

Aneurisma micótico tardío de la femoral profunda

Dres. Luis A. Carriquiry, Luis E. Bergalli, Néstor Campos y Juan C. Abó

Los autores presentan una observación de aneurisma de la femoral profunda izquierda, tratado exitosamente con ligadura proximal, apertura y endoaneurismorrafia obliterativa. Discuten y aceptan el origen infeccioso y micótico y destacan su origen tardío, lo que lleva a modificar las principales pautas aceptadas de tratamiento para este tipo de aneurismas.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Aneurysms Mycotic.

Los aneurismas de la arteria femoral y sus ramas son relativamente frecuentes: se les considera en la actualidad (1) los terceros en frecuencia luego de los aórticos y poplíteos y en los últimos años han sido presentadas varias estadísticas con números importantes (3, 4, 5, 6, 7, 10, 11).

Pero, si dentro de este grupo, los aneurismas que toman el tripode femoral son comunes —incluyendo dentro de ellos los denominados tipo II por Cutler y Darling (5) que se extienden al comienzo de la femoral profunda— los aneurismas propios de esta última arteria son extremadamente raros, como lo evidencia la Tabla 1.

TABLA 1

FRECUENCIA DE LOS ANEURISMAS DE LA FEMORAL PROFUNDA

Autores	Aneurismas femorales		%
	F.P.		
Pappas (11) (1964)	89	1	1,1
Dent - Lindenaer (6) (1972)	76	2	2,6
Cutler - Darling (5) (1973)	63	3	4,7
Cormier (3) (1974)	104	1	1

La observación que presentamos añade al interés de esa localización aneurismática poco común, el hecho altamente probable del origen infeccioso, no aterosclerótico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de julio de 1978.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Ex - Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor Agregado de Cirugía Cardíaca.

Dirección: Rafael Pastoriza 1451, Ap. 502, Montevideo (Dr. L. Carriquiry).

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge C. Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fac. de Medicina. Montevideo.

OBSERVACION CLINICA

E.H.R.O., masc., 40 años, H. de C. Nº 335.352.

A.P. — No antec. conocidos de fiebre reumática. Hace 5 años tratado en Hospital Maciel por endocarditis bacteriana subaguda, con comprobación en hemocultivo de *Streptococo viridans* y administración de penicilina en dosis altas por vía i/v.

Hace 3 años, es visto en Cardiología —Hospital de Clínicas— asintomático, pero con elementos al examen clínico que llevan al diagnóstico de insuficiencia valvular aórtica: punta cardíaca desplazada a izquierda, soplo diastólico aspirativo en base, danza arterial cervical, pulsos saltones, presión diferencial elevada (170/50).

Es estudiado comprobándose:

—ECG: ritmo regular de 75 p.m., con hipertrofia ventricular izquierda, y elementos de sobrecarga sistólica en cara diafragmática y en aurícula izquierda.

—Fonocardiograma: trazado compatible con insuficiencia aórtica de grado moderado a severo.

—Cateterismo cardíaco: a derecha, valores normales; a izquierda, curva aórtica compatible con insuficiencia valvular.

Simultáneamente se mantiene tratamiento preventivo con penicilina benzatínica, en dosis de 1:200.000 por vía i/m. mensual.

E.A. — Hace 3 meses, cuando se plantea intervención de recambio valvular, le notan tumefacción de 10 cm. de diámetro en raíz de muslo izquierdo, con thrill a la palpación y soplo a la auscultación. El paciente dice haberlo notado por primera vez 2 años antes, de 3-4 cm. de diámetro, datando el crecimiento progresivo de los últimos meses. No presenta dolor ni manifestaciones fluxivas a ese nivel, ni ha presentado claudicación intermitente distal.

El examen clínico, aparte de la sintomatología cardiológica ya señalada, evidencia una gran tumoración en raíz de muslo izquierdo, de forma ovoidea, de aproximadamente 15 cm. de diámetro mayor, cuyo polo superior se extiende por encima del pliegue inguinal, notoriamente pulsátil a la inspección y a la palpación.

Los pulsos arteriales distales del miembro inferior izquierdo son saltones y se comprueba mediante el estudio con ultrasonido, una presión arterial sistólica en el tobillo de 160 mm./Hg. con un índice tobillo/brazo de 0,80.

Sobre la tumefacción se ausculta un soplo de alta frecuencia.

No existen otras tumefacciones en ese ni en el otro miembro, cuyos pulsos son normales.

Diagnóstico clínico: Aneurisma del tripode femoral izquierdo.

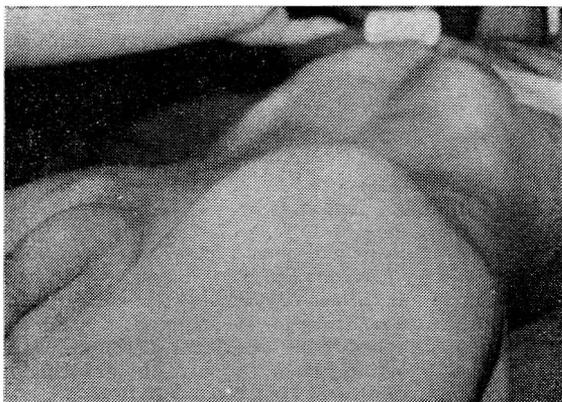


FIG. 1.—Tumoración aneurismática inguinocrural izquierda.

Conducta: Ante la edad del paciente, la ausencia de sintomatología isquémica, los excelentes pulsos distales y la buena perfusión distal, tanto clínica como evaluada mediante el Doppler, no se considera necesario realizar arteriografía y se decide intervención quirúrgica ante el peligro de rotura.

La operación se realiza el 24/XI/77, con abordaje inicial abdominal para adecuado control de la iliaca externa y la hipogástrica, así como descarte de otros aneurismas aortoiliacos, y abordaje femoral subsiguiente. Para sorpresa de los cirujanos actuantes, se comprueba un eje iliaco-femoral sano comprimido y desplazado hacia adentro por un voluminoso aneurisma situado por fuera. La disección a nivel del trípede permite individualizar los dos primeros centímetros de la femoral profunda, que se rodean con un lazo antes del punto en que la arteria se expande para formar el enorme aneurisma.

En esta situación, previo clampeo proximal de la profunda, se realiza la apertura del aneurisma, con evacuación de su contenido, endoaneurismorrefia. Dado el excelente estado del eje principal y la dificultad en localizar la femoral profunda distal, se completa la

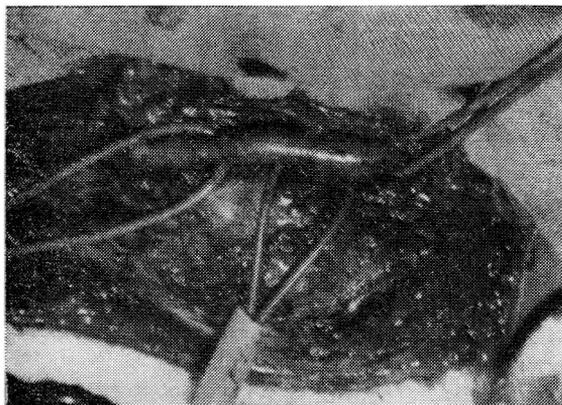


FIG. 2.—Las lazadas superiores controlan las arterias femoral común (der.) y superficial (izq.); la inferior rodea la femoral profunda en su corto trayecto preaneurismático.

operación con la ligadura de la femoral profunda en su origen y la exéresis parcial de la pared aneurismática anterior.

El paciente cursa un excelente postoperatorio, siempre con irrigación normal del miembro inferior izquierdo, aunque evidencia una paresia severa en el territorio cuadricepsal con dificultad para la extensión de la pierna y abolición del reflejo rotuliano seguramente secundaria a lesión de las ramas del crural incluidas en la pared aneurismática. Esta paresia mejora en las semanas siguientes con intenso tratamiento fisioterápico y en el momento actual el paciente deambula en forma satisfactoria, con secuela apenas notoria.

El cultivo del contenido aneurismático y de la pared no evidenció gérmenes y el estudio histológico de la pared reseca sólo mostró un exudado inflamatorio crónico.

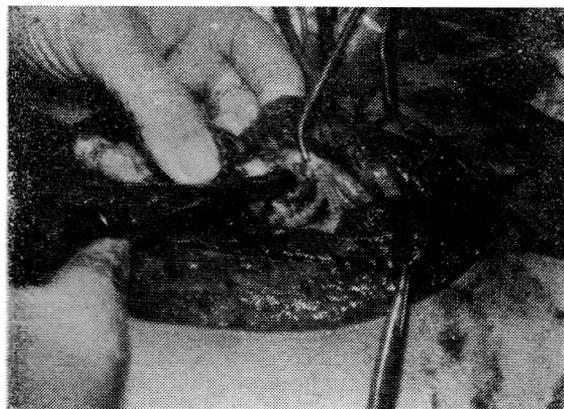


FIG. 3.—Visión de la cavidad aneurismática abierta. La pinza americana se introduce en el orificio superior de la femoral profunda.

COMENTARIO

El inesperado hallazgo intraoperatorio de este voluminoso aneurisma de la arteria femoral profunda, sin duda alguna propio de esta arteria, plantea tres problemas discutibles que queremos subrayar en esta presentación: etiopatogénico, diagnóstico y terapéutico.

Con respecto al primero, nos inclinamos francamente a favor del origen infeccioso o "micótico", pese a la ausencia de los rasgos más comunes de este tipo de aneurismas, como se encuentran en la observación de Mazza y col. (8), única que hemos registrado en nuestro medio. En primer lugar, por la existencia de circunstancias etiológicas altamente compatibles con este origen: existencia de endocarditis bacteriana subaguda injertada sobre enfermedad valvular previa desconocida. En segundo lugar, por la ausencia de elementos de otras etiologías: no hubo traumatismos o cirugía previa a nivel del muslo, que permitieran plantear un origen traumático y faltan asimismo las características más típicas de los aneurismas ateroscleróticos. En efecto, éstos:

—aparecen casi siempre a edades muy superiores.

—se acompañan de otras lesiones ateromatosas del árbol vascular y sobre todo de otras localizaciones aneurismáticas (presentes en el 60 % de los casos de Smith (14), en el 70 % de Crawford (4) y de Cutler y Darling (5), en el 80 % de Pappas (11) y en el 90 % de Dent y Lindenauer (6).

—no alcanzan nunca un tamaño tan importante.

Por otro lado, ya hemos hecho notar la rareza de la localización en la femoral profunda de este tipo de aneurismas, lo que no parece ser tan marcado para los de origen micótico. En efecto, aunque Nabseth y col. (9) en su revisión de 1961, sobre 50 aneurismas micóticos tratados quirúrgicamente, sólo registran un caso localizado en la femoral profunda, presentado por Barker (2) —que en rigor son dos, pues el autor describe uno para cada femoral profunda— en los últimos años, Enjalbert (7) encuentra 1 observación sobre 4, y O'Connor y col. (10), una entre 12.

Restarían como elementos en contra el origen tardío con respecto a la endocarditis supuestamente causal y la ausencia de cultivo positivo a nivel del contenido aneurismático. El primero no es sin embargo excepcional: Robb (13) incluye en sus observaciones de 1962, dos casos aparecidos 2 y 9 años luego de endocarditis, y Enjalbert (7) reconoce esa posibilidad. La esterilidad del cultivo del contenido aneurismático e incluso del hemocultivo simultáneo es relativamente frecuente en la literatura: en nuestro caso puede explicarse además por la antibioterapia profiláctica mantenida por más de dos años.

En lo referente al diagnóstico, la clínica no permite más que aproximarse a la localización en el trípede femoral. Algunos autores (12) han preconizado la arteriografía sistemática para despistar la existencia de otros aneurismas y la presencia de patología obstructiva asociada. En el caso presente, la excelencia de los pulsos distales y la alta presión sistólica en el tobillo nos descartaron la existencia de patología distal y nos permitieron prescindir del estudio contrastado.

La terapéutica de este tipo de aneurismas persigue dos objetivos generales (1): la exclusión del aneurisma, en cuanto foco infeccioso potencial real, de la circulación general y la restauración de la circulación distal cuando ello corresponda. En nuestro caso, sin embargo, ambas directivas conservan sólo una vigencia reducida; la primera, por la esterilidad del contenido, y la segunda por su situación fuera del eje vascular principal del miembro.

Creemos que la conducta seguida fue la más adecuada: la apertura aneurismática y la endoaneurismorrafia obliterativa evitaron el peligro de la rotura con la consiguiente hemorragia, y al mismo tiempo la ligadura proximal de la femoral profunda constituyó un reaseguro contra la hemorragia. Creemos que insistir en una revascularización "a outrance" del sector

distal de la femoral profunda hubiera sido un exceso quirúrgico, en un paciente joven con un excelente eje vascular principal del miembro.

RESUME

Anevrysme infectieux tardif de la fémorale profonde

Les auteurs présentent une observation d'anevrysme de la fémorale profonde gauche, traitée avec succès avec ligature proximale, ouverture et endoanevrysmorrhaphie obstructive. Après la discussion du cas, les auteurs acceptent son origine infectieux et mycotique et signalent son origine tardif, ce qui fait nécessaire la modification des principales règles acceptées pour le traitement de ce type d'anevrysme.

SUMMARY

Late mycotic aneurysm of deep femoral artery

A case of left deep femoral aneurysm was successfully treated by the authors by applying a proximal ligature, opening and performing obliterative endoanevrysmorrhaphy. There follows discussion and acceptance of infections and mycotic origin of condition, with emphasis on its late onset; leading to the conclusion that the main accepted guidelines for treatment of this type of aneurysm should be modified.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON CB. Mycotic aneurysms, en R. Rutherford (ed.): Vascular Surgery. Philadelphia. W. B. Saunders. 1977.
2. BARKER WF. Mycotic aneurysms. *Ann Surg*, 139: 84, 1954.
3. CORMIER JM, FERZLI LG. Anévrysmes du triépide fémoral. *J Chir*, 108: 509, 1974.
4. CRAWFORD ES, DE BAKEY ME, COOLEY DA. Surgical considerations on peripheral arterial aneurysms. *Arch Surg*, 78: 226, 1959.
5. CUTLER BS, DARLING RS. Surgical management of arteriosclerotic femoral aneurysms. *Surgery*, 74: 764, 1973.
6. DENT TL, LINDENAUER SM, ERNST CB, FRY WF. Multiple arteriosclerotic arterial aneurysms. *Arch Surg*, 105: 338, 1972.
7. ENJALBERT A. Les anévrysmes infectieux non traumatiques des membres inférieurs. *J Chir*, 98: 50, 1969.
8. MAZZA M, CRESTANELLO F, ESTEFAN A, PORTOS R, PORTOS M y CAGNO C. Aneurisma infeccioso primario del trípede femoral. *Cir Uruguay*, 44: 42, 1974.
9. NABSETH DC, DETERLING RA. Surgical management of mycotic aneurysms. *Surgery*, 50: 347, 1961.
10. O'CONNOR TW, LORD RSA, TRACY GD. Treatment of mycotic aneurysms. *Med J Austr*, 2: 1161, 1972.
11. PAPPAS G, JANES JM, BERNATZ PE, SCHIRGER A. Femoral aneurysms. Review of surgical management. *J Am Med Assoc*, 190: 489, 1964.
12. PATEL S, JOHNSTON KW. Classification and management of mycotic aneurysms. *Surg Gynecol Obstet*, 144: 691, 1977.
13. ROBB D. Surgical treatment of mycotic aneurysms. *Surgery*, 52: 847, 1962.
14. SMITH RF, SZILAGYI DE, COLVILLE JM. Surgical treatment of mycotic aneurysms. *Arch Surg*, 85: 155, 1962.