneurisma, de considerable tamaño.
FIG. 6. — Arteriografía post-operatoria, en la que el injerto de vena Safena Interna, ha sustituido al aneurisma.

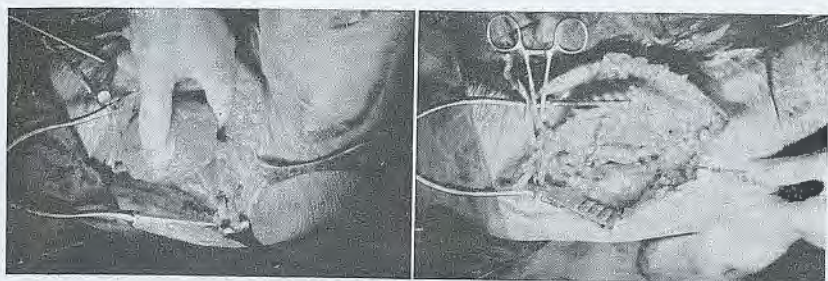


FIG. 7. — Momento en que se procede a la extirpación del aneurisma.

FIG. 8. — Injerto de Safena autógena, colocado en el lugar que ocupaba el aneurisma.

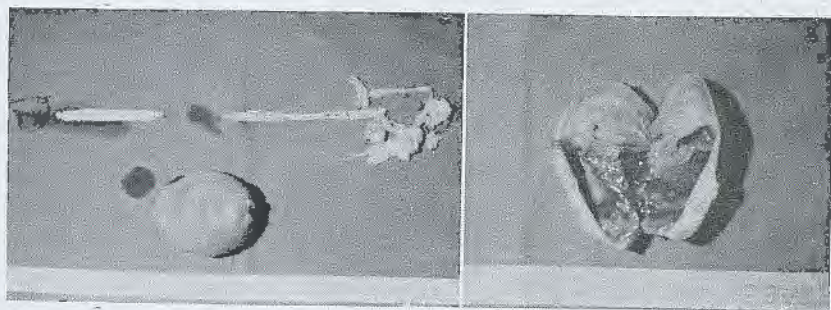


FIG. 9. — La pieza extirpada, que en su eje mayor mide aproximadamente 8 cm. A su lado los restos de la vena Safena Interna, que se utilizó para el injerto.

FIG. 10. — La pieza operatoria abierta, en cuyo interior existen numerosos trombos.

músculos que recubren el paquete vásculo-nervioso de dicha región, apareciendo el aneurisma ligeramente por encima del anillo del tercer aductor, que se secciona.

Resección del saco aneurismático previa disección de la vena femoral a la que se encontraba adherido. Se extirpa el aneurisma. Se pasa una sonda de Fogarty del n.º 4 para practicar la extirpación del émbolo. Sutura término-terminal del injerto de safena autógena. Sutura del anillo del tercer aductor por debajo del injerto. Reconstrucción de planos musculares y sutura de piel.

En el curso post-operatorio, el enfermo presenta una tromboflebitis femoro-poplítea, resuelta con tratamiento médico.

A los 2 meses de la intervención se practica una arteriografía de comprobación, en la que se aprecia el perfecto funcionamiento del injerto, así como oscilografía y fotopletismografía que confirma el buen estado.

A los 2 años el enfermo acude a revisión encontrándose perfectamente bien, quedando como única secuela de tromboflebitis un discretísimo edema.

Como *comentario* final a este trabajo, queremos recalcar el tipo de traumatismo producido por el borde de una caja al caer sobre la parte interna de la pierna que permitió al paciente seguir trabajando sin más trastorno, hasta que a la mañana siguiente observó la aparición de un bulto en dicha región que no le producía molestia alguna.

BIBLIOGRAFIA

1. CRAWFORD, E. S., DE BAKEY, E. M., COOLEY, A. D.: Surgical considerations of peripheral arterial aneurysms. Arch. of Surgery, 1959.
2. KAPPERT, A.: Aneurisma post-traumático. Atlas de Angiología, 1968.
3. MARTORELL, F.: Aneurismas femorales. Angiología, 1969.
4. SOBREGRAU, R. C. DE, PACHECO, J., VIVER, E., GALINDO, N.: Tratamiento quirúrgico de los aneurismas arteriales periféricos. Hospital General, 1966.