

# Seudoaneurisma de la ingle

## (Solución no convencional)

Dres. José F. Arias, Gustavo A. Bogliaccini y Carmelo Gastambide

Se relata la solución exitosa de un caso de aneurisma micótico de la región inguinal, con el uso de un autoinjerto arterial. Se reseñan brevemente los procedimientos convencionales señalando algunas ventajas e inconvenientes de los mismos.

Se destaca el procedimiento de endarterectomía por eversión y el valor funcional de la femoral profunda, puntualizando el hecho opinable de haber realizado una sutura arterial en zona supuestamente contaminada.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Aneurysm.

### INTRODUCCION

En esta etapa del conocimiento quirúrgico, se plantean diversas soluciones ante problemas clínicos específicos. En los seudoaneurismas probablemente micóticos de la ingle, se han propuesto como solución convencional, procedimientos que van desde la ligadura de los vasos afectados con el consiguiente sacrificio del miembro, hasta la reconstrucción con diferentes tipos de injerto.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de julio de 1980.

Cirujano Vascular del M.S.P., Profesor Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Juan Paullier 1110, Ap. 16, Montevideo (Dr. G. Bogliaccini).

*Servicio de Neurocirugía y Angiología (Profesor E. Palma). Hospital Maciel. M.S.P.*

Nuestro paciente recibió un autoinjerto arterial realizado en forma exitosa con arteria endarterectomizada y sobre lo cual hemos hallado muy escasas referencias en la bibliografía consultada.

### CASO CLINICO

J. B. ♂ 63 años, fumador e hipertenso.

M.I.: Dolor en m. inf. der., lesión trófica de antepie derecho.

E.A.: Hace 1 ½ año frialdad en el pie derecho. Hace 7 meses lesión necrótica en cuarto dedo que fue amputado. Eritromelia. Dolor esporádico de reposo. Niega claudicación intermitente.

Examen: Regular estado general. Eritromelia. Frialdad de pie derecho con amputación de cuarto dedo, herida infectada, dehiscente y granulante. Pulsos a derecha: femoral y distales ausentes; a izquierda: femoral presente, ausentes los distales. Aorta sin dilataciones, con buen latido.

*Análisis.* — Del examen clínico y del estudio de la aortografía se concluye que el paciente presentaba lesiones del eje arterial iliaco-femoral a predominio derecho. Lo que, asociado a una repercusión importante sobre el estado general y a la imposibilidad para conseguir una prótesis adecuada, obligó a realizar una terapéutica quirúrgica escalonada en dos etapas:

1) Lograr un adecuado flujo de aporte a la raíz del miembro. Se obtuvo por endarterectomía iliaco-femoral derecha el 30/1/79.

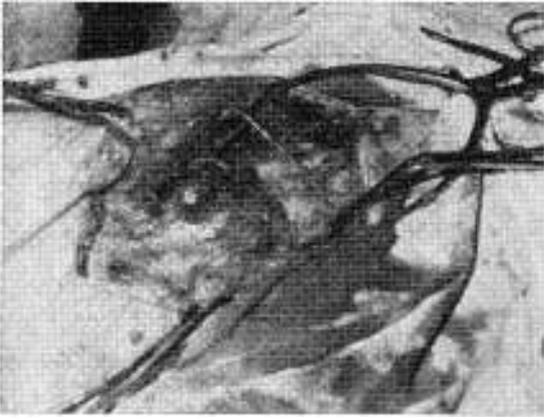


FIG. 1.— Seudoaneurisma.

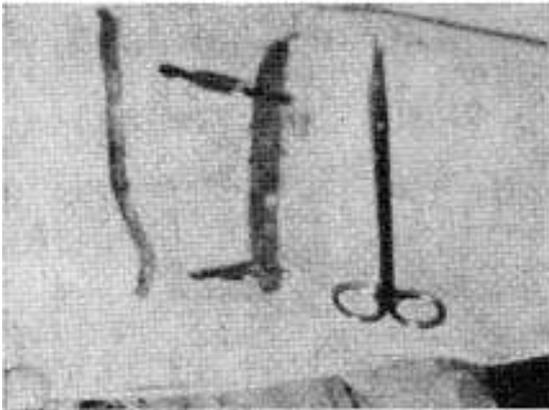


FIG. 2.— Endarterectomía por eversión de la femoral superficial.

2) Obtener una satisfactoria irrigación del sector distal del miembro. Se realizó un puente fémoro-poplíteo el 9/2/79 con lo que recuperó los pulsos distales.

En el interín se realizó la amputación del antepie derecho.

A los 43 días el examen muestra: tumoración pulsátil a nivel de la región inguinal derecha, que se interpreta como un seudoaneurisma anastomótico de la implantación superior del injerto venoso.

*Reintervención (27/3/79)*: Seudoaneurisma de 80 x 40 mm. alojado entre el trípode femoral y el injerto venoso.

El cuello del mismo corresponde a un pequeño orificio ubicado en el espolón de división de la femoral común. No hay evidencia de infección por lo que se interpreta como debilidad parietal por defecto técnico en la realización de la endarterectomía. Se soluciona con sutura de refuerzo a nivel de dicho espolón. Queda con pulsos distales presentes.

En el postoperatorio inmediato se produce una hemorragia por la herida operatoria, que obliga a una nueva reintervención. El origen del sangrado es la sutura proximal del injerto venoso; se dan puntos de refuerzo apoyando dicha sutura.

En este momento y frente a la fragilidad aumentada de las suturas se infirió la existencia de una infección de evolución tórpida o no evidente, a pesar de que los cultivos bacteriológicos tomados de la zona operatoria, fueron en todas las oportunidades negativos.

Se indicó antibioticoterapia intensa y vigilancia estricta del paciente, reponiéndolo desde el punto de vista general. Se planteó la situación a los familiares y se instruyó a los mismos y al personal de sala de las medidas iniciales a tomar ante la posibilidad de un nuevo sangrado (8).



FIG. 3.— Autoinjerto arterial latiendo en posición.



FIG. 4.— Aortografía de control.

A los 20 días nuevo sangrado masivo que lo lleva al shock, y obliga a la reintervención de urgencia (17/4/79). Hemorragia por dehiscencia de sutura. La disección muy laboriosa muestra un tripode femoral incluido en un tejido lardáceo y muy frágil. Para lograr cohibir el sangrado se realiza el abordaje extraperitoneal de la arteria iliaca. Detenida la hemorragia se pudo apreciar que la femoral profunda estaba permeable y el puente venoso también. Se realiza la resección en block del magma lardáceo incluyendo en su interior el sector terminal de la arteria iliaca, la femoral común, el origen de la femoral profunda hasta el nacimiento de la arteria del cuádriceps, los primeros centímetros de la femoral superficial y del puente venoso. Se reseca el sector restante de la femoral superficial hasta las proximidades de la sutura distal del puente fémoro - poplíteo y se endarterectomiza por eversión.

Se restablece la circulación del miembro utilizando la arteria así preparada como autoinjerto arterial, anastomosada en forma término - terminal a la iliaca externa y al sector distal del puente venoso y en forma látero - terminal a la femoral profunda. Queda latiendo con buen pulso distal.

El 23/6/79 se concede el alta, con heridas cicatrizadas y pulso pedio presente. Actualmente el paciente se encuentra bien.

## DISCUSION

Frente a la situación planteada, paciente sangrado en blanco, supuesta contaminación de la zona operatoria, pero aún con salida aceptable puesto que el puente venoso y la arteria femoral profunda estaban permeables; las conductas podían ser varias:

a) Procedimiento de revascularización por vía extraanatómica con prótesis plástica. Esto supone la colocación de una prótesis inerte en un ambiente séptico, lo que implica de antemano una alta probabilidad de fracaso por infección; además de obligar a nuevos abordajes que prolongarían el acto quirúrgico en un paciente ya grave (2, 3, 9).

b) Puente con vena safena contralateral, que obliga a un nuevo abordaje y al sacrificio del elemento protésico necesario para solucionar las lesiones contralaterales ya presentes.

c) Vena umbilical modificada, no dispone de la misma en la actualidad (5, 7).

d) Se optó por la arteria femoral superficial que estaba totalmente obstruida, preparada mediante endarterectomía por eversión, técnica ya utilizada por otros autores (4, 6, 10, 13, 14). Modalidad que ofrece la seguridad casi total de no dejar restos de intima en la luz (10). Se consigue así un autoinjerto con paredes de espesor aceptable, menor de 500 micras, con lo que obtiene su nutrición por difusión (1). El mismo cumple con los requerimientos de: a) resistencia elástica, b) permitir una anastomosis segura, c) resistencia a la infección, d) poder obtenerse en forma estéril o fácilmente esterilizable, e) tener el tamaño adecuado y ser rápidamente asequible y f) ser flexible (12, 13, 14). Que por

ser un autoinjerto es rápidamente incorporado al organismo, eliminando el riesgo de rechazo y disminuyendo la posibilidad de infección (12, 13, 14).

La conservación de la femoral profunda conllevó el riesgo de una sutura vascular en la vecindad del foco, decidiéndose su conservación ante el tipo lesional de arteriopatía arterioesclerótica, con lesiones mínimas en este sector y con escaso lecho de salida, con pocas colaterales distales. Se anastomosó la arteria femoral profunda, previa resección de su origen, a la cara posterior del autoinjerto. Enfatizamos nuevamente el valor de este sistema en el mantenimiento de la viabilidad del miembro, hecho por demás conocido y ya señalado por otros autores (2, 8, 11).

Actualmente a los catorce meses de la última intervención el paciente se encuentra perfectamente bien, reintegrado a sus tareas habituales, lo que demuestra las bondades del procedimiento.

## CONCLUSIONES

1) El uso de autoinjerto arterial con femoral superficial endarterectomizada por eversión, es un procedimiento sencillo, rápido, que se ofrece como una solución a tener muy en cuenta en casos similares al presente o en otras topografías.

2) Se incorpora rápidamente al organismo, soportando la tensión arterial, sin riesgo de rechazo, con buena vitalidad parietal si es de espesor adecuado y con menor posibilidad de infección por ser un injerto biológico.

3) Se deben extremar los cuidados técnicos y de asepsia para evitar estas situaciones límites.

## RESUME

### Pseudoanevrisme de l'aîne (solution non - conventionnelle)

On rapporte le succès de la solution d'un cas d'anévrisme mycotique de la région inguinale avec l'usage d'une autogreffe artérielle. On expose brièvement les procédés conventionnels, en signalant quelques-uns de leurs avantages et inconvénients.

On met en relief le procédé d'endartériectomie par éversion, et la valeur fonctionnelle de la fémorale profonde, en précisant le fait, discutable, d'avoir réalisé une suture artérielle en une zone supposée contaminée.

## SUMMARY

### Pseudoaneurysm in the Groin (A non - conventional Solution)

A mycotic aneurysm in the groin region was successfully treated by arterial autograft. The authors briefly review conventional procedures, their advantages and disadvantages.

The procedure of eversion endarterectomy and the functional value of deep femoral are discussed, with particular mention of the questionable fact of having performed end arterial suture in a supposedly contaminated area.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGER K, SAUVAGE LR, WOOD SJ and SAMEH AA. Endarterectomy and other surgical injuries to cardiovascular walls. *Pacif Med Surg*, 75: 367, 1967.
2. BERNHARD VM. The role of profundaplasty in revascularization of the lower extremities. *Surg Clin North Am*, 59: 681, 1979.
3. BOYD DP. False aneurysm in the groin. *Surg Clin North Am*, 56: 749, 1976.
4. CORMIER JM. Thromboendarteriéctomie ilio-fémorale par voie sous-péritonéale. *Ency. Med. Chir. (Chir. Vasculaire)*, Techniques. Paris, 1978.
5. DARDIK HD and DARDIK II. Successful arterial substitution with modified human umbilical vein. *Ann Surg*, 183: 252, 1976.
6. DE BAKEY ME y col. Surgical consideration of occlusive disease of the abdominal aorta and iliac and femoral arteries. *Ann Surg*, 148: 306, 1958.
7. GASTAMBIDE C, BEGUIRISTAIN A, SERVETTI E, DE SIMONE G, ARAMBURU H y BONABA R. Vena umbilical, su uso en cirugía vascular. *Cir Uruguay*, 47: 435, 1977.
8. GATEÑO N, ABO JC y ESTEFAN A. Cirugía directa de la arteria femoral profunda en la arteriopatía obstructiva crónica de los miembros inferiores. *Cir Uruguay*, 45: 106, 1975.
9. HARDY JD. Problemas Quirúrgicos Graves. Barcelona. Salvat, 1976.
10. INAHARA T. The surgical treatment of aortoiliac atherosclerosis. *Surgery*, 58: 960, 1965.
11. MARTIN P and JAMIESON C. The rationale for and measurement after profundaplasty. *Surg Clin North Am*, 54: 95, 1974.
12. SABISTON DC Jr. Davis - Christopher, "Textbook of Surgery". Philadelphia. W. B. Saunders, 1977.
13. WYLIE EJ. Vascular replacement with arterial autografts. *Surgery*, 57: 14, 1965.
14. WYLIE EJ, PERLOFF DL and STONEY RJ. Autogenous tissue revascularization techniques in surgery for retrovascular hypertension. *Ann Surg*, 170: 416, 1969.