

Aneurisma de la vena safena interna

F. J. CERDAN MIGUEL, A. M.^a RINCON BOLUDA, J. ZULOAGA BUENO,
J. C. MARTIN DEL OLMO y J. MARTIN FERNANDEZ

II^a Cátedra de Patología Quirúrgica. Prof. A. De la Fuente Chaos.
Madrid (España)

Aneurismas venosos

Los aneurismas venosos son una entidad sumamente rara, describiendo **Harris** (9), en 1928, el primero de estos aneurismas de localización mediastínica.

Posteriormente, son varias las publicaciones que refieren nuevos casos afectando a diferentes venas, como facial (7), esplénica (13), porta (3) y fundamentalmente vena cava superior (1, 4, 6, 8, 11, 14, 18).

Mucho más escasos son los hallazgos a nivel de venas superficiales que van a plantear el diagnóstico diferencial con cualquier otro tipo de tumoración a nivel subcutáneo, destacando las existentes en el territorio de la safena interna, como los descritos por **Lippert** (12), **Sproul** (17), **Cachera** (5) y **Schatz** (16), aunque pueden presentarse en otras venas como en las del brazo (16), yugular externa (5) y yugular interna (19).

El hallazgo ocasional de un aneurisma de la safena interna, así como en una comunicante, durante la intervención quirúrgica en una enferma varicosa nos mueve a presentar esta comunicación.

Caso clínico

Enferma de 46 años de edad con cuadro varicoso desde hace 6 años, sin acusar sintomatología llamativa motivada por él.

Cuatro meses antes de su ingreso nota bruscamente la aparición, en cara ántero-interna, tercio inferior de muslo izquierdo, de una tumoración de 8 x 8 cm, de consistencia dura, dolorosa y acompañada de un gran componente inflamatorio. Sometida a tratamiento, cede el cuadro agudo, permaneciendo la tumoración descrita aunque ligeramente disminuida de tamaño.

En esta situación acude a nuestro Servicio, apreciándosele la existencia igualmente de dilataciones varicosas correspondientes al territorio de la safena interna. Flebográficamente se objetiva la existencia de dichas dilataciones varicosas, así como de numerosas comunicantes insuficientes y una perfecta permeabilidad del sistema venoso profundo (fig. 1-A).

Termográficamente se evidencian dos comunicantes insuficientes, así como una amplia zona caliente en territorio correspondiente a la tumoración.

En el curso de la intervención quirúrgica, tras incisión practicada sobre tumoración, se evidencia la existencia de un aneurisma de 6 x 6 cm sobre safena interna y otro de menor tamaño dependiente de una comunicante, que se extirpan (fig. 1-B y C). Evoluciona sin complicación.

El estudio anatomopatológico de la pieza (fig. 1-D), muestra una pared venosa sin alteraciones, existiendo trombos en vías de organización.

Discusión

El término aneurisma, utilizado hasta hace pocos años exclusivamente con relación a las arterias, puede ser aplicado con igual propiedad en el sistema venoso, si bien, debido a su rareza, no se encuentra excesivamente prodigado en la literatura.

Aunque existen con anterioridad publicaciones empleando dicha denominación (1, 10, 11, 12, 16), va a ser **Abbott** (2) quien resalte la existencia de dicha entidad nosológica, enfatizando sobre la necesidad de la tipificación de dichos aneurismas, significación clínica y oportuno diagnóstico, así como medidas terapéuticas recomendadas.

Etiológicamente efectúa una clasificación que, aunque referida a los aneurismas existentes en el sistema de la vena cava superior, consideramos extensible a aquellos de cualquier localización estableciendo los siguientes tipos:

- I. Lesiones congénitas.
- II. Lesiones adquiridas.
- III. Pseudoaneurismas.
- IV. Aneurismas arteriovenosos.

En cada uno de ellos realiza, a su vez, diversas subdivisiones.

Cachera (5) insiste en el mismo sentido, esquematizando su clasificación etiológica en tres tipos:

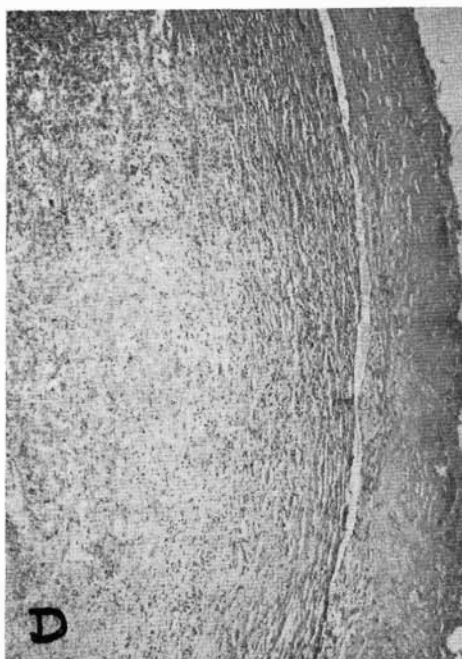
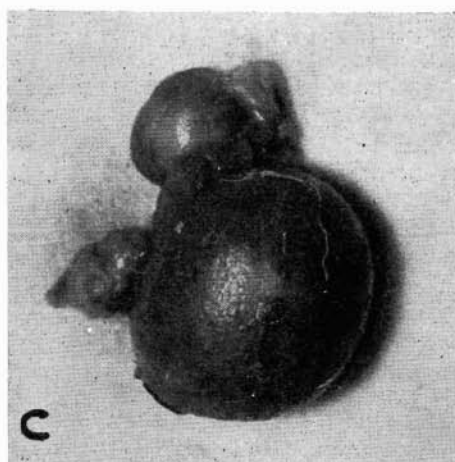
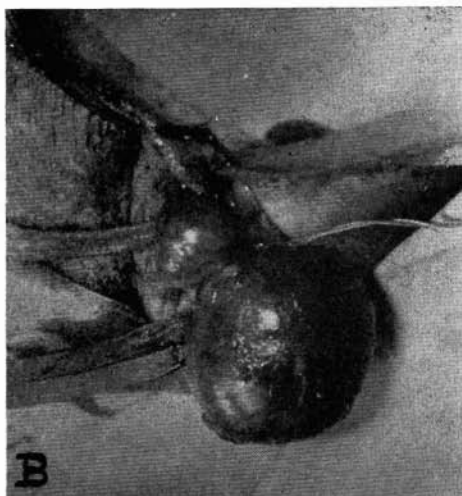
a) Claramente congénitos, b) posiblemente congénitos y c) claramente adquiridos, basando dicha clasificación fundamentalmente sobre las dilataciones observadas en el territorio de la vena cava superior.

Mucho más escasas son las referencias hechas a la etiología de los aneurismas venosos superficiales, lógicamente derivado de su extraordinaria rareza y del escaso problema clínico que plantean. En este sentido, la mayor parte de los autores están de acuerdo en clasificarlos como congénitos y adquiridos, siendo los traumatismos la causa fundamental dentro de estos últimos.

La dilatación aneurismática puede presentar varias formas, como fusiforme y sacular o diverticular (2), oscilando su tamaño entre uno y varios centímetros.

Schatz (16) efectúa un detenido estudio anatomopatológico de sus hallazgos. Encuentra que dichas dilataciones van acompañadas de grados variables de adelgazamiento de la pared y oclusión de la luz por trombos. En estos casos el número y tamaño de las fibras musculares y elásticas estaba reducido de tal forma que la pared presentaba solamente varias fibras musculares rodeadas por la adventicia fibroelástica. La íntima en la porción aneurismática del vaso estaba hialinizada y mezclada con trombos, los cuales presentaban diferentes estados de organización en la mayoría de los casos. Igualmente **Schatz**, encuentra diversas alteraciones en las porciones no aneurismáticas del vaso, destacando engrósamientos focales de la íntima de diferente intensidad caracterizada por hiperplasia fibromuscular e incremento o disminución en las fibras elásticas. **Lippert** (12), en cambio, no encuentra ninguna alteración en la pared del aneurisma venoso.

La existencia de trombos en el interior de la luz aneurismática, al igual que



[Explicación en el texto]

ocurría en nuestro caso, va a ser destacada por otros autores (6, 18, 19), lo cual será de indudable significación clínica.

En este sentido las manifestaciones vienen dadas en virtud de la localización, tamaño y posibles lesiones asociadas, fundamentalmente en aquellos de localización mediastínica (2, 11, 18).

En cuanto a los de localización superficial, es característico encontrar la existencia de una tumoración de aspecto azulado, blanda, depresible, no pulsátil y cuya auscultación no revela la existencia de soplos.

Llama la atención asimismo la desaparición o disminución de dicha tumoración tras la elevación de la extremidad afecta.

Cuando dicha masa se presenta en región inguinal puede provocar la confusión con una hernia, efectuándose el diagnóstico correcto en el momento de la intervención (10, 16, 17).

Con relación al diagnóstico, igualmente debemos diferenciar entre los de localización torácica y los superficiales. En cuanto a los primeros deberá sospecharse ante la existencia de una opacidad mediastínica descubierta con ocasión de un examen radiológico sistemático. En este sentido, **Abbott** establece como cambios radiológicos significativos los siguientes:

- Cambio de forma y tamaño durante la inspiración y espiración.
- Pulsatilidad paradójica con relación a la contracción ventricular.
- Aumento del tamaño en posición supina con relación a la aparecida en bipedestación; tal aumento puede verse incrementado por la maniobra de Valsalva.

A pesar del diagnóstico de sospecha efectuado por la clínica y mediante la radiografía simple en los de ubicación torácica, será fundamental para su exacta identificación la práctica de estudio flebográfico.

En alguna ocasión ha sido realizada angiocardiografía (2, 18), lo cual no está exento de peligro, por lo que dicha exploración debe ser limitada a los casos estrictamente imprescindibles.

En nuestra enferma dicho estudio flebográfico no pudo ser demostrativo, no sólo por encontrarse totalmente trombosado sino porque, al ser dirigido a la objetivación de comunicantes insuficientes y comprobación de la permeabilidad del sistema venoso profundo, la zona aneurismática coincidía con la compresión superior mediante el correspondiente manguito.

Con relación al tratamiento es unánime la opinión de que, en aquellos de presentación superficial donde la vena puede ser sacrificada, la extirpación es la táctica oportuna (2, 12, 16, 17).

La discusión se plantea cuando el aneurisma asienta sobre una vena esencial, en la mayor parte de los casos vena cava superior. En este sentido las posibilidades quedarán limitadas al reforzamiento, reconstrucción o sustitución mediante injerto del sector afectado (15). En cuanto a la primera actitud, sólo conocemos la intervención llevada a cabo por **Abbott** (1), envolviendo mediante celofán la vena cava superior y la vena innominada. Con respecto a las sustituciones mediante injertos, de todos son conocidas las trombosis de las prótesis de manera prácticamente inevitable. Es por lo que **Vanetti** (18) mantiene que si se desea practicar algún tipo de intervención quirúrgica es preferible recurrir a las técnicas re-

constructivas, utilizadas por él en un caso, obteniendo excelentes resultados.

Todo ello, naturalmente, insistiendo en que la indicación quirúrgica en ausencia de complicación aguda es muy discutible, debiendo recurrir a ella en circunstancias sumamente excepcionales.

RESUMEN

Se publica un caso de Aneurisma Venoso de Safena Interna. Se efectúa una revisión de la literatura valorando los diversos aspectos clínicos de dicho proceso resaltando la extraordinaria rareza de su presentación.

SUMMARY

A case of venous aneurysm of the great saphenous vein is presented. Considerations and revision of the literature is performed. The rareness of this condition is underlined.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abbott, O. A.:** Congenital aneurysm of superior vena cava: report of one case with operative correction. «Ann. Surg.», 131:259, 1950.
2. **Abbott, O. A. y Leigh, T. F.:** Aneurysmal dilatations of the superior vena caval system. «Ann. Surg.», 159:858, 1964.
3. **Barzilai, R. y Kleckner, M. S., Jr.:** Hemocholecyst following ruptured aneurysm of portal vein: report of case. «Arch. Surg.», 72:725, 1956.
4. **Bell, M. J.; Gutiérrez, R.; Dubois, J. J.:** Aneurysm of the superior vena cava. «Radiologie», 95:317, 1970.
5. **Cachera, J. P.; Chevrel, J. P.; Broc, A.; Dubost, Ch.:** Deux cas d'anéurysmes veineux superficiels. «Press Méd.», 74:235, 1966.
6. **Charles, R. y Giardina, A.:** Congenital superior vena cava aneurysm with complications caused by infectious mononucleosis. «Chest», 62:755, 1972.
7. **Cooke, B. E. D.:** Aneurysm of small vein in cheek. «Proc. Roy. Soc. Med.», 45:215, 1952.
8. **Galluci, V.; Spranger, P. W.; Robiesek, F. y otros:** Aneurysm of the superior vena cava. «Vasc. Surg.», 1:158, 1967.
9. **Harris, R. I.:** Congenital venous cyst of the mediastinum. «Ann. Surg.», 88:953, 1928.
10. **Hilscher, W. M.:** Zur frage der venösen aneurysmen. «Röfo», 82:211, 1955.
11. **Lawrence, G. H. y Burford, T. H.:** Congenital aneurysm of the superior vena cava. «J. Thor. Surg.», 3 L:327, 1956.
12. **Lippert, K. M. y Frederick, L. D.:** A sacculated aneurysm of the saphenous vein. «Ann. Surg.», 134:924, 1951.
13. **Loewenthal, M. y Jacob, H.:** Aneurysm of splenic vein: report of case. «Acta Med. Orient.», 12:170, 1953.
14. **Reboud, E.; Serradimigni, A.; Sild, A.; Schalt, E.:** Ectasie de la veine cave supérieure. Diagnostic des tumeurs du médiastin. «Ann. Chir. Thor. Card. Vasc.», 5:123, 1966.
15. **Scannell, J. C. y Shaw, R. S.:** Surgical reconstruction of the superior vena cava. «J. Thor. Surg.», 28:163, 1954.
16. **Schatz, I. J. y Fine, G.:** Venous aneurysm. «New England J. Med.», 266:1.310, 1962.
17. **Sproul, G.:** Venous aneurysm: A rare cause of reducible inguinal mass in infancy. «Pediatric Surgery», 58:1.027, 1965.
18. **Vanetti, A.; Cluzeaud, A.; Daussy, M.; Daumet, Ph.:** Anévrysme de la veine cave supérieure. A propos d'une observation. «Arch. Mal. Coeur», 7:765, 1975.
19. **Viver, E.:** Aneurisma venoso. «Angiología», 21:121, 1969.