

Aneurisma venoso primario de la rama lateral de la vena mediana antebraquial

Juan Agustín Cabrera Frola^{1*}, Juan Enrique Kenny Pujadas¹, Gustavo Jorge Armand Ugón Bigi²

1. Dr. Asistente de Cátedra, Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay.
2. Dr. Prof. Adjunto, Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay.

*** Autor de correspondencia:**

Juan Agustín Cabrera Frola

Tel. +59898518577

cab0994row31@gmail.com

RESUMEN

Los aneurismas venosos son poco frecuentes, pueden afectar cualquier vena superficial o profunda. Se clasifican en primarios y secundarios. Los aneurismas venosos primarios, en su mayoría asintomáticos (subdiagnosticados hasta en un 89% y excepcionalmente mencionados en las descripciones anatómicas) y se definen por un aumento de 1.5 veces, o más, respecto al diámetro del vaso donde asientan. Aquellos aneurismas primarios, sean fusiformes o saculares, no están asociados a malformación y/o fístula arteriovenosa ni a várices. El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de aneurisma venoso primario. Paciente masculino, 54 años, sin antecedentes de trauma, cirugía o venopunción sobre pliegue de codo derecho, donde presenta una tumoración, de años de evolución, bien delimitada, de 5x3 cm, ovalada, lisa, blanda. Indolora. Sin latido ni frémito. Topografiada en el celular subcutáneo, móvil respecto a piel y aponeurosis superficial. El diagnóstico clínico fue el de lipoma. La ecografía evidenció dilatación fusiforme de la rama lateral de la vena mediana antebraquial, de 45x28 mm, paredes finas, regulares, flujo venoso turbulento en su interior, sin trombosis, diagnosticando aneurisma venoso superficial (AVS). La flebografía confirmó el diagnóstico y descartó imágenes patológicas en venas cefálica, humerales, axilar y subclavia. La aproximación clínico-semiológica al paciente determinó la realización de estudios paraclínicos que diagnosticaron una patología muy poco frecuente. Dada su baja frecuencia, los AVS muchas veces no son diagnosticados como tales. Debemos sospechar un AVS cuando evidenciamos una tumoración blanda en la topografía de un eje vascular.

Palabras clave: Aneurisma venoso, Aneurisma superficial

ABSTRACT

Venous aneurysms are rare; they can affect any superficial or deep vein. They are classified as primary and secondary. Primary venous aneurysms, mostly asymptomatic (underdiagnosed by up to 89% and exceptionally mentioned in anatomical descriptions) and are defined by an increase of 1.5 times, or more, with respect to the diameter of the vessel where it sits. Those primary aneurysms, whether fusiform or saccular, are not associated with malformation and/or arteriovenous fistula or varicose veins. The objective of this work is to report a clinical case of primary venous aneurysm. Male patient, 54 years old,

with no history of trauma, surgery or venipuncture on the crease of the right elbow, where he presented a tumor, of years of evolution, well delimited, 5x3 cm, oval, smooth, soft. Painless. Without heartbeat or thrill. Topography in the subcutaneous cell, mobile with respect to skin and superficial aponeurosis. The clinical diagnosis was lipoma. Ultrasound evidenced fusiform dilation of the lateral branch of the median antebrachial vein, 45x28 mm, thin, regular walls, turbulent venous flow inside, without thrombosis, diagnosing Superficial Venous Aneurysm (SVA). Phlebography confirmed the diagnosis and ruled out pathological images in the cephalic, humeral, axillary and subclavian veins. The clinical-semiological approach to the patient determined the performance of paraclinical studies that diagnosed a very rare pathology. Given their low frequency, SVA are often not diagnosed as such. We should suspect SVA when we see a soft tumor in the topography of a vascular axis.

Keywords: Venous aneurysm, Superficial aneurysm

INTRODUCCIÓN

Osler describió por primera vez la entidad de aneurisma venoso en 1915¹. El aneurisma venoso se define como un área localizada de dilatación venosa que está en continuidad con el resto de la estructura venosa, afectando sus tres capas. Se pueden clasificar según sean primarios y secundarios. Los primarios serán aquellos que no están asociados a malformación arteriovenosa, trauma, antecedentes de venopunción, inflamación o infección en el sitio venoso, hipertensión venosa y/o no presentar un segmento varicoso, mientras que los secundarios, serán aquellos casos en los que exista alguno de los antecedentes antes descritos^{2,3}.

La incidencia de aneurisma venoso es baja y casi siempre se diagnostican por un hallazgo incidental al examen físico o al usar imágenes diagnósticas, siendo subdiagnosticados hasta en un 89% de los casos². Los aneurismas venosos son observados más frecuentemente en la vena yugular interna, la vena poplítea, la vena cava superior y la vena porta. Los aneurismas que asientan sobre las venas del miembro superior son particularmente infrecuentes con solo pocos casos descritos en las distintas series que estudian los aneurismas venosos⁴. La ecografía Doppler color es la herramienta diagnóstica de primera elección y solo cuando no es concluyente se deberá emplear la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) o la venografía¹. Aunque las complicaciones relacionadas con estas lesiones son raras, se recomienda la cirugía como tratamiento¹.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un individuo con un aneurisma venoso primario en miembro superior.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino, de 54 años, sin antecedentes de trauma, cirugía o venopunción sobre pliegue de codo derecho, donde presenta una tumoración, de años de evolución, bien delimitada de 5x3 cm, ovalada, lisa, blanda. Indolora. Sin latido ni frémito. Topografiada en el celular subcutáneo, móvil respecto a piel y aponeurosis superficial (**Figura 1**).

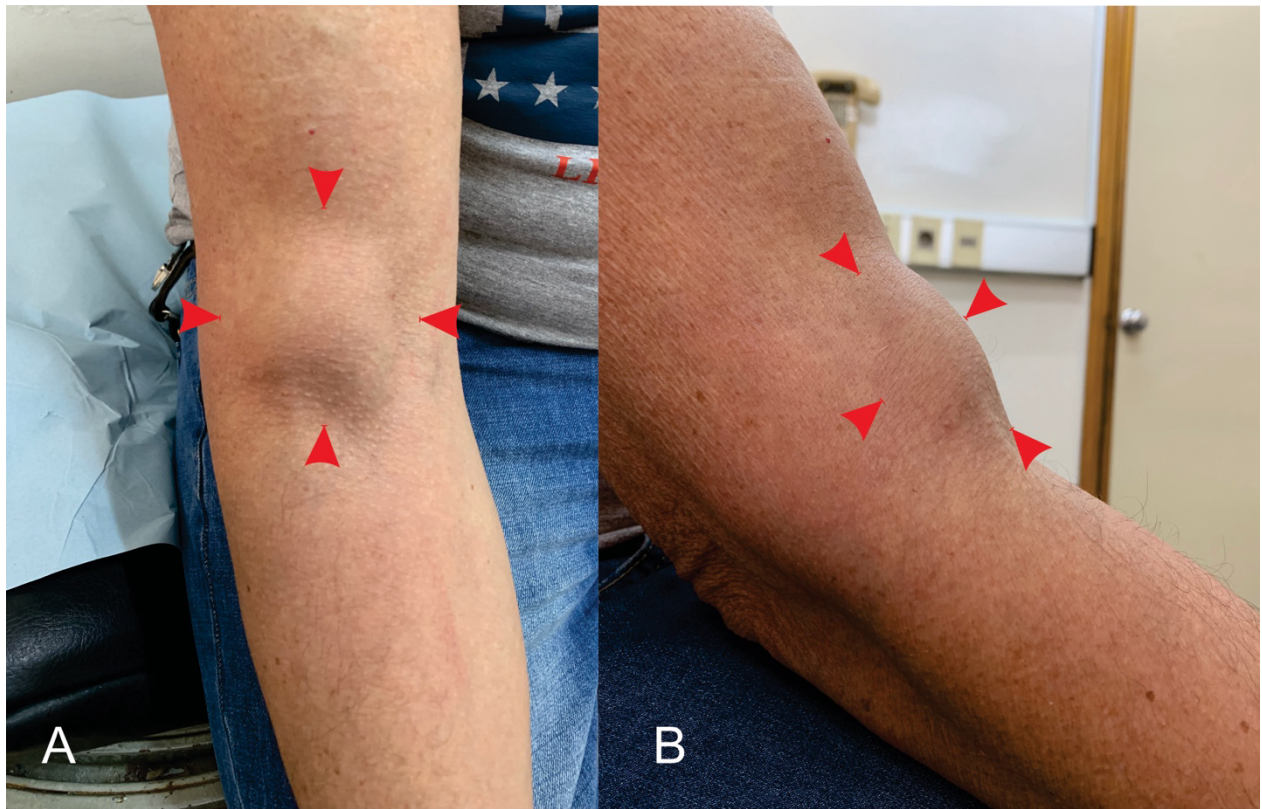


Figura 1. Miembro superior derecho. A. Vista frontal del pliegue de codo. B. Vista lateral. Flechas enmarcando tumoración.

Se realizó el planteo diagnóstico de lipoma y se solicitó paraclínica imagenológica.

La ecografía evidenció dilatación fusiforme de la rama lateral de la vena mediana antebraquial, de 45x28 mm, paredes finas, regulares, flujo venoso turbulento en su interior, sin trombosis, diagnosticando aneurisma venoso primario. Se solicitó flebografía a modo complementario, la que confirmó el diagnóstico y descartó imágenes patológicas en venas cefálica, humerales, axilar y subclavia (**Figura 2**).

En el presente caso, el paciente decidió no practicarse ningún tratamiento luego de ser informado sobre la patología actual, su evolución, eventual complicaciones, y principales características del tratamiento quirúrgico.

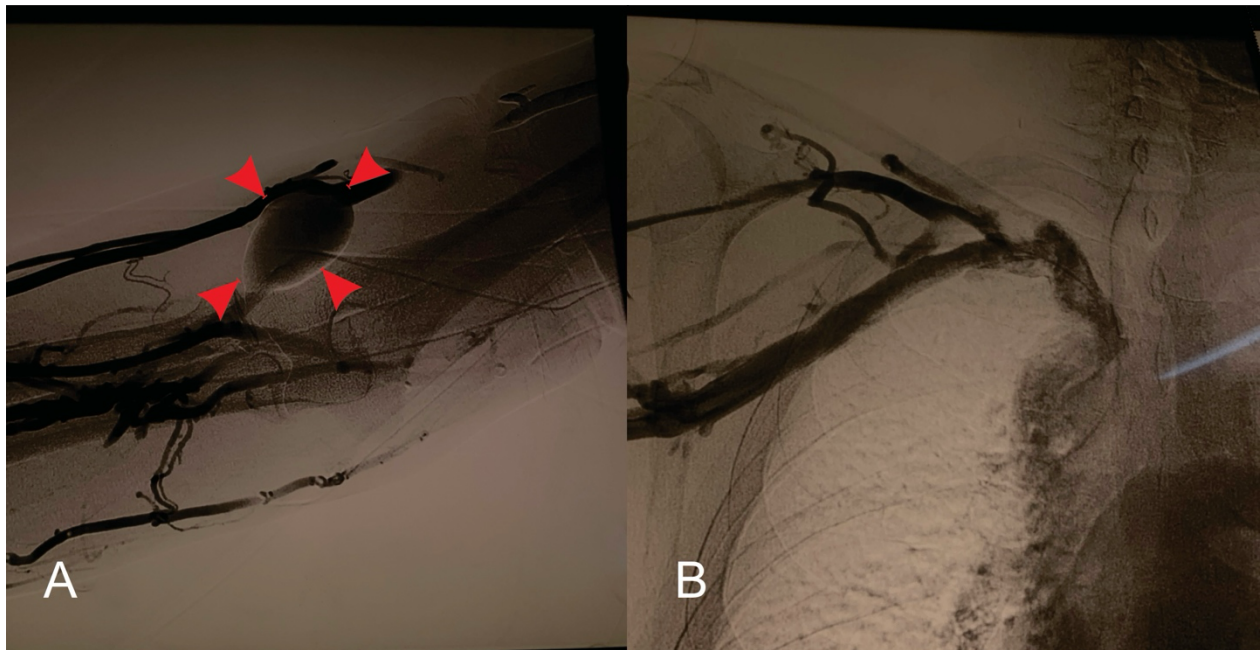


Figura 2. Flebografía de miembro superior. A. Flebografía con enfoque de codo. Flechas enmarcando aneurisma venoso. B. Flebografía con enfoque de hombro sin evidencia de lesiones en el árbol venoso.

DISCUSIÓN

Los aneurismas venosos primarios pueden presentarse a cualquier edad y predominan ligeramente en el sexo femenino, sin que exista una diferencia significativa⁴.

Los aneurismas venosos superficiales reportados en la mayoría de la bibliografía revisada fueron asintomáticos y sus complicaciones no fueron graves, además, La mayoría de los aneurismas venosos y los pseudoaneurismas se confundieron con masas de tejido blando^{5,6,7}. El diagnóstico inicial generalmente se realiza a partir de un examen físico, como lo fue en nuestro caso, siendo la ecografía dúplex color asociado a su modo Doppler, el método de elección para el estudio de tumoraciones, logrando mostrar la naturaleza vascular de la masa con cualquier conexión con la circulación venosa⁸. La ecografía dúplex permite identificar los vasos sanguíneos, revela la presencia de trombos, y proporciona ayuda en la planificación del procedimiento quirúrgico. Además de lo detallado por Min y colaboradores⁸, y Lee y colaboradores⁹ también plantean complementar el estudio con TC o RNM en casos de dudas diagnósticas.

La extremidad superior representa el sitio menos común para la degeneración aneurismática venosa, con sólo 4% entre todos los aneurismas venosos¹⁰.

El diagnóstico diferencial incluye una amplia variedad de masas de tejido blando de las extremidades superiores, principalmente lipomas, tumores sólidos y neurogénicos; siendo el diagnóstico preoperatorio de inmenso valor. La ecografía dúplex es el pilar de la evaluación, ya que es rápido y no invasivo y proporciona toda la información relevante, como localización de la lesión, vasos nutricios, presencia de trombos, comunicación con arterias o venas profundas y guía el plan quirúrgico¹¹.

El estudio con mayor serie de casos revisado en la literatura, 152 casos, solo el 9,2% de ellos ocurrieron en el miembro superior¹². En otras dos series de casos, se consideró la ubicación en el miembro superior en un 10,2% (4/39)¹³ y en un 13,0% (6/46) de los casos¹⁴.

Los aneurismas venosos pueden ser sospechados en la práctica clínica cuando una masa o tumor aumenta de tamaño, cuando se provoca el drenaje venoso distal a la tumoración (aneurismas distales) o cuando se

provoca la maniobra de Valsalva (aneurisma central)¹. La compresibilidad y la no pulsatilidad de la tumoración son datos que ayudan en el diagnóstico².

Los aneurismas venosos primarios a menudo se presentan como masas de crecimiento lento causando malestar estético en el paciente en lugar de síntomas sistémicos. Es por esto y por la presentación indolente que, con frecuencia, se pasa por alto su consideración en el diagnóstico diferencial de otras masas, como quistes ganglionares u otras masas benignas de similares características evolutivas^{15,16}.

Un estudio encontró que el 88,9% (8/9) de los pacientes que tenían aneurismas venosos superficiales su condición fue mal diagnosticada¹³ y otro encontró que alrededor del 50% de los casos eran solo diagnosticado después de cirugía¹⁷.

Este retraso en el diagnóstico puede resultar en enfermedades neurovasculares, provocadas por compresión del nervio adyacente^{18,19}. Aunque poco común, también pueden producirse complicaciones peligrosas como embolias pulmonares^{18,20,21,22}.

Hallazgos histológicos comúnmente reportados de aneurismas venosos reportan diversos grados de adelgazamiento en la pared venosa, con pérdida de la capa de músculo liso y su sustitución por tejido fibroso, así como su deficiencia y alteración de la arquitectura de la elástica del vaso⁸; en nuestro caso, no hemos podido realizar el análisis histológico en cuestión, dado que no se realizó tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

Reportamos el caso de un individuo portador de una tumoración en el miembro superior, asintomática, en el territorio vascular de una vena superficial, lo que debe de hacer siempre sospechar un aneurisma venoso superficial, aunque sean muy poco frecuentes

La confirmación diagnóstica puede establecerse mediante ecografía Doppler, y, si bien el porcentaje de complicaciones es bajo, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Joanna K. Weeks, Robert J. Strauch, Renu K. Virk, Tony T. Wong. Cephalic venous aneurysm in the wrist Clin Imaging. 2018;52:310-314.
2. Gibrán Quintero Arias; Carlos Zúñiga Latorre; Jorge Acosta Reyes; Aneurisma venoso primario de la vena safena: presentación de un caso. Rev. colomb. Radiol. 2016;27(4):4576-4578, 2016.
3. M Cakıcı, O Ersoy, I Ince and U Kiziltepe. Unusual localization of a primary superficial venous aneurysm: a case report. Phlebology. 2014;29(4):267-8.
4. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, McAfee S, DeLaurentis DA. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. Surgery. 1995;117(1):1-6.
5. Mateo AM, Mateo Martínez M. Aneurismas venosos. En: Estevan Solano JM, editors. Tratado de aneurismas. Barcelona: URIACH; 1997. p.58997.
6. Schatz IJ, Fine G. Venous aneurysms. N Engl J Med.1962;266:1310-1312.
7. Zamboni P, Cossu A, Carpanese L, Simonetti G, Massarelli G, Liboni A. Los llamados aneurismas venosos primarios. Flebología . 1990;5(1):45-50.
8. Min SI, Jung IM, Chung JK, Heo SC, Ahn YJ, Hwang KT, Choi YH, Chang MS, Ha J, Kim SJ. A nontraumatic, noniatrogenic pseudoaneurysm of the cephalic vein presenting as an upper arm mass. Ann Vasc Surg. 2008;22(4):575-8
9. Lee HY, Lee W, Cho YK, Chung JW, Park JH. Superficial venous aneurysm: reports of 3 cases and literature review. J Ultrasound Med. 2006;25(6):771-6.
10. Goto Y, Sakurada T, Nanjo H, Masuda H. Venous aneurysm of the cephalic vein: report of a case. Surg Today. 1998;28(9):964-6. doi: 10.1007/s005950050263.

11. Kassabian E, Coppin T, Combes M, Julia P, Fabiani JN. Radial nerve compression by a large cephalic vein aneurysm: case report. *J Vasc Surg.* 2003;38(3):617-9.
12. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, McAfee S, DeLaurentis DA. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. *Surgery.* 1995;117(1):1-6. doi: 10.1016/s0039-6060(05)80222-3.
13. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, O'Donnell SD, Jackson MR, Pikoulis E, Rich NM. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg.* 1997;26(5):845-52. doi: 10.1016/s0741-5214(97)70099-5.
14. Gabrielli R, Rosati MS, Siani A, Irace L. Management of Symptomatic Venous Aneurysm. *The Scientific World Journal.* 2012;2012:386478.
15. Marquardt G, Angles SM, Leheta FD, Seifert V. Median nerve compression caused by a venous aneurysm: case report. *J Neurosurg.* 2001;94(4):624-6.
16. Altintas G, Ozen A, Diken A, Ozatik MA. Presentation of a true aneurysm of the left antecubital vein. *Ann Vasc Surg.* 2010;24(5):694.
17. Owen WJ, McColl I. Venous aneurysm of the axilla simulating a soft tissue tumour. *Br J Surg.* 1980;67(8):577-8.
18. Grice GD, Smith RB, Robinson PH, Rheudasil JM. Primary popliteal venous aneurysm with recurrent pulmonary emboli. *J Vasc Surg.* 1990;12(3):316-8.
19. Kassabian E, Coppin T, Combes M, Julia P, Fabiani JN. Radial nerve compression by a large cephalic vein aneurysm: case report. *J Vasc Surg.* 2003;38(3):617-9.
20. Wallace JR, Baril DT, Chaer RA. Upper extremity venous aneurysm as a source of pulmonary emboli. *Ann Vasc Surg.* 2013; 27(2):240.e5-8.
21. Dahl JR, Freed TA, Burke MF. Popliteal vein aneurysm with recurrent pulmonary thromboemboli. *JAMA.* 1976;236(22):2531-2.
22. Gallagher JJ, Hageman JH. Popliteal vein aneurysm causing pulmonary embolus. *Arch Surg.* 1985;