

DOI:10.15568/am.2014.793.sp02.cc06

## Enfermedad aneurismática polifocal en varón octogenario

### Aneurysmal Multifocal Disease In Octogenarian Male

Manuel Guillén Fernández <sup>(1)</sup>, José Patricio Linares Palomino <sup>(2)</sup>, Alejandra Bravo Molina <sup>(2)</sup>,  
José Damián Herrera Mingorance <sup>(2)</sup>, Luis Miguel Salmerón Febres <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Unidad de Gestión Clínica de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería

<sup>(2)</sup> Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular del Complejo Hospitalario Ciudad de Granada (UNIVAG)

#### Resumen

En un porcentaje no desdeñable de casos existen pacientes que presentan patología aneurismática de localización múltiple. Si el enfermo es aoso y presenta patología concomitante severa, la terapéutica endovascular con stent recubierto puede ser de elección pues permite el tratamiento de todas las lesiones en un mismo acto quirúrgico.

#### Abstract

In a non-negligible percentage of cases are patients with aneurysmal pathology in multiple locations. If the patient is presented elderly and severe concomitant disease, endovascular treatment with covered stent may be preferred because it allows the treatment of all injuries in one surgery.

**Palabras clave:** enfermedad aneurismática, tratamiento endovascular, stent recubierto

**Keywords:** aneurysmal disease, endovascular treatment, coated stent

#### INTRODUCCIÓN

En un porcentaje no desdeñable de casos existen pacientes que presentan patología aneurismática de localización múltiple. Es lo que se conoce como enfermedad aneurismática polifocal o enfermedad panaeurismática.

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente varón octogenario, exfumador desde hace 15 años, dislipémico en tratamiento con estatina, EPOC moderado-severo, anticoagulado con dicumarínicos por fibrilación auricular y con ingresos prolongados en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro centro por insuficiencia cardíaca (IAM hace 11 años, FE actual del 35%) y neumonía adquirida en la comunidad.

Es intervenido hace un año por aneurisma de arteria ilíaca común izquierda de 47 mm de diámetro máximo sin cuello proximal y aneurisma bilateral de arteria hipogástrica (20/ 28 mm). Se implanta un dispositivo endoprotésico bifurcado con embolización con coils de ambas hipogástricas en un mismo tiempo quirúrgico.

Al año de seguimiento, siendo las revisiones de los 3 y 6 meses

anodinas (angio-TAC de control con endoprótesis permeable sin presencia de endoleak ni plicaturas), el paciente presenta una tumoración inguinal pulsátil sin signos de sobreinfección local. Se muestra afebril y con buen estado general. A la exploración vascular presenta pulsos distales a todos los niveles sin otras masas pulsátiles salvo lo referido. Analítica con parámetros dentro de la normalidad.

El diagnóstico se establece mediante ecografía-doppler y angiografía de miembros inferiores que muestran un aneurisma no complicado de arteria femoral profunda de 27 mm con dudoso cuello proximal. Asimismo, se evidencia un aneurisma bilateral no conocido en rango quirúrgico de arteria femoral superficial y poplíteo (figura 1).

El paciente es intervenido de forma programada, con anestesia epi-raquídea y bajo heparinización sistémica. En el mismo acto quirúrgico se pudieron excluir todas las lesiones aneurismáticas descritas mediante stents recubiertos tipo Viabahn GORE® a través de disección femoral bilateral (figuras 2 y 3).

El postoperatorio cursa sin incidencias con diuresis conservada en todo momento. Es dado de alta al 6º día bajo antiagregación y anticoagulación simultánea, pulsos distales presentes y heridas quirúrgicas en buen estado. Dispositivos permeables a los 7 meses de seguimiento.

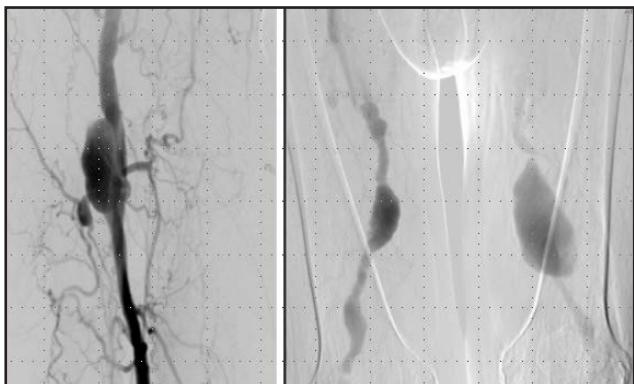


Figura 1.- Arteriografía de ambos miembros inferiores: aneurisma de arteria femoral profunda con dudoso cuello proximal y aneurisma de arteria femoral superficial y poplítico de ambos miembros inferiores en rango quirúrgico.

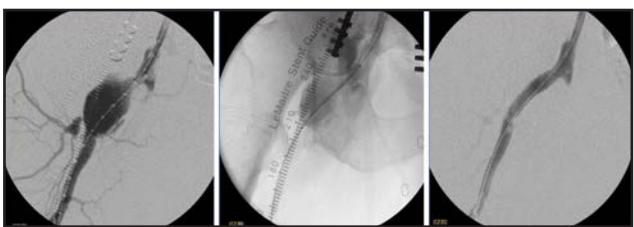


Figura 2.- Endocirugía del aneurisma de arteria femoral profunda. Tras valorar un aceptable cuello proximal, excluimos la lesión con 2 stent recubiertos Viabahn GORE® de 9x100 y 8x50 mm

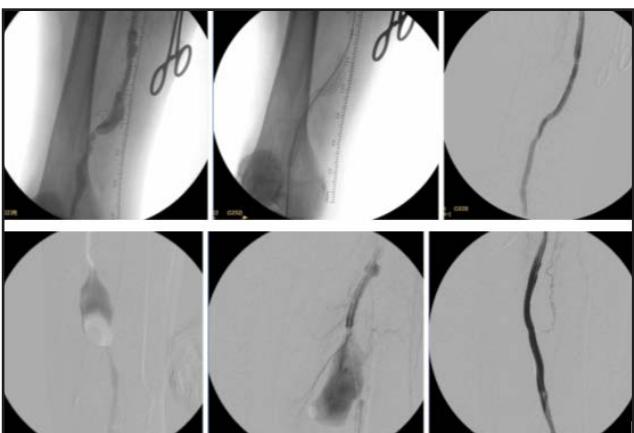


Figura 3.- Endocirugía de los aneurismas fémoro-poplíticos de ambos miembros inferiores (arriba miembro inferior derecho, abajo miembro inferior izquierdo). Exclusión de las lesiones con stents recubiertos tipo Viabahn GORE® (9x50 y 8x150 mm para miembro inferior derecho 10x100 y 9x50 mm en miembro inferior izquierdo).

## DISCUSIÓN

Dependiendo de la serie, no es infrecuente el manejo de pacientes con patología aneurismática que presentan lesiones de localización múltiple (2-12% de los casos) (1). Situación que ha sido acuñada por otros autores con el término de enfermedad aneurismática polifocal o enfermedad pananeurismática (1, 2). Dentro de este subgrupo de pacientes, la asociación más claramente estudiada ha sido la que concierne a los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal y poplítico (6-13%) (1). El caso que nos ocupa resulta ser un ejemplo muy ilustrativo de esta situación. En un mismo paciente encontramos lesiones aneurismáticas en sector ilíaco (arteria ilíaca común y ambas hipogástricas) y en sector fémoro-poplítico (arteria femoral profunda y ambas

poplíticas).

Otro punto interesante del caso es lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de arteria femoral profunda. Son extremadamente raros pues tan sólo existen recogidos en la literatura 24 casos (2). El diagnóstico suele ser difícil pues cuando presentan pequeño tamaño quedan ocultos en la profundidad de la musculatura del muslo. En esta situación el diagnóstico será un hallazgo casual. Conforme su tamaño aumenta se presentan como una masa pulsátil en muslo de crecimiento progresivo. Por otro lado, su forma de presentación como complicación no es infrecuente. De los 24 casos descritos en la literatura, 10 se presentaron como rotura y 4 como trombosis (2). Esto justifica la tendencia a indicar cirugía una vez diagnosticados independientemente del tamaño (2, 3). Dependiendo de las características de cada centro y de la urgencia del proceso, el diagnóstico se puede llevar a cabo con ecografía-doppler, angio-TAC, angio-RM o angiografía de miembro inferior (2, 3). Respecto al tratamiento, el más extendido consiste en la interposición de un injerto, autólogo o protésico, respetando en la medida de lo posible las ramas principales (2). En aquellos en los que la lesión tenga una localización muy distal se ha descrito la ligadura de la arteria o su embolización (2, 3). Por último y de forma excepcional, en aquellos pacientes en los que la arteria femoral superficial tenga mínima enfermedad arteriosclerótica, se ha propuesto el tratamiento proximal de la arteria femoral profunda mediante ligadura o embolización (2). Sin embargo, no existe recogido en la literatura ningún caso que contemple el tratamiento de esta patología mediante stent recubierto, lo cual puede ser explicado por dos motivos: la incidencia mínima de este subgrupo de patología aneurismática y los requisitos anatómicos para llevar a cabo la endocirugía (2, 3). Con relación a lo segundo, la fundamental es la presencia de un adecuado cuello proximal para el anclaje del dispositivo. En nuestro caso, al no tener la certeza de este dato con las diferentes pruebas de imagen realizadas, nos vimos obligados a rediseñar la bifurcación femoral y valorar, tanto macroscópicamente como con angiografía, la anatomía de la lesión.

Por último, creemos que la estrategia terapéutica llevada a cabo para resolver este cuadro ha sido la adecuada. Nuestro grupo piensa que en pacientes añosos, con patología concomitante severa y enfermedad aneurismática polifocal, la terapia endovascular con stent recubierto está más que justificada ya que permite el tratamiento de todas las lesiones en un mismo acto quirúrgico. Hecho que se traduce en un menor tiempo operatorio, menos heridas, menos complicaciones postoperatorias y menos días de estancia hospitalaria (3).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Debasso R. et al. The popliteal artery, an unusual muscular artery with wall properties similar to the aorta: implications for susceptibility to aneurysm formation. J Vasc Surgery 2014; 86: 142-151.
2. Bernatz PE. et al. Femoral aneurysms. Review of surgical management. J Vasc Surgery 2011; 190: 489-93.
3. Van Sambeek M et al. Endovascular Stent-Grafts for aneurysms of the femoral and popliteal arteries. Ann Vasc Surg 2013; 13: 247-53.