



# ANEURISMA VENOSO PRIMARIO DE LA VENA SAFENA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

## PRIMARY VENOUS ANEURYSMS OF THE SAPHENOUS VEIN: CASE REPORT

Gibrán Quintero Arias<sup>1</sup>  
 Carlos Zúñiga Latorre<sup>2</sup>  
 Jorge Acosta Reyes<sup>3</sup>



### Palabras clave (DeCS)

Embolia paradójica  
 Ultrasonografía doppler dúplex  
 Vena safena  
 Aneurisma  
 Hernia inguinal

### Key words (MeSH)

Embolism, paroxical  
 Ultrasonography, doppler, duplex  
 Saphenous vein  
 Aneurysm  
 Hernia, inguinal

### Resumen

Los aneurismas venosos primarios son lesiones infrecuentes, en la mayoría de los casos asintomáticas y subdiagnosticadas, que deben considerarse al plantear el diagnóstico diferencial de masas inguinales. Se presenta el caso de una paciente de 41 años de edad con sensación de masa inguinal izquierda de un año de evolución, a la cual se le diagnosticó aneurisma venoso primario con base en los hallazgos de la ecografía Doppler color. El aneurisma venoso primario requiere tratamiento quirúrgico para evitar complicaciones y la ecografía Doppler color es el método de elección para confirmar el diagnóstico y descartar otros procesos patológicos.

### Summary

Primary venous aneurysms are rare lesions, in most cases asymptomatic and underdiagnosed that must be considered in the differential diagnoses of inguinal masses. We report the case of a 41 year old female patient with a one year history of a left inguinal mass, which was reported with a primary venous aneurysm based in the findings of a duplex ultrasonography. Venous primary aneurysm requires surgical treatment to avoid complications, and the duplex ultrasonography is the method of choice to confirm diagnosis and rule out other diseases.

### Introducción

El aneurisma venoso primario se define como un área localizada de dilatación venosa que está en continuidad con el resto de la estructura venosa, afectando sus tres capas, sin estar asociada a malformación arteriovenosa y sin presentar un segmento varicoso (1). Los aneurismas venosos primarios son infrecuentes y son subdiagnosticados hasta en un 89 % de los casos, pues se presentan como masas palpables y al examen físico son confundidos con hernias inguinales o femorales cuando se encuentran en la región inguinal (2). Su incidencia es baja y casi siempre se diagnostican por un hallazgo incidental al examen físico o al usar imágenes diagnósticas (3). Osler, en 1915, fue el primero que describió esta patología a partir de estudios de autopsias. La ecografía Doppler color es la

herramienta diagnóstica de primera elección y solo cuando esta no es concluyente se deberá emplear la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) o la venografía (4). Aunque las complicaciones relacionadas con estas lesiones son raras, se recomienda la cirugía como tratamiento (4,5).

Se presenta a continuación el caso de una paciente a quien, de manera incidental, se le diagnosticó un aneurisma venoso primario a través de una ecografía Doppler color de venas de miembros inferiores ordenada para estudio de una masa inguinal.

### Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, de 41 años de edad, que refiere presentar desde hace un año



<sup>1</sup>Residente de Radiología, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

<sup>2</sup>Radiólogo, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

<sup>3</sup>MD, MSc, Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

una masa en la región inguinal izquierda, cuyo tamaño aumenta al realizar alguna actividad física y disminuye en reposo, en ocasiones con dolor y sensación de parestesias en miembro inferior izquierdo. Niega traumatismo, infección y cualquier procedimiento en dicha zona. Como antecedentes de importancia refiere fleboextracción de venas insuficientes en pierna izquierda hace dos años, sin complicaciones, y tres cesáreas sin complicaciones, la última hace 17 años. Fue remitida al centro de estudios radiológicos, con orden de realizarse una ecografía dúplex venosa de miembros inferiores para diagnóstico de masa inguinal.

## Imaginología

Se realizó ecografía Doppler color venoso de miembros inferiores, identificando en imágenes en modo B, una dilatación de 4 x 3,4 cm, en el tercio proximal de la vena safena mayor izquierda, de características saculares, que se comprime a la presión con el transductor y que al Doppler color presenta un flujo color azul, que correspondería a bajas frecuencias venosas, sin imágenes de trombos en su interior (figuras 1, 2, 3 y 4). Al completar el estudio de los miembros inferiores, también se diagnosticó una insuficiencia venosa superficial bilateral.

## Discusión

Los aneurismas venosos son malformaciones vasculares inusuales, la mayoría asintomáticas, que pueden aparecer a cualquier edad y con igual proporción en hombres y mujeres (3). A menudo, los aneurismas venosos de la región inguinal son confundidos con hernias inguinales o femorales y son descubiertos en la cirugía. Se han documentado estas lesiones en diferentes sitios, incluyendo las venas: cava superior, yugular, poplítea, safena, axilar, facial, porta, esplénica, femorales e intracraneales (1). La localización más frecuente en las extremidades inferiores es en la vena poplítea y el segundo vaso más afectado es la vena safena (3). La etiología de estos aneurismas no es bien conocida, aunque se han asociado factores de riesgo como reflujo venoso, hipertensión venosa, trauma, inflamación y factores hereditarios, entre otros, que causan debilidad de la pared vascular, algo que también ocurre con las venas varicosas (6). Histológicamente, las venas varicosas y los aneurismas venosos comparten varias alteraciones, como la íntima engrosada y la deficiencia o ausencia de las capas musculares lisas (7).

Existe una clasificación en la literatura para los aneurismas venosos localizados en la safena, propuesta por Pascarella y colaboradores. En su estudio, estos autores dividieron los aneurismas en cuatro tipos: Los de tipo I (52 %) se localizaron en el tercio proximal de la vena safena, no en la unión safenofemoral, sino distales a la válvula subterminal. Los aneurismas de tipo II se localizaron en el eje de la vena safena en el tercio distal del muslo (35 %). Como aneurismas de vena safena superficial de tipo III se incluyeron aquellos casos con ocurrencia de los tipos I y II en la misma extremidad inferior (3/43 pacientes).

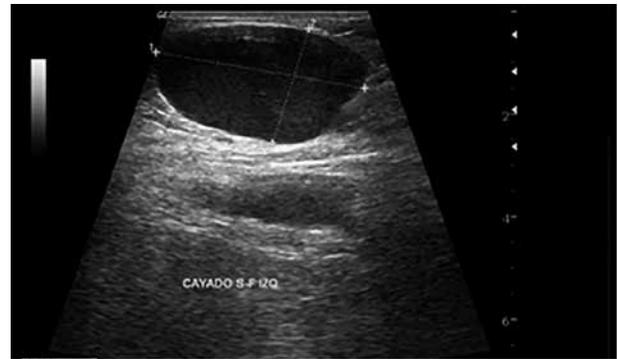


Figura 1. Ecografía dúplex de miembros inferiores. Formación anormal en la vena safena.



Figura 2. Ecografía dúplex de miembros inferiores. Dilatación en el arco de la vena safena.

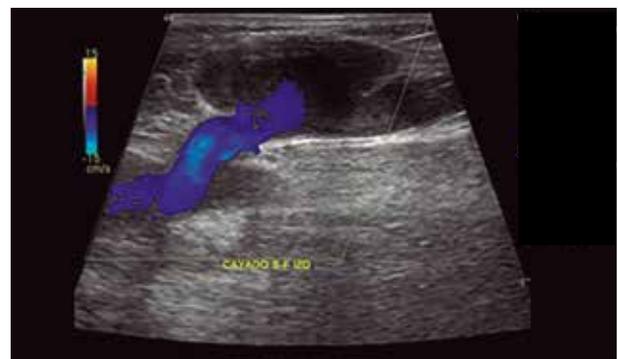


Figura 3. Ecografía Doppler color de miembros inferiores. Formación sacular con presencia de flujo Doppler color en su interior.

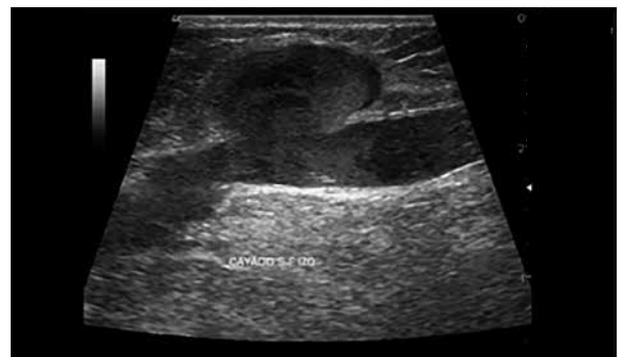


Figura 4. Ecografía dúplex de miembros inferiores. Formación sacular en el arco de la vena safena, además del curso de la vena.

No se encontraron aneurismas venosos superficiales del sistema de la vena safena menor y fueron clasificados como tipo IV (6 %) (8).

El diagnóstico de los aneurismas venosos puede ser muy difícil y se requiere un alto índice de sospecha. En muchos casos el diagnóstico se ha realizado en el quirófano porque se ha confundido con una masa de otra etiología, como son las hernias (5). El método diagnóstico inicial sería la ecografía Doppler color, método preciso y de bajo costo con una amplia disponibilidad (4). Mediante la ecografía dúplex se puede determinar el tamaño. Utilizando Doppler color es posible caracterizar la luz vascular e identificar la presencia de trombos y además permite descartar otras patologías, como el quiste de Baker en la región poplítea (6). Otros métodos diagnósticos, como la venografía, la TC y la RM, se utilizarían si la ecografía Doppler no fuera concluyente en cuanto a la localización o el tipo de lesión (4). En caso de plantearse el tratamiento, la angiografía digital, la angiografía por TC multicorte y la angiografía por RM proveen los datos necesarios para planificar el procedimiento. La ventaja de la angiografía por TC es que evidencia el compromiso compresivo de tejidos adyacentes al aneurisma y determina, en forma fehaciente, la extensión del trombo intraluminal, en caso de presentarse este. La ventaja de la angiografía por RM con gadolinio se destaca en la detección de lechos distales no visualizados por otros métodos (9).

Las complicaciones que se han reportado son la formación de trombos, embolia pulmonar, ruptura espontánea y tromboflebitis, pero todas ellas son muy raras (3,6). Tales complicaciones, generalmente, están relacionadas con aneurismas del sistema venoso profundo. La mayoría de los pacientes con aneurismas venosos superficiales son asintomáticos, aunque en ocasiones pueden manifestar dolor, edema, una sensación de masa en la extremidad afectada y, en ocasiones, pueden presentar venas varicosas (6). Entre las complicaciones asociadas con aneurismas venosos se han descrito: complicaciones tromboembólicas —estas incluyen el embolismo pulmonar—, ruptura, obstrucción venosa y compresión de estructuras adyacentes (10). La incidencia de tromboembolismo formado en estas lesiones es desconocida, con pocos reportes en la literatura. El más común es el originado en el sistema venoso profundo (8). La embolia paradójica es un cuadro poco frecuente y es la causa de menos del 2 % de las embolias arteriales (11) y se refiere a la entrada de un émbolo venoso en la circulación sistémica a través de una derivación cardiaca de derecha a izquierda, asociada con frecuencia a un defecto del tabique cardiaco (12).

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección, tanto para el sistema venoso profundo como para el superficial. Entre las diferentes técnicas quirúrgicas que se han documentado, la más recomendada consiste en la escisión simple y la ligadura de los vasos de irrigación (4,8). Ante la posibilidad de que se presente embolismo pulmonar en pacientes con antecedente de trombosis venosa profunda o en los candidatos a cirugía, se pueden utilizar filtros de vena cava preventivos para evitar complicaciones (13).

## Conclusión

Los aneurismas venosos del sistema superficial son lesiones que suelen aparecer como un hallazgo incidental asintomático o con síntomas inespecíficos. Son un importante diagnóstico diferencial de masas inguinales. Para corroborar el diagnóstico, la ecografía Doppler color es el método de elección, de alta cobertura y bajo costo. El tratamiento que se recomienda es la escisión simple y ligadura del vaso de irrigación.

## Referencias

- Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vascular Surgery*. 2015;26:845-52.
- Guzmán ER, Mercado HR, Nolasco AL, Quintero JMH, López MÁJ, Carrillo JMS, et al. Aneurisma venoso subdiagnosticado como hernia femoral asociado a tromboembolismo pulmonar y revisión de la literatura. *Angiología*. 2011;39(4).
- De Miranda JS, Damos SHB, Júnior MPF, Yoo JH, Yassushi ET, Zuardi A, et al. Great saphenous vein aneurysm: A differential diagnosis of femoral hernia and review. *Int J Surg Case Rep*. 2015;8:154-7.
- Ekim H, Kutay V, Tuncer M, Gultekin U. Management of primary venous aneurysms. *Saudi Med J*. 2004;25:303-7.
- Simsek E, Bugra O. Great saphenous vein aneurysm presenting as an inguinal hernia. *Asian J Surg*. 2014;37:208-10.
- Chen SI, Clouse WD, Bowser AN, Rasmussen TE. Superficial venous aneurysms of the small saphenous vein. *J Vasc Surg*. 2009;50:644-7.
- Vvali M, Dewanz M, Eid R. Histopathological changes in the wall of varicose veins. *Int Angiol*. 2003;22:2.
- Pascarella L, Al-Tuwaijri M, Bergan JJ, Mekenas LM. Lower extremity superficial venous aneurysms. *Ann Vasc Surg*. 2005;19:69-73.
- Revista Argentina de Cardiología. Consenso de enfermedad vascular periférica. 2015;83(Suppl 3).
- McCready RA, Bryant MA, Divilbiss JL, Chess BA. Subclavian venous aneurysm: case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2007;45:1080-2.
- Abad-Arriaz M, Jara-Palomares L, Martos-Maine JL, Carrasco-Hernández L, Ortega-Ruiz F, Otero-Candelera R. Tromboembolismo pulmonar y embolia paradójica concomitante. A propósito de un caso. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:120-2.
- De Rango P, Parlani G, Cieri E, Verzini F, Isernia G, Silvestri V, et al. Paradoxical pulmonary embolism with spontaneous aortocaval fistula. *Ann Vasc Surg*. 2012;26:739-46.
- Pérez-Alva JC, Locela EB, Falconi AIA. Filtros de vena cava inferior: Revisión y estado actual. *Neumol Cirugía Tórax*. 2006;65:101-6.

## Correspondencia

Gibrán Quintero Arias  
Carrera 32 # 58-03 Edificio Begonia, apto. 401  
Barranquilla, Colombia.  
gibranq@uninorte.edu.co

Recibido para evaluación: 1º de diciembre de 2015

Aceptado para publicación: 27 de julio de 2016