

Trombosis venosa profunda en el lactante por aneurisma venoso femoral congénito

C. Martínez-Parreño, A. Plaza-Martínez, I. Crespo-Moreno, B. Al Raies-Bolaños, V.A. Sala-Almoacil, F.J. Gómez-Palónés, E. Ortiz-Monzón

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL LACTANTE POR ANEURISMA VENOSO FEMORAL CONGÉNITO

Resumen. Introducción. Presentamos el caso de una trombosis venosa profunda en un paciente pediátrico como complicación de un aneurisma venoso congénito. Caso clínico. Paciente de diez meses de edad que presenta un edema rizomélico del miembro inferior izquierdo y sospecha clínica de trombosis venosa profunda. El estudio con eco-Doppler color confirmó el diagnóstico, pero como complicación de un aneurisma venoso fusiforme congénito. Se instauró un tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y terapia compresiva con mejoría progresiva del cuadro clínico y ausencia de sintomatología o semiología torácica. Se constató mediante ecografía la recanalización parcial del trombo al mes y casi total a los tres meses del seguimiento; a los seis meses había desaparecido el edema ortostático. Conclusión. A pesar de la falta de evidencia científica por lo excepcional del caso clínico comentado, en los casos de aneurisma venoso complicado con un episodio de trombosis venosa profunda consideramos razonable seguir un tratamiento conservador, más aún en casos pediátricos. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 339-42]

Palabras clave. Aneurisma venoso. Ecografía Doppler color. Heparina de bajo peso molecular. Síndrome posttrombótico. Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda.

Introducción

Los aneurismas venosos (AV) pueden aparecer en cualquier localización anatómica, pero las más comunes son las grandes venas abdominales y torácicas [1]. Raramente aparece en las venas periféricas, aunque la incorporación de la ecografía Doppler color y su uso sistemático han permitido el diagnóstico del AV en localizaciones cuya frecuencia estaba probablemente infraestimada [2,3].

Presentamos el caso de una trombosis venosa profunda (TVP) como complicación de un AV con-

génito en un paciente pediátrico y las opciones terapéuticas ante la falta de evidencia científica por lo excepcional del caso.

Caso clínico

Lactante de 10 meses remitida desde otro centro por un edema en el miembro inferior izquierdo (MII) de instauración brusca sin otra sintomatología que lo acompañase. En la exploración física se constató un edema rizomélico en el MII sin signos flogóticos asociados y con movilidad, sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados. Los pulsos estaban presentes a todos los niveles en ambos miembros inferiores, con temperatura y relleno venocapilar normales. No se palpaba frémito ni se auscultaron soplos femorales ni poplíteos.

Aceptado tras revisión externa: 02.04.07.

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. Carlos Martínez Parreño. Avda. Gaspar Aguilár, 111, puerta 1. E-46017 Valencia. E-mail: carleselx@hotmail.com

© 2007, ANGIOLOGÍA

Se realizó un eco-Doppler color (Fig. 1) que mostró la presencia de un aneurisma de la vena femoral común izquierda (FCI) de $1,5 \times 2$ cm de diámetro con ocupación de toda su luz por un trombo hipoecoico y ausencia de flujo con Doppler y en modo color en su interior. Los sectores ilíaco, femoral superficial y profundo y poplíteo se encontraban permeables, con compresividad parietal y flujo al registro Doppler y en modo color. No se observaron imágenes que sugirieran una fístula arteriovenosa.

La angiorrsonancia magnética (angio-RM) mostraba una obstrucción segmentaria de la vena FCI desde su bifurcación hasta la vecindad del ligamento inguinal, y la vena ilíaca externa era permeable y con continuidad hasta la cava (Fig. 2).

Con el diagnóstico de TVP en la vena FCI como complicación de un AV femoral, se decidió iniciar un tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM) con la dosis ajustada al peso y a la edad (10 mg/12 h de enoxaparina subcutánea) durante tres meses y una terapia compresiva con medias elásticas.

La paciente presentó una buena tolerancia al tratamiento médico y el edema desapareció con la terapia compresiva y sin complicaciones derivadas de la anticoagulación con la HBPM. La estancia hospitalaria fue de tres días, durante los cuales se realizó un estudio de trombofilia y una ecografía abdominal a fin de descartar otras circunstancias favorecedoras del proceso; los resultados de ambas pruebas fueron normales. La paciente fue dada de alta asintomática con las prescripciones anteriormente descritas.

El seguimiento ambulatorio consistió en una revisión clínica y ecográfica al mes y a los tres meses del alta hospitalaria, y en una angio-RM a los seis meses. En las dos primeras revisiones mencionadas, la paciente presentaba un edema relativo mínimo del MII con buena tolerancia al tratamiento médico pautado. En la ecografía realizada al mes de seguimiento, se observó el aneurisma de la vena FCI, de iguales dimensiones a las observadas un mes antes, con un

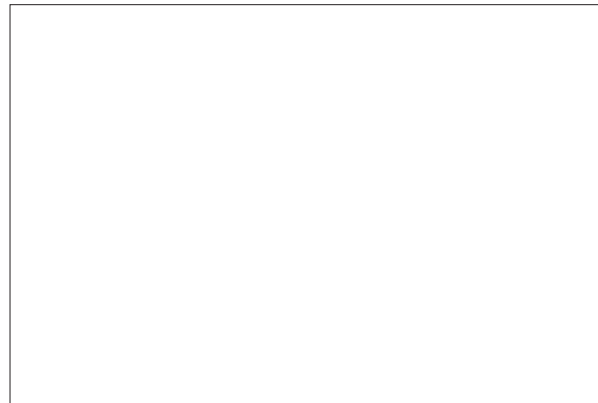


Figura 1. Ecografía venosa que muestra la dilatación aneurismática de la vena femoral común izquierda y la ocupación de ésta sin registrarse flujo en su interior en el modo color.

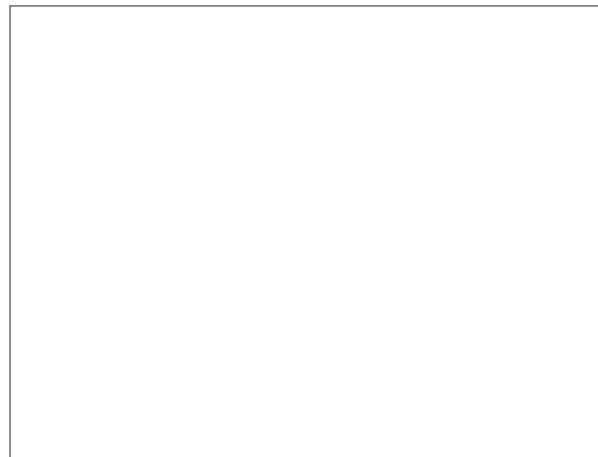


Figura 2. Resonancia magnética con reconstrucción vascular que objetiva el stop venoso en la vena femoral común izquierda.

trombo cónico que ocupaba toda su luz y la recanalización parcial por varios foramen. Los sectores venosos ilíaco, femoral superficial y profundo y poplíteo permanecían permeables. La ecografía realizada a los tres meses mostraba la vena FCI aneurismática (mismas dimensiones), con un trombo mural y la recanalización central que conformaba una luz de aproximadamente 0,5 cm de diámetro. El resto de los sectores venosos se encontraban respetados.

A los seis meses del evento inicial, la paciente se encontraba totalmente asintomática y había desaparecido completamente el edema del MII. Se prescri-

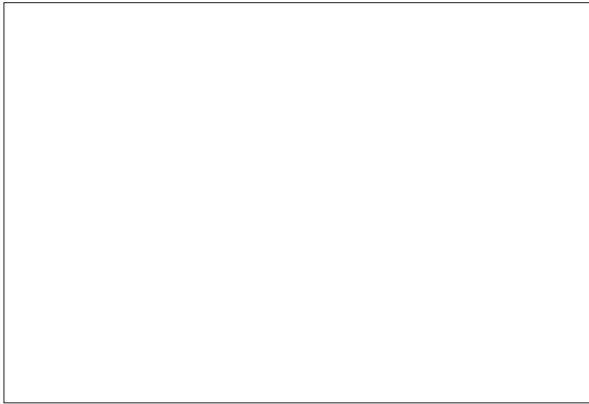


Figura 3. Resonancia magnética que muestra las dimensiones del aneurisma venoso en la vena femoral común izquierda y donde puede observarse la luz que resulta de la reperfusión parcial del aneurisma venoso (flecha).

bió una terapia de compresión con media elástica y seguimiento en consultas, mediante exploración clínica y ecográfica, cada seis meses. La angio-RM realizada en este punto del seguimiento mostró el aneurisma de la vena FCI de $1,5 \times 2$ cm; en los cortes axiales se observaba la permeabilidad parcial por el foramen central que conformaba una luz algo menor que la que correspondería al calibre normal de la vena en este segmento (Fig. 3).

A partir de este punto y dada la buena respuesta inicial al tratamiento conservador, se decidió el seguimiento clínico y ecográfico semestral sin intención, por el momento, de corregir quirúrgicamente la malformación por no existir evidencia de que ello reduzca el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

Discusión

Descritos por primera vez por Harris [4] en 1928, los AV verdaderos son dilataciones únicas y circunscritas a un segmento venoso. Según su etiología, distinguimos los primarios (congénitos) de los secundarios (adquiridos), que son algo más frecuentes y con predominio por el sexo femenino [2]. Su diagnóstico exige el cribado de varicosidades próximas [5,6], an-

tecedentes de traumatismo local [7,8] y la presencia de fístulas arteriovenosas [5,7,9]. No se considera un AV verdadero aquel que se presenta sobre una vena utilizada como injerto de interposición [1].

En su patogenia, el mecanismo más común es la hipertensión venosa local por insuficiencia valvular asociada o no a una debilidad parietal congénita o adquirida. La mayor parte de los AV periféricos son asintomáticos [5], aunque existen casos donde el paciente relata dolor o la presencia de una tumoración inguinal o poplíteo [10]. Algunos AV primarios asocian hemangiomas generalizados [7] que pueden ser o no evidentes a la exploración. La rotura espontánea con hemorragia es muy rara [11] y la complicación más frecuente es la trombosis con una incidencia variable de tromboembolismo pulmonar (TEP), que en algunas series ocurre hasta en el 50% de los casos [12].

En cuanto al tratamiento, no existen indicaciones definitivas. No hay ninguna evidencia que permita recomendar el tratamiento médico o quirúrgico en los AV descubiertos de modo casual en pacientes asintomáticos, por lo que hoy en día parece seguro y razonable el seguimiento clínico y ecográfico. Las series publicadas que así lo sugieren apuntan criterios como la morfología, el tamaño y la presencia o no de un trombo mural como factores predictores de complicaciones tromboembólicas en AV de la vena poplíteo [13], y en los AV femorales la evidencia es aún menor. En ausencia de otros factores de riesgo, la anticoagulación profiláctica no está recomendada [14].

Algunas series publicadas sobre AV poplíteos sugieren la necesidad de un tratamiento quirúrgico cuando existen complicaciones tromboembólicas, ya que la anticoagulación aislada no previene suficientemente el riesgo de TEP [15], situación que parece no afectar a los AV de otras regiones. No existe indicación actual para la cirugía en aquellos casos de insuficiencia valvular crónica secundaria al aneurisma o a la insuficiencia venosa crónica secundaria a la trombosis aislada de éste.

Bibliografía

1. Schatz IJ, Fine GF. Venous aneurysms. *N Engl J Med* 1962; 266: 1310-2.
2. Farah I, Sessa C, Villemur B, Fayard PH, Magne JL, Chichignoud B, et al. Anévrisme veineux de siège inhabituel révélé par une embolie pulmonaire. *J Mal Vasc* 1999; 24: 49-52.
3. Kim DH, Lescault EJ. Aneurysm of the small saphenous vein presenting as a popliteal mass: a case report. *Am J Orthop* 1999; 28: 304-5.
4. Harris RI. Congenital venous cyst of the mediastinum. *Ann Surg* 1928; 88: 953.
5. Gillespie DL, Villavicencio L, Gallagher C, Chang A, Hame-link JK, Fiala LA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1997; 26: 845-52.
6. Yasumoto M, Shibuya H, Goto Y, Saitoh T, Nakajima K, Suzuki S. Primary saphenous venous aneurysms presenting in a child. *Clin Nucl Med* 1987; 12: 239-44.
7. Ramadan F, Johnson G. Primary lesser saphenous vein aneurysm in a child. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 738.
8. Viver E. Aneurisma venoso. *Angiología* 1969; 21: 121-3.
9. Gilkeson RC, Spano K. Primary saphenous vein aneurysm presenting as a femoral hernia: radiographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168: 1621-2.
10. Uematsu M, Okada M. Primary venous aneurysms. Case reports. *Angiology* 1999; 50: 239.
11. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, et al. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. *Surgery* 1995; 117: 1-6.
12. Greenwood LH, Yrizarry JM, Hallett JW. Peripheral venous aneurysms with recurrent pulmonary embolism: report of a case and review of the literature. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1982; 5: 43-5.
13. Rubin BG, Beak BI, Reilly JM. Fusiform aneurysms of the popliteal vein. In: *The American Venous Forum* [abstract books]. 7th Annual Meeting. Fort Lauderdale, FL; 1995. p. 39.
14. Sessa C, Nicolini P, Perrin M. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. *J Vasc Surg* 2000; 32: 902-12.
15. Aldridge SC, Comerota AJ, Katz ML, Wolk JH, Goldman BI, White JV. Popliteal venous aneurysm: report of two cases and review of the world literature. *J Vasc Surg* 1993; 18: 708-15.

DEEP VEIN THROMBOSIS IN INFANTS DUE TO A CONGENITAL ANEURYSM IN THE FEMORAL VEIN

Summary. Introduction. *We describe a case of deep vein thrombosis in a paediatric patient as a complication of a congenital venous aneurysm. Case report. A ten-month-old patient who presented a rhizomelic oedema in the left lower limb and clinical suspicion of deep vein thrombosis. Colour Doppler ultrasound scanning confirmed the diagnosis, but as a complication of a congenital fusiform venous aneurysm. Anticoagulant treatment was established with low-molecular-weight heparin and compressive therapy; there was a progressive improvement in the clinical picture and absence of thoracic signs or symptoms. Ultrasound imaging confirmed partial recanalisation of the thrombus at one month, which had become almost total at three months' follow-up; at six months the orthostatic oedema had disappeared. Conclusions. Despite the lack of scientific evidence because of the singularity of the case reported here, when faced with a venous aneurysm complicated by an episode of deep vein thrombosis, we consider it reasonable to follow a conservative treatment, and even more so in the case of paediatric patients. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 339-42]*

Key words. *Colour Doppler ultrasound. Deep vein thrombosis. Low-molecular-weight heparin. Post-thrombotic syndrome. Pulmonary thromboembolism. Venous aneurysm.*