

# Aneurisma de la vena safena interna en el confluente safenofemoral. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Jesús Sánchez  
María del Mar Cerezo

<sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía  
Especialista en Cirugía General y Digestiva  
<sup>2</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería  
Hospital Comarcal de Jaca  
Servicio de Cirugía General y Digestiva

## Resumen

Los aneurismas venosos verdaderos son dilataciones circunscritas a un segmento de una vena no varicosa que aparecen con escasa frecuencia en la práctica clínica. Las causas etiológicas que los producen son múltiples e inciertas en muchas ocasiones: traumatismos, inflamaciones, aumentos de la presión hidrostática, debilidades congénitas o cambios degenerativos en la pared venosa. En el presente artículo describimos un aneurisma que afectaba a la unión safenofemoral en una mujer de 56 años de edad.

El diagnóstico preoperatorio de los aneurismas venosos en las extremidades inferiores se basa en una correcta exploración clínica y en el uso del Eco-Doppler Color. El tratamiento quirúrgico, con exéresis simple del aneurisma, resulta importante para prevenir posibles complicaciones tromboembólicas.

**Palabras clave:** Aneurisma Venoso. Vena Safena Interna. Vena Safena Externa. Confluente safenofemoral. Confluente Safenopoplíteo. Eco-Doppler Color

## Summary

The true venous aneurysms are unusual dilatations of a localized vein segment occurring in the absence of associated varicosities. Its aetiology remains unknown: local trauma, inflammation, congenital weakness and degenerative changes in the venous wall. This report describes an aneurysm involving the saphenofemoral junction in a 56 year old woman.

Diagnosis of the venous aneurysms in the legs was achieved by careful physical examination and Duplex scanning during the preoperative evaluation. Surgical treatment, with simple excision and ligation of these aneurysms, are important to prevent pulmonary embolism.

**Key words:** Venous aneurysm. Long Saphenous Vein. Short Saphenous Vein. Saphenofemoral junction. Saphenopopliteal Junction. Colour Echo-Doppler.

## Introducción

Los aneurismas venosos (AV) son anomalías anatómicas congénitas o secundarias a múltiples etiologías

que se presentan de forma ocasional en la práctica clínica, afectando a cualquier edad de la vida y con una cierta preferencia por el sexo femenino<sup>1</sup>. No alcanzaron la categoría de una entidad nosológica singular y diferenciada<sup>2</sup> hasta finales de la década de los 50, cuando debido a la generalización del uso de las venas como injertos para cirugía vascular se multiplicaron las observaciones publicadas y se propusieron las primeras clasificaciones, como la de Abbot y Leigh<sup>3</sup>. Hasta entonces el término "aneurisma" se reservaba en exclusiva para la patología arterial.

El AV primario o verdadero es una dilatación única y circunscrita a un segmento de una vena, siendo registrado el primer caso por Harris en 1928<sup>4</sup>. Los AV verdaderos forman parte integral de las malformaciones arteriovenosas congénitas y pueden asociarse a hemangiomas generalizados<sup>5</sup>. Para poder efectuar este diagnóstico es preciso comprobar la ausencia de otras varicosidades próximas<sup>6,7</sup>, el antecedente de un traumatismo directo previo en la zona<sup>5,8</sup>, la presencia de fistulas arteriovenosas patológicas o terapéuticas<sup>5,6,9</sup> y, por último, no deben localizarse sobre una vena utilizada como injerto de interposición<sup>10</sup>.

En la mayoría de los casos el AV será secundario, generalmente a un aumento de la presión hidrostática venosa que actúa sobre una zona de debilidad parietal congénita o adquirida ocasionando un pseudoaneurisma<sup>1-3,7,8,11</sup>.

Pueden involucrar a cualquier vena de la economía, tanto superficial como profunda, siendo más frecuentes en las grandes venas de la cavidad torácica y del abdomen<sup>12</sup>.

Una localización singular de los AV se presenta cuando afectan a los cayados de ambas venas safenas. En estos casos, el aneurisma suele detectarse en las exploraciones preoperatorias, concretamente el Eco-Doppler Color (EDC), o en el transcurso de una inter-

Correspondencia:  
Dr. Jesús Sánchez Beorlegui  
Miguel Servet 19 6º G  
50002 Zaragoza  
E-mail:  
hospitaljaca@jazzfree.com

vención por varices, pudiendo ser necesario un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones crurales o llevar aparejadas dificultades técnicas inesperadas durante la crosectomía.

En el presente artículo, y a propósito de una observación registrada en nuestro servicio que afectaba la unión safenofemoral, discutiremos los diversos aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de los aneurismas venosos en las extremidades inferiores.

## Caso clínico

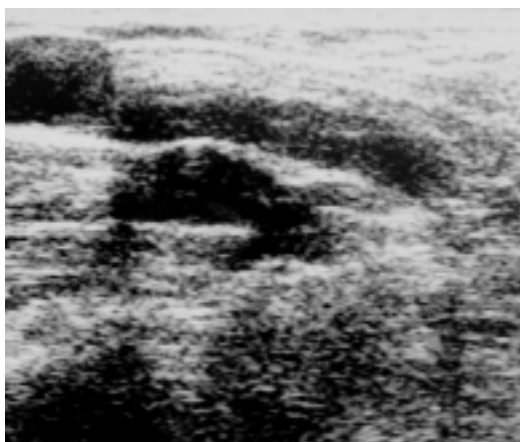
Se trataba de una mujer de mediana edad, 56 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a consultas externas para ser valorada de un cuadro de varices esenciales dependientes de la vena safena interna (VSI). La paciente manifestaba una cierta preocupación, pues aunque desde hacía años había notado la presencia de una pequeña tumoración blanda en el triángulo de Scarpa, creía haber percibido un progresivo aumento de su tamaño. No relataba manifestaciones clínicas excepcionales, salvo las propias de un cuadro de insuficiencia venosa crónica: dolor y edemas vespertinos bimaleolares.

La exploración mostró una dilatación serpiginosa de las venas arciforme anterior y de Leonardo, con varias perforantes de Cockett insuficientes. El territorio de la vena safena externa (VSE) no presentaba varices. La palpación de la VSI en el muslo era normal, sin "blow-out" sugestivos de perforantes de Dodd a dicho nivel. En la región crural, próxima al área del cayado, se palpaba una tumoración blanda de unos 2 centímetros de longitud, por otra parte difícilmente apreciable a la mera inspección ocular.

El EDC demostró, como hallazgo principal, la existencia de una dilatación aneurismática de la VSI próxima al confluente safenofemoral (Figuras 1 y 2) y fijó los puntos de reflujo en la pierna.

Durante la intervención quirúrgica se procedió a la disección del aneurisma, sin incidencias especiales, con ligadura individualizada de todas sus tributarias. Anatómicamente, la arteria pudenda precruzaba la VSI y se registraron como otros hallazgos la fusión en un tronco común de las venas epigástrica superficial y pudenda, junto con una safena accesoria de gran diámetro (Figura 3).

La sección alta con stripping largo de la VSI y el tratamiento de las venas varicosas mediante flebotomía segmentaria y ligadura de perforantes com-



*Figura 1.*  
EDC preoperatorio se visualiza el AV Tipo 1 de Blanchemaison de la VSI y el confluente safenofemoral



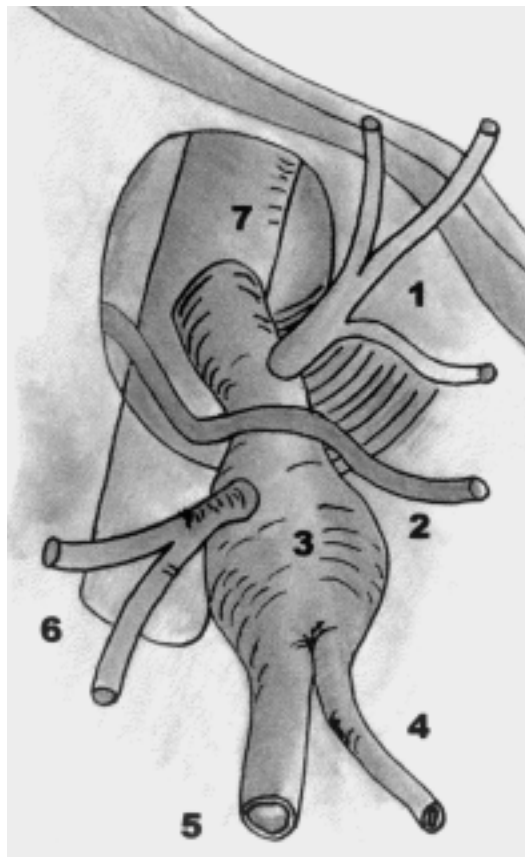
*Figura 2.*  
Otra imagen del EDC preoperatorio

pletaron la actuación del cirujano. El postoperatorio transcurrió con entera normalidad, procediéndose al alta hospitalaria a las 48 horas, tras el cambio del vendaje y su sustitución por una media elástica.

## Discusión

Los AV de las extremidades inferiores no son muy frecuentes<sup>5,9,13</sup>, aunque probablemente su incidencia ha sido subestimada a causa de su escasa sintomatología<sup>1,12</sup>. Su localización más característica es la vena poplítea subarticular y, en segundo lugar, el confluente safenofemoral, con aproximadamente un 25% de los casos registrados<sup>1,12,14</sup>. No deben confundirse estos aneurismas auténticos de la VSI con las flebectasias típicas de las varices que forman safenas arrosariadas<sup>15</sup>, los "blow-out" originados por

**Figura 3.**  
**Interpretación artística**  
**de los hallazgos**  
**anatómicos**  
**intraoperatorios**  
 1. Vena subcutánea abdominal y pudenda externa fusionadas  
 2. Arteria pudenda precruzando la VSI  
 3. Aneurisma Venoso  
 4. Vena Safena Accesorio  
 5. VSI  
 6. Complejo venoso Circunfleja Iliaca – Crural  
 7. Vena Femoral



perforantes de Dodd incompetentes en el tercio superior del muslo<sup>16</sup> o con los enormes pseudoaneurismas de algunas recidivas varicosas<sup>13</sup>.

En cuanto a su etiología, el mecanismo favorecedor más típico de los AV safenos es la hiperpresión venosa local causada por una destrucción completa de las válvulas ostiales safenofemoral o safenopoplíteo, asociada o no a una debilidad congénita o adquirida de la pared venosa. Otros autores han señalado como elemento favorecedor la fusión próxima a los cayados de gruesas tributarias<sup>11</sup> y los efectos compresivos de las masas musculares que rodean a la VSE en el hueco poplíteo<sup>17</sup>.

La clínica de los AV superficiales suele ser escasa o estar ausente<sup>5</sup>: sensación de masa o tumor en las regiones femoral o poplíteo<sup>18</sup>, dolor local, etc<sup>6</sup>. La ruptura espontánea del aneurisma es muy rara<sup>19</sup>. Una complicación frecuente es la presencia de fenómenos trombóticos por estasis y turbulencias del flujo venoso<sup>18,20</sup>; sin embargo, la migración de coágulos al sistema venoso profundo ocasionando un embolismo pulmonar aparece excepcionalmente<sup>1,18</sup>.

El diagnóstico se basaba clásicamente en la exploración clínica mediante el empleo de la palpación, practicada con o sin maniobras de Valsalva, y la auscultación<sup>5,21</sup>. Hoy en día, las pruebas de imagen no invasivas resultan fundamentales<sup>6,19</sup>. La EDC presenta una alta sensibilidad y especificidad y permite unos resultados óptimos, con bajo coste, excelente tolerancia por el paciente y la posibilidad de repetir la prueba cuantas veces se precise durante el seguimiento<sup>18,22,23</sup>. La flebografía ascendente y la varicografía han visto disminuidas sus indicaciones, quedando reservadas para casos dudosos o ante la presencia de pseudoaneurismas asociados a recidivas complejas inguino-crurales o poplíteas<sup>7,18</sup>.

El diagnóstico diferencial se restringe a los casos en que el EDC es dudoso o no concluyente; por ejemplo, en situaciones de trombosis completa del aneurisma<sup>24</sup>. Debe plantearse con todas aquellas entidades nosológicas que cursan con una tumoración en el triángulo de Scarpa o el hueco poplíteo<sup>5</sup>: en primer lugar y típicamente con la hernia femoral<sup>15,6,9,10,15,21,25,26</sup>, e igualmente con abscesos y hematomas, aneurismas arteriales y venosos del sistema profundo, tumores linfoproliferativos, adenopatías, quistes sinoviales, quistes de Baker en el hueco poplíteo<sup>12</sup>, masas adenopáticas, gangliones y quistes hidatídicos.

La clasificación de Blanchemaison<sup>27,28</sup> divide a los aneurismas del cayado de la VSI en 3 tipos. En el Tipo 1 de Blanchemaison el aneurisma se localiza en la inmediata proximidad de la unión safenofemoral pero sin involucrarla, tal y como en el caso que presentamos. En el Tipo 2 se ve afectada la propia unión safenofemoral y en el Tipo 3 el aneurisma se sitúa lejos del confluente. El Tipo 2 suele presentar las mayores dificultades para su manejo quirúrgico, con alto riesgo de lesionar la vena femoral. En cuanto a su forma, resultan más frecuentes los AV saculares que los fusiformes, ya que los AV primarios adoptan frecuentemente este segundo aspecto.

Los AV superficiales situados en los confluente safenofemoral y safenopoplíteo suelen intervenir por causas cosméticas o por temor a complicaciones<sup>19</sup>, principalmente la trombosis con embolismo pulmonar secundario<sup>9</sup>. El tratamiento consiste en la excisión simple del AV mediante una crosectomía reglada<sup>1,6,8</sup>.

## Bibliografía

1. Farah I, Sessa C, Villemur B, Fayard PH, Magne JL, Chichignoud B, Guidicelli H. Anévrysme veineux de siège inhabituel révélé par une embolie pulmonaire. *J Mal Vasc* 1999;24:49-52.

2. Brinzeu P, Ignat P, Bota N. Sur le mécanisme de formation des anévrysmes veineux. *Phlébologie* 1976;29:363-7.
3. Abbott OA, Leigh TF. Aneurysmal dilatations of the superior vena caval system. *Ann Surg* 1964;159:858-71.
4. Harris RI. Congenital venous cyst of the mediastinum. *Ann Surg* 1928;88:953.
5. Ramadan F, Johnson G. Primary lesser saphenous vein aneurysm in a child. *J Pediatr Surg* 1991;26:738.
6. Gillespie DL, Villavicencio L, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1997;26:845-52.
7. 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.
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. *Am J Roentgenol* 1997;168:1621-2.
10. Schatz IJ, Fine GF. Venous aneurysms. *N Engl J Med* 1962;266:1310-2.
11. Lippert KM, Frederick LD. A sacculated aneurysm of the saphenous vein. *Ann Surg* 1951;134:924-6.
12. 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.
13. Smets D, Debing E, De Raeye H, Van den Brande P. Venous aneurysm four years after greater saphenous vein stripping. *Acta Chir Belg* 1997;97:194-5.
14. Shor NA. Izolirovannye venoznye anevrizmy. *Vestn Khir* 1986;136(5):53-6.
15. Cachera JP, Chevrel JP, Broc A, Dubost Ch. Deux cas d'anévrysmes veineux superficiels. *Presse Med* 1966;74:235-8.
16. Santos Gaston MA. Venas de la pierna: Anatomía vascular. En: Santos Gastón, editor. *Microcirugía de Varices (Flebectomía segmentaria)*. Alfaro (La Rioja): Gráficas García, 1996;5-41.
17. Thierry L. Les anomalies veineuses de la fosse poplitée. *Phlébologie* 1988;41:729-34.
18. Uematsu M, Okada M. Primary venous aneurysms. Case reports. *Angiology* 1999;50:239.
19. 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.
20. Cerdán Miguel FJ, Rincón Boluda AM, Zuloaga Bueno J, Martín del Olmo JC, Martín Fernández J. Aneurisma de la vena safena interna. *Angiología* 1979;31:30-4.
21. Tournay R. Une erreur fréquente de diagnostic: la dilatation ampullaire de la crosse de la saphène interne prise par une hernie crurale. *Phlébologie* 1965;18:231-4.
22. Gitschlag KF, Sandler MA, Madrazo BL, Hricak H, Eyler WR. Disease in the femoral triangle: sonographic appearance. *Am J Roentgenol* 1982;139:515-9.
23. Hatada T. Usefulness of ultrasonography for detecting inguinal disorders. *Am J Surg* 1998;175:341-2.
24. Ducheix N, Leynaud L. Le sarcome était une saphène thrombosée. *Phlébologie* 1956;9:180.
25. Ofoegbu RO. Aneurysmal dilatation of the long saphenous vein in the presence of irreducible femoral hernia. *J R Coll Surg Edinb* 1979;24:40-1.
26. Sproul G. Venous aneurysm: A rare cause of reducible inguinal mass in infancy. *Surgery* 1965;58:1027-30.
27. Sánchez Beorlegui J. El cayado de la vena safena interna: anatomía quirúrgica y sus aplicaciones prácticas en el tratamiento de las varices. *Anales de Cirugía Cardíaca y Cirugía Vasculares* 2000;6:72-9.
28. Blanchemaison PH, Grenay PH, Camponovo J. Atlas de anatomía de las venas superficiales del miembro inferior. Volumen I: Anatomía clásica de la vena safena interna. La unión safenofemoral. Madrid: Publicaciones médicas de Laboratorios Servier 1996:47.