

## Un caso de aneurisma de la arteria poplítea<sup>(1)</sup>

Por el doctor **J. Salarich Torrents**

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Dentro de nuestro arte resulta casi imposible poder siempre someter a una misma técnica un mismo tipo de operación, por las innumerables variaciones de los factores individuales de cada enfermo; esto hace que todos nosotros a veces nos veamos obligados a no aplicar a todos los enfermos con integridad la técnica descrita por los autores como clásica y aun a valernos de recursos no descritos en los libros que habitualmente nos sirven de consulta.

El sentido común, junto con un poco de habilidad técnica, ha resuelto una infinidad de improvisaciones bienhechoras para el enfermo. Hoy, que me ha parecido encontrar un pequeño detalle no descrito en la bibliografía que he consultado, y que el resultado a posteriori ha sido bueno, me atrevo a ocupar esta tribuna y exponerlo a la consideración de los compañeros de la Sociedad de Cirugía.

*Caso clínico:* Enfermo ingresado el mes de noviembre de 1930, en el servicio de Cirugía del Hospital de Vich.

*Historia clínica:* Pedro Soláns y Expósito, de 60 años de edad.

A los dos años sufrió una pulmonía, y dos accidentes del trabajo sin importancia. De su matrimonio ha tenido siete hijos: los dos primeros murieron de pequeños, los otros cinco viven buenos y con hijos.

*Enfermedad actual:* El 7 de septiembre de 1928 fué atropellado por una bicicleta, cayó de rodillas en tierra y presentó una hermatrosis de la articulación. El facultativo que le asistía le practicó una punción evacuadora de la articulación.

A partir de este traumatismo comienzan a presentarse claudicaciones frecuentes de la pierna, sensación de latido detrás de la rodilla, y aparición de un abultamiento en la región poplítea, que poco a poco aumentaba de volumen y que imposibilitaba al enfermo la extensión completa de la pierna.

Coincidiendo con estos síntomas, el edema que empezó por el pie invadía ya la pierna. Se acentuaba cada vez más la flexión de la pierna sobre el muslo, y obliga al enfermo al uso del bastón y a apoyarse únicamente en la punta del pie. El reposo no influía en la desaparición del edema.

Los últimos dos meses permaneció en el lecho. Durante este tiempo los tópicos locales de pomadas y cataplasmas fueron empleados en gran escala, y en vista de su acción poco afortunada decidieron llamar a un facultativo. Este le practicó una punción y salió sangre negruzca.

A partir de esta fecha es cuando vi al enfermo por primera vez, y presentaba un abultamiento ovalado bastante voluminoso, del tamaño de una pera, que remontaba hasta el anillo de los adductores y se extendía hasta el pliegue de flexión del hueco poplíteo. La piel ligeramente enrojecida y macerada. La pierna en flexión casi en ángulo recto y de aspecto jaspeado. A la palpación no se perciben latidos ni expansiones, y bajo la piel movable se limita una masa compacta bien fija a los planos profundos. A la auscultación ni soplo ni *trill*. Los latidos arteriales de la pedia están disminuidos de intensidad. Wassermann negativa, practicada en el Laboratorio de la Sub-brigada aneja al Hospital.

*Operación:* Previos unos días de reposo en espera de que la piel esté en buenas condiciones. se le practicó el día 15 de noviembre de 1930.

(1) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

Anestesia raquídea. Colocación de la venda de Esmarch. Amplia incisión en la línea media de la región poplítea y abertura del saco aneurismático lleno de coágulos. Una vez extraídos éstos, queda al descubierto la hendidura arterial, de unos cuatro centímetros de longitud. Con la extirpación de los coágulos, la parte del saco opuesta a la arteria, así como también las paredes laterales de aquél, eran tan sumamente delgadas y estaban tan íntimamente unidas, que desaparecieron. La parte del saco que era continuación del cuello del aneurisma, también era muy delgada y estaba íntimamente unida con los tejidos que le servían de lecho.

No observé que los restos del saco desembocasen en ninguna colateral. Procedo a la reconstrucción de la luz arterial mediante una sutura con catgut de los dos ceros. Suprimo la compresión y se observa el restablecimiento de la circulación de la arteria y la buena coaptación de la superficie suturada.

A fin de proteger esta primera sutura, dada la imposibilidad de hacer un plegamiento del saco por encima de aquélla, me serví de la vena, dadas las inmejorables condiciones que ésta presentaba, adosándola encima de la arteria y fijándola con una serie de puntos por banda que traspasaban los límites de la primitiva sutura arterial, teniendo cuenta de que no penetrasen en la luz de los vasos.

Sutura de la aponeurosis con puntos separados de catgut y crines en la piel.

Colocación del miembro en un vendaje algodonado que cogía toda la pierna.

A los dos días se retiran los puntos de la piel, a los 20 deja el lecho y a los 30 es dado de alta en el Hospital.

De los aneurismas quirúrgicos y operables, son los de la arteria poplítea los más frecuentes. MATAS, de 106 encontró 62, o sea un 58 por 100. Según DELBET, comprenden más de una tercera parte de los aneurismas periféricos quirúrgicos.

Aunque todos los autores no atribuyan la etiología de estos aneurismas al factor traumático, en nuestro enfermo el hecho traumático es digno de tenerse en cuenta, ya que a partir de éste comenzó a presen-

tar trastornos. MATAS, que es lo mismo que decir la primera autoridad en esta materia, dice que si se interroga detenidamente a estos enfermos, encontraremos en los datos anamnésticos algún traumatismo o esfuerzo muscular que ha aumentado rápidamente la tensión arterial.

Las intoxicaciones propias del sexo masculino (en los casos de ausencia de sífilis) como el alcoholismo y otros factores de arteritis, explican bien la etiología de los aneurismas de la poplítea; y en el nuestro, ya que se trata de un hombre de 60 años, nos será muy fácil establecer una justa relación entre el proceso de arteritis y el traumatismo.

De las dos variedades de localización que presentan estos aneurismas, en superiores o fémoropoplíteos, e inferiores o poplíteocrurales, podemos clasificar el caso que traigo a vuestra consideración entre los primeros o fémoropoplíteos, y por tanto, éstos tienen la ventaja de que afectan un número relativamente pequeño de colaterales, y su expansión se hace a expensas de la parte femoral, con menos probabilidades de compresiones venosas y arteriales. No sucede así en los de tipo poplíteocrurales, ya que se desarrollan en el punto de cita de las arterias, como dice DELBET, y producen compresiones que aun en algunos casos han producido la gangrena del pie.

La morfología del saco era el de un aneurisma sacciforme, variedad más frecuente en las arterias superficiales.

La variedad fusiforme es más propia de las grandes arterias como son las que arrancan del corazón, aorta torácica y abdominal, tronco braquiocefálico, subelavias, carótidas, etc.

El saco, durante su desarrollo, se adapta a sus contornos y se aplanan en los puntos de mayor resistencia, como son huesos

y planos aponeuróticos y crece en el sentido opuesto de menor resistencia. El saco puede ser bien conformado, pero a veces sólo se manifiesta claramente al nivel de sus inserciones arteriales, mientras que en la periferia y regiones más distantes adelgaza de tal modo, que incluso es difícil reconocerlo. En nuestro caso presentaba éste un aspecto bien interesante. Dado el grueso volumen del neurisma, como puede verse por las adjuntas fotografías, las paredes del saco eran sumamente delgadas y estaban tan íntimamente unidas a los coágulos más externos, que al extirparlos el saco desapareció con ellos y quedó reducido a su más mínima expresión al nivel de la hendidura arterial, que imposibilita el poder llevar a cabo el procedimiento clásico de doblarlo y suturarlo para reforzar y proteger la sutura arterial endosacular.

El diagnóstico al principio no ofreció ninguna dificultad, dados los síntomas clínicos de localización; si bien es verdad que no presentaba latido ni pulsación ni expansión, en cambio el pulso, en la extremidad del miembro afectado, en comparación al del miembro sano, era retardado y de menor intensidad, y la punción ayudó a corroborar el diagnóstico.

*Tratamiento:* El grueso volumen de este aneurisma hacía que la vena poplítea estuviese desplazada afuera y detrás y que su longitud hubiese crecido gracias a la masa tumoral que le empujaba. Una vez extirpado el saco éste vuelve a ocupar la posición normal, pero lo que llamaba la atención era el grosor de la vena poplítea. TESTUT dice que todos los tratadistas insisten sobre los caracteres peculiares de la vena, por la semejanza con la arteria, por sus grises

y espesas paredes y porque una vez seccionada su luz permanece abierta. Pero en nuestro caso estos caracteres arteriales de la vena bien podemos decir que estaban multiplicados.

Una vez hecha la sutura de la hendidura aneurismática y sacada la pinza hemostática que excluía la circulación en el trayecto de la poplítea, observamos el restablecimiento de la circulación y los latidos arteriales en todo el trayecto que teníamos al descubierto y la perfecta coaptación y contención de los dos márgenes de la hendidura arterial.

Indudablemente que la sutura estaba bien practicada ya que establecida la circulación no manaba nada de sangre por sus intersticios. Siguiendo la técnica de Paul MOURE según ha expuesto en cinco casos a la Sociedad de Cirugía de París, no habría tenido que preocuparse de proteger por debajo de la sutura arterial como hace MATAS con el resto del saco. Este autor practica únicamente la sutura de la arteria, e incluso recomienda respetar las adherencias del saco a fin de evitar la destrucción de numerosos vasos que son de extremada utilidad para el restablecimiento de la circulación lateral. Pero a mí me satisface más que este último procedimiento dejar protegida la sutura arterial tratándose de un órgano contráctil, y por tanto, con variación de tensión constante.

Dadas las condiciones anatómicas descritas, tanto por parte de la vena como de la arteria, y en la imposibilidad de adaptar, siguiendo el procedimiento MATAS, los restos del saco y a fin de no dejar al descubierto la sutura arterial, se me ocurrió adosar la vena y suturarla lateralmente a la arteria, tal como hemos descrito, colocando los diferentes puntos en forma que no llegasen a transfiñar la luz de los vasos.

*Estado actual:* Primero: Restablecimiento de la circulación de retorno. Segundo: No modificación de la circulación arterial en aquello que depende de los fenómenos de arteritis senil troncular que ya sufría el enfermo y que, como a consecuencia de los cuales fué posible la formación del aneurisma.