

---

# Aneurisma gigante de arteria poplítea

R. Fernández-Samos - A. Zorita - J. G. Vázquez - C. Morán - F. Vaquero

---

**Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare  
Hospital Princesa Sofía. León (España)**

---

## RESUMEN

*Se presenta un caso de aneurisma poplíteo gigante, cuyo primer síntoma fue la isquemia aguda de la extremidad por trombosis y que fue tratado con éxito.*

*Aunque el aneurisma poplíteo es una entidad no infrecuente, el interés de este caso estriba en su extraordinario tamaño y localización única.*

## SUMMARY

*A giant popliteal aneurysm case, whose first symptom was an acute ischemia on the limb, caused by thrombosis, which was successfully treated, is reported. Although popliteal aneurysm is not a rare event, the interest of this case is focused on its extraordinary size and unique location.*

## Caso clínico

Paciente de 72 años de edad, bebedor y fumador moderado, portador de varices e hipertensión arterial, asintomático hasta su ingreso urgente, que refiere dolor de inicio brusco en hueso poplíteo izquierdo, irradiado a pierna y pie acompañado de impotencia funcional.

A la exploración se aprecia tumoración de gran tamaño situada en hueso poplíteo izquierdo, pulsátil, con ausencia de pulsos distales y signos de isquemia distal.

Mediante angiografía, ecografía y TAC se confirma el diagnóstico de aneurisma poplíteo tromboso.

Es intervenido de urgencia, practicando resección del aneurisma e injerto término-terminal de PTFE desde arteria femoral superficial a tercera porción de poplítea por abordaje interno.

La pieza resecada medía 15 cm de longitud y 8 cm de diámetro, estaba trombosa y parcialmente fisurada y anatomopatológicamente era arteriosclerosa.

## Discusión

El aneurisma poplíteo es el más frecuente de todos los aneurismas periféricos, pudiendo suponer hasta el 70% de los mismos. Sin embargo, y sin conocer la exacta incidencia de esta patología en la población, la investigación sistemática en todos los pacientes aumentaría considerablemente su identificación (1).

La mayoría son de etiología arteriosclerosa y en su evolución natural presentan graves complicaciones que comprometen la viabilidad del miembro, comportando elevadas tasas de amputación (2).

En dos tercios de los pacientes la presentación es bilateral, con asociación de aneurismas arteriales a nivel aórtico, ilíaco y femoral, aislados o constituyendo la enfermedad arterial difusa polianeurismática (3). Su forma es generalmente elongada y fusiforme, pudiendo afectar a todas las porciones de la arteria poplítea, incluyendo vasos distales y extendiéndose proximalmente, alcanzando en ocasiones gran tamaño (4).

Clínicamente pueden ser asintomáticos o presentarse como síndrome de claudicación intermitente, dolor de reposo y gangrena, ya que pueden ocasionar obstrucción femoropoplítea por trombosis y embolización distal progresiva. Otras veces la presentación es en forma de trombosis venosa profunda femoropoplítea o con dolor de tipo neurológico, cuando el aneurisma tiene cierto tamaño, por compresión de la vena poplítea o del nervio tibial posterior, respectivamente (5).

Con frecuencia originan síndromes de isquemia aguda por embolización, trombosis o ruptura, lo cual complica seriamente el pronóstico y salvamiento de la extremidad (6).

El diagnóstico se realiza por palpación cuidadosa del hueso poplíteo cuando el aneurisma permanece permeable. Debe sospecharse la presencia de aneurisma poplíteo en todo paciente con obstrucción femoropoplítea crónica o en las isquemias agudas de la extremidad inferior. A veces se descubre en la exploración quirúrgica del hueso poplíteo. La radiología simple puede demostrar su presencia y, aunque en la arteriografía pueden pasar desapercibidos, su

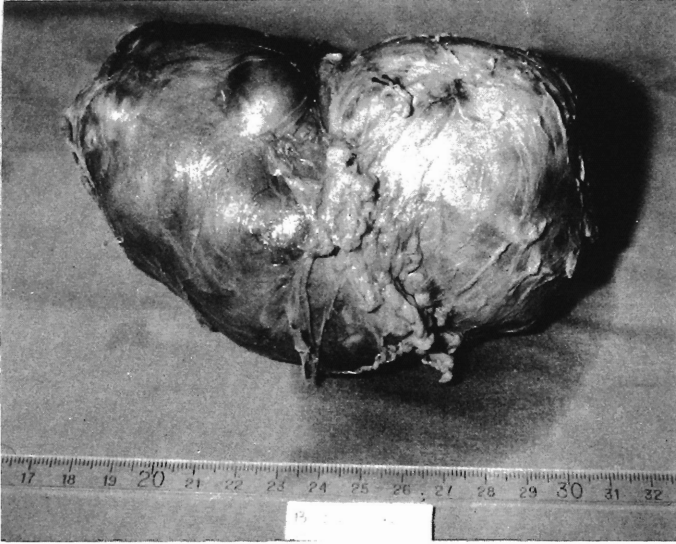


Fig. 1 - Aspecto macroscópico del aneurisma poplíteo, 15 cm de longitud por 8 cm de diámetro.



Fig. 2 - Sección longitudinal del aneurisma.



Fig. 3 - Arteriografía postoperatoria

realización es mandatoria para conocer el estado de los troncos distales (7). Pensamos que deben investigarse en todos los pacientes que presenten trombosis venosa femoropoplítea.

En la actualidad, la tomografía computarizada y la ecografía han demostrado su gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de esta patología; en especial la ultrasonografía en modo B, por su amplia difusión y lo fácil, simple y seguro del procedimiento (8).

El tratamiento es siempre quirúrgico. El abordaje puede ser medial o posterior, en función de la localización, tamaño, extensión y afectación de los vasos distales. El abordaje posterior es más anatómico y facilita la disección de la vena poplíteo y nervios adyacentes, sin embargo, cuando el aneurisma alcanza la arteria femoral superficial y afecta vasos distales está más indicado el abordaje interno (9).

Debe intentarse siempre la extirpación completa y sustitución por injerto en posición término-terminal, preferiblemente de vena safena autó-

loga o, en su defecto, de PTFE. En otros casos, la ligadura-exclusión con «by-pass» venoso o protésico también da buenos resultados. El dejar el aneurisma en el hueco poplíteo puede originar problemas de compresión, por tanto se intentará, al menos, la excisión y reducción de la pared (10).

Los resultados del tratamiento, a corto plazo, están en relación directa con el momento del diagnóstico, el estadio clínico de la extremidad y la afectación de los troncos distales. Cuando originan obstrucciones crónicas bien compensadas puede optarse por el tratamiento médico y seguimiento periódico.

## BIBLIOGRAFIA

1. EVANS, W. E.; CONLEY, J. E.; BERNHARD, V.: Popliteal aneurysms. «Surgery», 70: 762-767, 1971.
2. VERMILION, B. D.; KIMMINS, S. A.; PAGE, N. G. et al.: A review of 147 popliteal aneurysms with long term follow-up. «Surgery», 90: 1009-1014, 1981.

3. BARROY, J. P.; BARTHEL, J.; LOCUFIER, J. L. et al.: Atherosclerotic popliteal aneurysms. «J. Cardiovasc. Surg.», 27: 42-45, 1986.
4. HAIMOVICI, H.: «Vascular Surgery». Mc. Graw Hill. New York, 1976, pp. 504-521.
5. EVANS, W. E.; VERMILION, B. D.: Popliteal and femoral aneurysms. In: «Vascular Surgery». Rutherford, R. B. Saunders. Philadelphia, 1984, pp. 814-820.
6. EVANS, W. E.; VERMILION, B. D.: Popliteal aneurysms. In: «Aneurysms, Diagnosis and Treatment». Bergan, J. J.; Yao, S. T.; Grune & Stratton. New York, 1982, pp. 814-820.
7. HOWELL, J. F.; CRAWFORD, E. S.; MORRIS, G. C.; GARRETT, H. E.; DE BAKEY, M. E.: «Clínicas quirúrgicas de Norteamérica», pp.979-989, 1966.
8. BERNSTEIN, E. F.; HARRIS, R. D.; LEOPOLD, G. R.: Diagnosis of aneurysms, by ultrasound and computed tomography. En: «Aneurysms». Bergan, J. J.; Yao, S. T. Grune & Stratton. New York, 1982, pp. 217-231.
9. HAIMOVICI, H.: «Vascular Emergencies». Appleton-Century-Crofts. New York, 1982, pp. 399-413.
10. LIN, R. A.; SCOTT, S. A.; Mc KITTRICK, J. E.: Popliteal aneurysms. «Anales de Cirugía Vascular», 3: 1-4, 1989.