

## *Aneurismas femorales complicados*

Dres. URUGUAY LARRE BORGES, JOSE L. FILGUEIRA  
y ROBERTO RUBIO \*

### INTRODUCCION

En el pasado, el tratamiento de los aneurismas femorales complicados era conservador o consistía en resección del aneurisma sin restablecimiento de la continuidad arterial.

La primer conducta determinaba el advenimiento de complicaciones en el 50 % de los casos, seguidos durante 3 a 5 años.

La segunda, determinaba la aparición de signos de insuficiencia arterial.

El advenimiento de la cirugía arterial reconstructiva nos da la posibilidad de utilizar métodos de tratamiento efectivos.

La arteriosclerosis es la causa más frecuente de aneurismas arteriales periféricos y la mayoría de estos tipos de aneurismas están localizados en las arterias femorales o poplíteas.

Es significativa la alta incidencia de aneurismas múltiples en estos pacientes. Generalmente se encuentran en la 6ª ó 7ª década de la vida y es frecuente la asociación con enfermedades cardiovasculares.

Los aneurismas traumáticos se ven generalmente en personas más jóvenes y pueden ser debidos a traumatismos cerrados o abiertos. Su localización es muy variada, generalmente involucran una arteria esencial para la nutrición del miembro. Se pueden presentar como un falso aneurisma o como una fístula arteriovenosa, generalmente asociada a un falso aneurisma.

Aneurismas postestenóticos pueden aparecer en las arterias periféricas principales. Su localización más frecuente es la arteria subclavia, distal a la estenosis producida

por el escaleno anterior o una costilla cervical. Generalmente son pacientes más jóvenes que los que tienen aneurismas arterioscleróticos.

Las complicaciones son motivo de consulta frecuente. Siempre son graves, especialmente la embolia periférica a partir del aneurisma y la trombosis súbita. Otra de las complicaciones es la rotura del aneurisma con los trastornos hemodinámicos que ella determina. Excepcionalmente se asistirá a un cuadro de anemia aguda, por las características de la región donde se produce el proceso y por la tendencia a la localización formándose una colección secundaria (pseudoaneurisma).

La hemorragia externa nunca es primitiva y siempre supone un largo período de evolución, a diferencia de los falsos aneurismas aparecidos en forma secundaria al tratamiento quirúrgico. La razón de esta distinta modalidad evolutiva está determinada por la existencia de una incisión quirúrgica y en particular de una infección sobreagregada, que es la que en definitiva comanda las directivas terapéuticas.

El intento de reconstrucción arterial será siempre la premisa quirúrgica frente a estos casos, pero ello se mostrará como posible en la primera eventualidad y como muy aleatoria en la segunda, debiendo ser sustituida por la resección.

A continuación se relatarán dos casos de rotura de aneurisma femoral con distinta modalidad evolutiva.

### OBSERVACIONES CLINICAS

CASO 1.— M. E. de B., mujer, 75 años. Hace 6 horas, dolor intenso y frialdad en miembro inferior derecho. Presenta el antecedente de tumoración pulsátil en la región crural; tratada con Roniacol por síndrome de insuficiencia arterial crónica de sus miembros inferiores. Cuarenta y ocho horas antes, recibió traumatismo en región sacra al caer desde su altura.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de noviembre de 1969.  
\* Docente Adscripto de Cirugía. Asistente de Clínica Quirúrgica. Profesor Agregado de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

*Examen.* Enferma pálida; aneurismo grande, pulsátil, en región crural con extensa equimosis en el muslo M.I.D. frío y pálido, sin pulsos distales. M.I.I. no tiene pulsos pedeo y tibial posterior. Se opera con urgencia con el diagnóstico de rotura del aneurisma femoral.

*Operación.* Incisión vertical sobre triángulo de Scarpa que se prolonga hacia el abdomen, infiltración hemática de los músculos de la región crural consecutiva a la rotura aneurismática. Aneurisma de 15 cm. en su eje mayor, permeable y pulsátil.

Arteria iliaca externa arteriosclerótica y permeable en su porción distal.

Arteria femoral superficial obstruida desde su origen por proceso crónico arteriosclerótico. Arteria femoral profunda de paredes engrosadas y luz reducida, no se puede cateterizar en la vecindad de su origen, se disecciona en una extensión de 20 mm. hasta que se divide y recién en este lugar es posible encontrar una luz pequeña que aumenta algo más cuando se hace endarterectomía. La causa del síndrome isquémico es la compresión del hematoma subaponeurótico sobre la arteria. Sección de arteria femoral superficial, sección transversal de femoral común a nivel de su división. Restitución de la continuidad arterial por medio de autoinjerto de vena safena a la manera habitual entre iliaca externa a femoral profunda.

El aneurisma se abrió longitudinalmente, se vació su contenido y se aprovecharon las paredes para cubrir el autoinjerto venoso. Evolución inmediata y alejada, buena.

CASO 2.— F. P., hombre, 65 años. Consulta por tumoración pulsátil en región inguinal derecha. Antecedentes personales de insuficiencia arterial crónica de ambos miembros inferiores; 20 días antes se le efectuó aortografía por punción femoral a ese nivel.

*Examen.* Presentaba pseudoaneurisma femoral pulsátil de 14 cm. de tamaño en su eje longitudinal. Ausencia de pulsos distales.

Aneurisma pequeño de arteria femoral común izquierda. Signos de insuficiencia circulatoria crónica.

*Operación.* Incisión: abordaje extraperitoneal de arteria iliaca y vertical en Scarpa. Pseudoaneurisma de 15 cm. de longitud por delante de un aneurisma de 6 cm. de diámetro. Arteria femoral superficial permeable distalmente; arteria femoral profunda incluida en el aneurisma. Apertura y resección del falso aneurisma. Apertura y resección parcial del aneurisma verdadero.

Ligadura de arteria femoral profunda. Injerto con plástico de 8 mm. terminoterminal, de iliaca externa a femoral superficial. Evolución inmediata y alejada, buena.

## CONSIDERACIONES

Si como hemos visto el tratamiento del aneurisma es quirúrgico, el mismo se presenta como imperativo frente a la existencia de complicaciones.

En los aneurismas arterioscleróticos, a la patología propia de la complicación hay

que sumarle la de la enfermedad de fondo, lo que hace que muchas veces la solución quirúrgica no pueda ser determinada hasta el momento de la operación.

Prueba de ello fueron las distintas soluciones que hubo que aplicar en estos casos: injerto venoso con tromboendarterectomía de la femoral profunda; injerto plástico a la femoral superficial con ligadura de la profunda.

Queremos destacar, en el primer caso, que los intentos de mantener la permeabilidad de la femoral profunda se presentaban como más imperativos, pues era su compresión secundaria la que determinaba el síndrome de isquemia aguda.

En el último caso se observó lo difícil que puede resultar la liberación de la femoral profunda, por la íntima relación con los elementos venosos, que se encuentran prácticamente laminados por el crecimiento aneurismático.

Estos casos son ejemplo de la necesidad de efectuar un tratamiento muy ajustado, pues el trofismo del miembro queda librado a una reconstrucción arterial sin vías de suplencia colaterales. El fracaso de la misma llevará a la isquemia irreversible y a la amputación secundaria.

Por estas mismas razones y en particular cuando se emplean materiales sintéticos, deberán extremarse las medidas tendientes a evitar la infección secundaria, las medidas de asepsia reseccando los tejidos desvitalizados y evitando la creación de espacios muertos.

## RESUMEN

Se presentan dos observaciones de aneurismas femorales complicados por ruptura uno y trombosis el otro.

Ambos fueron tratados con éxito.

## RÉSUMÉ

Présentation de deux observations d'anévrismes fémoraux compliqués. Dans un malade rupture et thrombose dans l'autre.

Dans les deux cas le traitement fut satisfaisant.

## SUMMARY

Authors presents two observations of complicated femoral aneurisms, with rupture in one case, and obstruction in the other.

Both were succesfully treated.

## BIBLIOGRAFIA

1. BILLIG, D., JORDAN, P. and De Bakey, M. Arteriosclerotic aneurysm of profunda femoris artery. *Bulletin Baylor University*, 6: 139, 1968.
2. HOWELL, J., CRAWFORD, ., MORRIS, G., GARRET, H. and De BAKEY, M. Surgical treatment of peripheral arteriosclerotic aneurysms. *Surg. Clin. of North Am.*, 46: 979, 1966.
3. PAPPAS, G., JANES, Ph., BERNATZ and SCHIRGER, A. Femoral aneurysms. Review of surgical management. *J.A.M.A.*, 190: 489, 1964.
4. MORRIS, G., EDWARDS, W., COOLEY, D., CRAWFORD, E. and De BAKEY, M. Surgical importance of the profunda femoris artery. *Arch. Surg.*, 82: 32, 1961.

## DISCUSION

*Dr. Matteucci:* Al comienzo de este año, me tocó intervenir en una situación similar. Se trataba de un hombre de 50 años, enfermero, a quien por una obstrucción iliaca un año antes un distinguido cirujano vascular le había hecho una trombendarterectomía iliaca derecha.

Posteriormente hizo una supuración y un aneurisma a nivel de la iliaca externa y origen de femoral común. Fue reintervenido por el mismo cirujano que le hizo un injerto con vena safena.

El enfermo pasó bien algunos meses, pero luego notó tumoración pulsátil que rápidamente aumentó de tamaño. Y cuando se me llamó de urgencia para verlo, me encontré con un hombre que estaba recibiendo sangre por varias vías, con una gran tumoración pulsátil en región inguinal tapada con compresas y toallas, que sangraba abundantemente.

Pudimos recuperar el enfermo y lo intervenimos primeramente por laparotomía mediana, liberando la parte inferior de la aorta y origen de la iliaca derecha, a quien clampeamos. Descubriendo luego la arteria femoral superficial, disecamos y clampeamos a nivel de la bifurcación femoral. Resecamos entonces un enorme tumor con coágulos, restos necrosados, de unos 20 cm. de diámetro, adherido a ciego, vejiga, y quedando amplia superficie cruenta a ese nivel.

Conocíamos el antecedente de la infección que había motivado la primera reintervención, y muy posiblemente era la responsable de la aparición de este nuevo aneurisma. Pero no teníamos en ese momento otra alternativa, si queríamos salvar el miembro del paciente, de poner un injerto, y para ello recurrimos a un plástico de 8 mm. colocado desde prácticamente el origen de la iliaca derecha hasta la bifurcación femoral. Previamente se habían resecado todos los tejidos patológicos y hecho varias tomas de exudados que luego fueron bacteriológicamente estériles.

El operado pasó bien varios días, pero una semana después comenzó una supuración a nivel de la herida operatoria, por estafilococo dorado patógeno, el mismo germen que meses atrás había motivado la importante infección.

Fue casi imposible combatirla con todos los métodos y antibióticos usados, y pese que cicatrizó la herida, persistía al mes un orificio fistuloso por donde venía pus.

A mediados de febrero me fui de vacaciones, quedando el paciente a cargo de su primitivo cirujano, quien pocos días después lo debió reintervenir y amputar debido a la gran infección que había y amenazaba provocar una hemorragia posiblemente fatal.

*Dr. Rubio:* Por razones obvias no voy a comentar el trabajo que ha presentado el Dr. Larre Borges. El tener un caso muy semejante al que nos ha relatado el Dr. Matteucci me lleva a referir brevemente éste. Paciente de unos 66 años de edad, que años atrás fue intervenido por otro cirujano por presentar arteriopatía obstructiva, realizándose trombendarterectomía de la iliaca externa derecha y "by pass" venoso entre esta arteria y la poplítea homolateral. Me consulta por presentar un grueso aneurisma de la iliaca externa y femoral común. Le realizo resección de dicho aneurisma restableciendo la continuidad arterial con un tubo recto de Dacron de 8 cm. Este paciente tuvo una buena evolución inmediata, siendo dado de alta, pero días después, ya en su domicilio presenta gran hemorragia a nivel de la anastomosis superior. Se debió reintervenir en situación crítica, realizándose extirpación del injerto y ligadura arterial proximal y distal a éste. La causa de la hemorragia fue infección, que muy probablemente haya sido factor determinante del fracaso de la primera intervención. Tuvimos más suerte que el Dr. Matteucci en este caso, pues fue posible mantener la viabilidad del miembro y actualmente con la ayuda de una simpatectomía lumbar este paciente puede hacer una vida prácticamente normal para su edad.

*Dr. Larre Borges:* El Dr. Mateucci y el Dr. Rubio, con la honestidad que les caracteriza, ponen el énfasis en la infección en este tipo de cirugía, problema que ya es conocido por todos, por lo que no vamos a ahondar en él.

En cuanto a la posibilidad en los aneurismas femorales, sobre todo cuando está involucrada la iliaca, de la realización de un injerto con vena o con plástico, somos partidarios de la técnica que utiliza el injerto venoso, no dudamos tampoco de los mismos en la localización poplítea.

Cuando como en el caso relatado por el Dr. Mateucci o el Dr. Rubio, están tomados otros sectores más amplios, como también el segundo caso nuestro, comprendiendo la iliaca, nos resulta muy difícil la colocación de vena y preferimos en esas circunstancias, en persona con riesgos de vida<sup>a</sup> no sólo dado por su afectación, sino también su edad, sustituirla por el injerto de tipo plástico.