



Revista Chilena de Cirugía
ISSN: 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

Olguín, Ricardo; Marín, Juan; Seymour, Camila; Werner, Krystel; Covarrubias, Gloria;
Villablanca, María; Schwartz, Eitan; Vásquez, Javier; Escalona, Arturo
Aneurisma poplíteo en niño
Revista Chilena de Cirugía, vol. 68, núm. 2, abril, 2016, pp. 170-172
Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345546299010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ANEURISMA POPLÍTEO EN NIÑO*

Drs. Ricardo Olguín¹, Juan Marín¹, Camila Seymour¹, Krystel Werner¹, Gloria Covarrubias¹, María Villablanca¹, Eitan Schwartz¹, Javier Vásquez², Arturo Escalona³

¹ Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular, Departamento de Cirugía.

² Departamento de Cirugía Infantil.

³ Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Militar, Santiago, Chile.

Abstract

Aneurysm of the popliteal artery in a boy

Aim: To present a true aneurysm in childhood, an uncommon pathology, even more those who affect the popliteal artery. **Case Report:** We present the case of a boy 3 years old with a true aneurysm with popliteal location. **Conclusion:** Because of its possible complications, the treatment is surgery.

Key words: True aneurysm, popliteal artery, childhood, surgery.

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de aneurisma verdadero en niños, patología poco frecuente, más aún aquellos que afectan a la arteria poplítea. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un niño de 3 años con un aneurisma verdadero de localización poplítea. **Conclusión:** Debido a sus posibles complicaciones, el tratamiento es quirúrgico.

Palabras clave: Aneurisma verdadero, poplíteo, niños, cirugía.

Introducción

Los aneurismas verdaderos en pediatría son de muy baja frecuencia¹⁻³. La localización más frecuente corresponde a la aorta torácica o abdominal, siendo raros en otras ubicaciones. Dentro de la literatura, sólo existe un caso de aneurisma verdadero con localización poplítea en un paciente de sexo femenino de 14 años de edad³.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso

clínico de aneurisma verdadero de arteria poplítea en un niño de 3 años.

Caso clínico

Preescolar sano de 3 años de edad que consulta por dolor en cara posterior de rodilla izquierda, intermitente, sin claudicación. Al examen destaca palpación de masa dura, no pulsátil, móvil e indolora en relación a hueso poplíteo. Radiografía de rodilla

*Recibido el 23 de julio de 2015 y aceptado para publicación el 2 de septiembre de 2015.

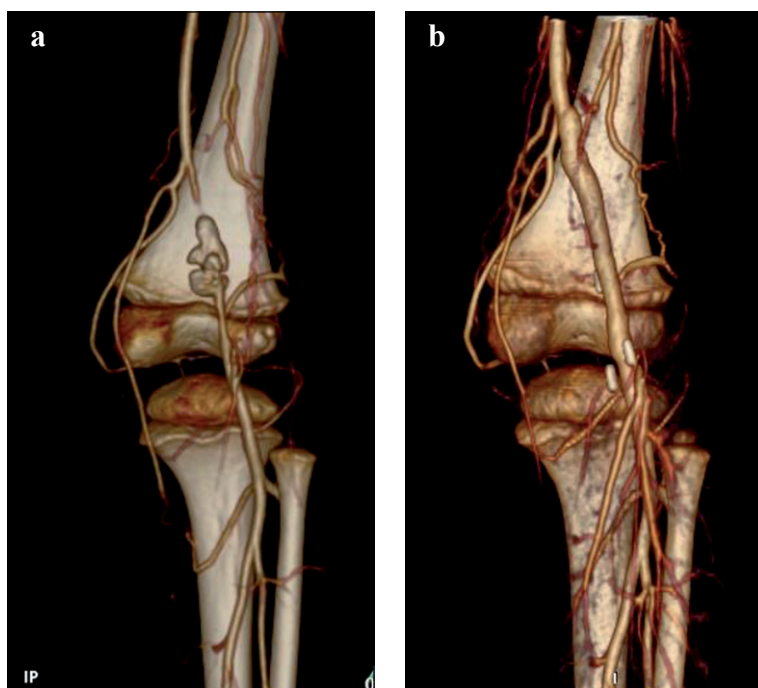
Conflictos de interés: Ninguno.

Correspondencia: Dr. Ricardo Olguín
rolguin@me.com

muestra calcificaciones de partes blandas. Se solicita Angio-Tomografía Axial Computada (AngioTC), que muestra aneurisma calcificado de la arteria poplítea derecha, con colaterales dependientes de la arteria femoral profunda que perfunden hacia distal (Figura 1a). Se programa resolución quirúrgica.

Se realiza resección del aneurisma y reparación con interposición de vena safena interna (Figura 2).

Paciente evoluciona sin complicaciones y es dado de alta hospitalaria. El estudio de la pieza quirúrgica muestra segmento arterial con dilatación aneurismática de tipo fusada, de 32 mm de longitud y hasta 14 mm de diámetro. Al corte, el lumen contiene material parcialmente calcificado, obstructivo total. Examen histológico confirma un aneurisma verdadero (Figura 3).



Figuras 1. Reconstrucción 3D de angioTAC pre (a) y post (b) operatorio.

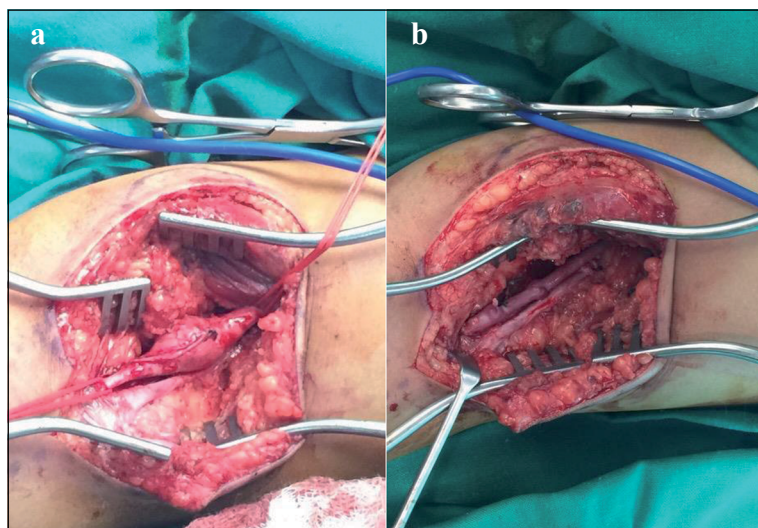


Figura 2. Reparación quirúrgica de aneurisma poplíteo. Identificación de aneurisma (a); resección y reparación con injerto autólogo de vena (b).

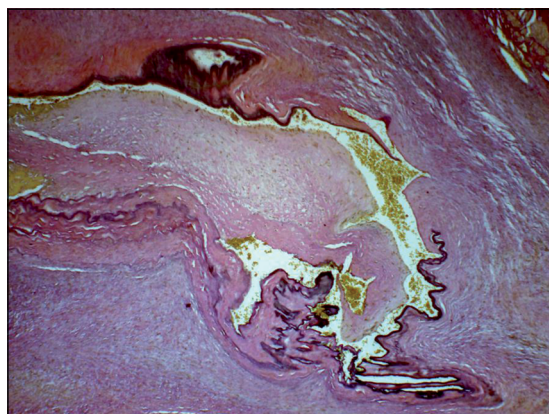


Figura 3. Estudio histológico de pieza quirúrgica. Lumen parcialmente calcificado. Delineado de material elástico condensado irregular. Por fuera, pared fibromuscular adelgazada.

Seguimiento clínico a los 5 meses postoperatorios, sin complicaciones. AngioTC muestra adecuada permeabilidad de injerto en sitio de aneurisma y ramas arteriales distales (Figura 1b).

Discusión

Los aneurismas verdaderos son una entidad rara en pediatría, siendo aún menos frecuentes los de presentación solitaria y de localización no aórtica¹⁻³.

En este grupo etario es importante considerar causas traumáticas, es decir, la presencia de pseudoaneurisma⁴. A modo de orientar su estudio y manejo, Sarkar et al.², publicaron una clasificación clínico-patológica que divide a los aneurismas en la niñez en nueve categorías. A saber: 1) Infección arterial; 2) Aortoarteritis de células gigantes; 3) Enfermedades autoinmunes del tejido conectivo; 4) Enfermedad de Kawasaki; 5) Síndromes de Ehlers-Danlos o Marfan; 6) Otras formas de degeneración no inflamatoria de la media; 7) Displasias arteriales; 8) Factores congénitos-idiopáticos y 9) Pseudoaneurismas asociados con eventos extravasculares que causan injuria parietal. El caso antes expuesto no se asociaba a ninguna condición patológica, y el estudio histológico demuestra la existencia de un aneurisma verdadero. Por tanto, se trataría de un aneurisma poplíteo idiopático.

Los aneurismas pueden manifestarse de forma asintomática o presentarse como masa pulsátil con frémito, dolor local, dolor isquémico¹. Nuestro paciente se presentó como una masa, sin embargo indolora, no era pulsátil ni producía claudicación.

Posiblemente esto se deba a la trombosis oclusiva que presentaba en su lumen.

El diagnóstico se realiza a través de la clínica y exámenes complementarios como ecodoppler, angiografía, angio-tomografía axial computada o angio-resonancia nuclear magnética¹.

Complicaciones derivadas son la ruptura del aneurisma, la trombosis distal, que puede llevar a la pérdida de la extremidad. Esto sumado al retraso del crecimiento en la extremidad que pudiese llevar consigo, hace que su manejo sea quirúrgico¹. En este caso se hizo interposición de injerto autólogo con vena. Sin embargo, también existe la posibilidad de otras técnicas como reparación con un puente de revascularización y la utilización de prótesis.

En el caso expuesto el seguimiento del paciente a los 5 meses mostró una permeabilidad conservada del injerto, asociado a una buena perfusión de la extremidad.

Conclusiones

Si bien los aneurismas son patología rara en los niños, es importante tenerlos en consideración ante el diagnóstico diferencial de una masa en un territorio arterial de una extremidad. Esto principalmente debido a las posibles complicaciones que pudiesen causar, especialmente en el grupo etario referido. Su tratamiento es quirúrgico, con técnicas variables según sea el caso.

Referencias

1. Fredes C, Bombin J, Fernández J, Bronfman M, Orrego A, Contreras J. Aneurisma verdadero de arteria humeral en lactante. *Rev Chil Cir.* 2002;54:532-5.
2. Sarkar R, Coran AG, Ciney RE, Lindenaue SM, Stanley JC. Aneurysms arterial in children: clinicopathologic classification. *JVS* 1991;13:47-57.
3. Hurley PR, Giddings AEB. Idiopathic true aneurysm of the popliteal artery in childhood. *Cardiovascular Surgery* 1994;2:381-3.
4. San Vicente B, Castañón M, Mulet J, Morales L. Aneurisma postraumático de la arteria humeral. *Cirugía Pediátrica* 2000;13:84-6.
5. Jones TR, Frusha JD, Stromeyer FW. Brachial artery aneurysm in an infant. *J Vasc Surg.* 1988;7:439-42.
6. Matsubara M, Hiramatsu Y, Sugita Sh, Atsumi N, Tera-da M, Sakakibara Y. Congenital-idiopathic superficial femoral artery aneurysm in a 7-year-old child. *JVS* 2011;53:1699-701.
7. Parvin SD, Bailey IS. Brachial artery aneurysm in a five-year-old girl. *Eur J Vasc Surg.* 1987;1:73-5.