

## CARTA CIENTÍFICA

# ANEURISMAS MÚLTIPLES Y BILATERALES DE VENAS BASÍLICAS

*Multiple bilateral basilic vein aneurysms*

## RESUMEN

Los aneurismas venosos son poco frecuentes y predominan en las venas profundas de los miembros inferiores. Se presenta el caso de una paciente portadora de aneurismas múltiples idiopáticos de ambas venas basilicas. En la bibliografía sólo se encuentran casos de aneurismas secundarios a traumatismos o malformaciones arteriovenosas.

**Palabras clave:** Aneurisma venoso, Aneurisma idiopático, Aneurisma de vena basilica

## ABSTRACT

Venous aneurysms are rare and predominant in the deep veins of the lower limbs. The case of a patient with idiopathic multiple aneurysms from both basilic veins is presented. In the literature, only aneurysms secondary to trauma or arteriovenous malformations are found.

**Key words:** Venous aneurysm, Idiopathic aneurysm, Basilic vein aneurysm

## Autores:

Dr. Alejandro Conde,  
Dr. Cristian Parra,  
Dr. Oscar Gural Romero,  
Dr. Danilo Carraro

Servicio de Flebolinfología de la  
Fundación Favaloro

## Correspondencia:

Dr. Alejandro Fabián Conde  
acondecvasc@hotmail.com

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Es una paciente de sexo femenino de 32 años, profesión sommelier, longilínea (altura 1,62 m y peso 52 kg con IMC 20,59). Consulta por formaciones antiestéticas en la cara interna de ambos brazos de aproximadamente 10 años de evolución acompañadas de dolor, cansancio, pesadez y eventuales episodios de hormigueo en los brazos y antebrazos. Esas formaciones indoloras aumentaban de tamaño con el correr de las horas de su día laboral habitual (bipedestación); desaparecían al elevar los miembros superiores y se volvían a formar al bajarlos.

Niega induración de las formaciones.

### Examen físico

Se encuentran a la inspección múltiples formaciones bilaterales redondeadas en la cara interna de ambos brazos (3 del lado derecho y 2 en el izquierdo), de consistencia blanda y elástica, fácilmente colapsables, que disminuían de tamaño o desaparecían al elevar el miembro y se volvían a evidenciar al bajarlos, sin soplos a la auscultación ni frémitos en la palpación (*figuras 1, 2 y 3*).

Se realizó análisis de sangre que fueron normales, incluso el reumatograma.

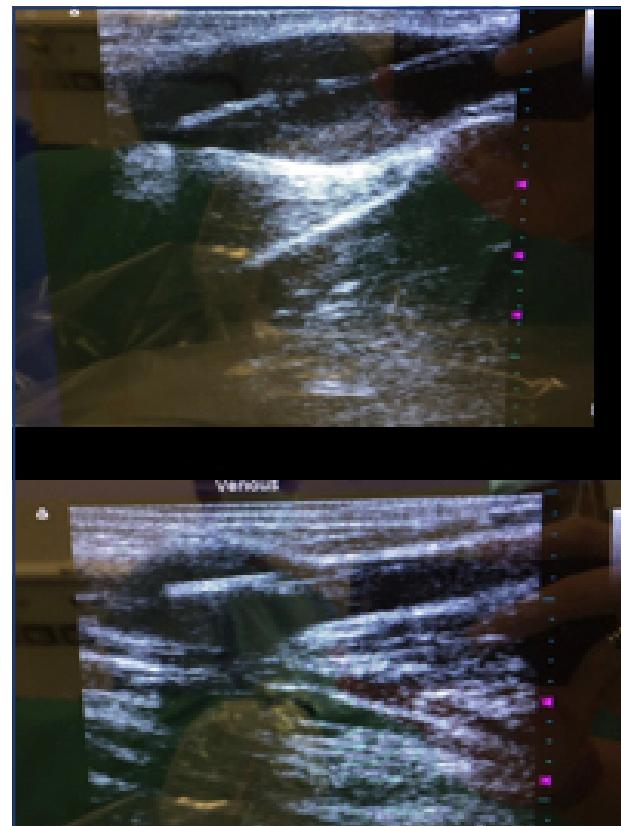
### Estudios complementarios

Se efectúa un ecodoppler (*figuras 4 y 5*). En el miembro superior derecho se observa una dilatación sacular distal de 7,5 mm de diámetro y 15 mm de longitud con una imagen ecogénica en una de sus paredes compatible con un trombo crónico organizado que no compromete el flujo y una dilatación fusiforme en la porción proximal que alcanza los 14 mm diámetro y 32 mm de largo.

En el miembro superior izquierdo: 3 dilataciones saculares consecutivas que de distal a proximal miden 12 mm de diámetro x 13 mm, 19 mm de diámetro x 24 mm y 14 mm de diámetro x 15 mm. No se observan signos de trombosis aguda o crónica en ninguna de ellas.

También se efectuaron estudios contrastados que demostraron dicha patología con diámetros más específicos (*figuras 6 a 10*).

Se descartaron el síndrome del opérculo torácico, fistulas congénitas, tumores, trombosis, enfermedades reumáticas o del colágeno.



**FIGURA 4 Y 5.** Ecodoppler intraquirófano que se evidencia la dilatación venosa con un trombo parcial en su interior.

### Tratamiento

Se realizó resección quirúrgica de los múltiples aneurismas en dos tiempos (*figuras 11, 12, 13 y 14*).

Primero se intervino el miembro superior derecho (tiempo quirúrgico 38 minutos) y luego el miembro superior izquierdo (tiempo quirúrgico 44 minutos) con un intervalo de 30 días entre los procedimientos. Ambos fueron ambulatorios con una estadía hospitalaria promedio de 45 minutos. La anestesia fue con máscara laríngea.

Las incisiones se efectuaron:

- En los brazos, en la cara interna en canal bicipital epítroclear de ambos miembros superiores.
- En ambas axilas, incisiones transversales a dos traveses de la raíz de cada miembro, por debajo del pectoral menor (*figura 15*).



**FIGURA 1, 2 Y 3.** Se observan las dilataciones venosas en la raíz del brazo, y cómo disminuyen de tamaño al elevar el miembro.

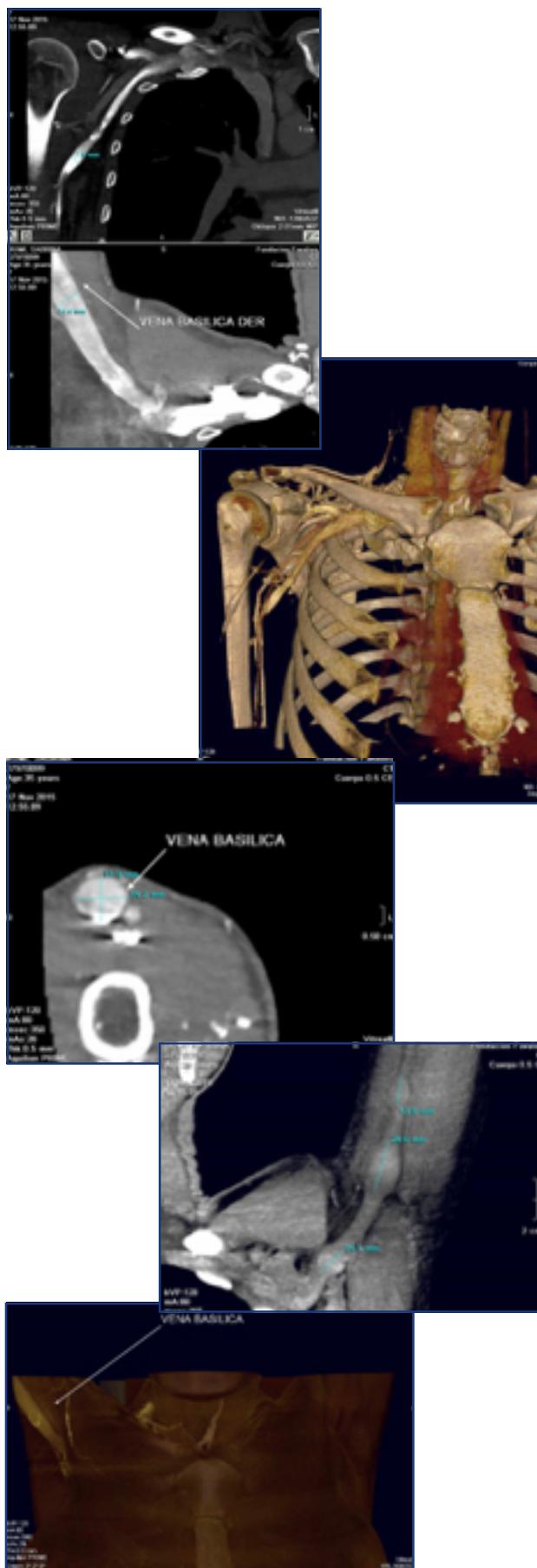


FIGURA 6, 7, 8, 9 Y 10. Angiotomografía que demuestra las dilataciones aneurismáticas de la vena basílica con sus calibres.

No se administraron anticoagulantes ni se colocó elastocompresión posoperatoria. Al día siguiente de las cirugías la paciente retomó sus tareas personales habituales comenzando a trabajar a los 7 días (su trabajo no demandaba esfuerzos).

No hubo complicaciones en el posoperatorio. La mejoría en el dolor y la pesadez de los miembros superiores fue inmediata. La cicatriz es muy aceptada estéticamente por la paciente.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

**Macroscopía:** se reciben 2 segmentos venosos uno de 5,5 cm de longitud, 0,4 cm de diámetro y 0,1cm de espesor de la pared, y el otro de 6 cm de longitud, 0,6 cm de diámetro y 0,12 cm de espesor de pared (*figura 16*).

**Microscopía:** se observa pared venosa con desorganización focal de las fibras musculares y fibrosis irregular.

**Diagnóstico:** vena basilicá de aspecto aneurismático, con desorganización focal de fibras musculares lisas y fibrosis parietal irregular.

### DISCUSIÓN

Los aneurismas venosos son una patología poco frecuente. No tienen predilección por sexo o edad. Se los define como dilataciones saculares o cilíndricas permanentes, situados en el trayecto de una vena, cuyo diámetro supera de 2 a 3 veces el diámetro normal del vaso en cuestión y conservan la estructura histológica más o menos alterada de la pared.

Se pueden clasificar como primarios y secundarios. Estos últimos pueden ser causados por traumatismos, por infección o por una fistula arteriovenosa. Los aneurismas venosos primarios son menos comunes, pero se ha informado que ocurren en la mayoría de las venas principales. Según Gillespie et al.<sup>1</sup>, el 77% de los aneurismas venosos se localizaron en las extremidades inferiores (el 57% de los cuales se encontraban en el sistema venoso profundo); 10% se localizaron en las extremidades superiores y el 13% involucró la vena yugular interna.

Los aneurismas venosos de la extremidad superior, especialmente el aneurisma de la vena basilicá, son entidades clínicas raras. Solo se ha informado un número limitado de casos<sup>2-9</sup>.

Uematsu et al.<sup>10</sup> informaron la presencia de aneurismas venosos múltiples de la vena basilicá izquierda en una mujer de 61 años que se presentó con una masa en el brazo.

Por lo tanto, hasta donde tenemos conocimiento, el presente es el primer caso informado en la literatura de múltiples aneurismas primarios de vena basilicá en forma bilateral.

Inicialmente, los aneurismas venosos superficiales se diagnosticaban erróneamente como tumores de tejidos blandos subcutáneos, linfocitos, higromas, venas varicosas, hemangiomas, fistulas arteriovenosas o hernias inguinales. La mayoría de los casos fueron asintomáticos, y sus complicaciones fueron menores, aunque se han informado trombosis, dolor severo y compresión del nervio radial<sup>2</sup>.

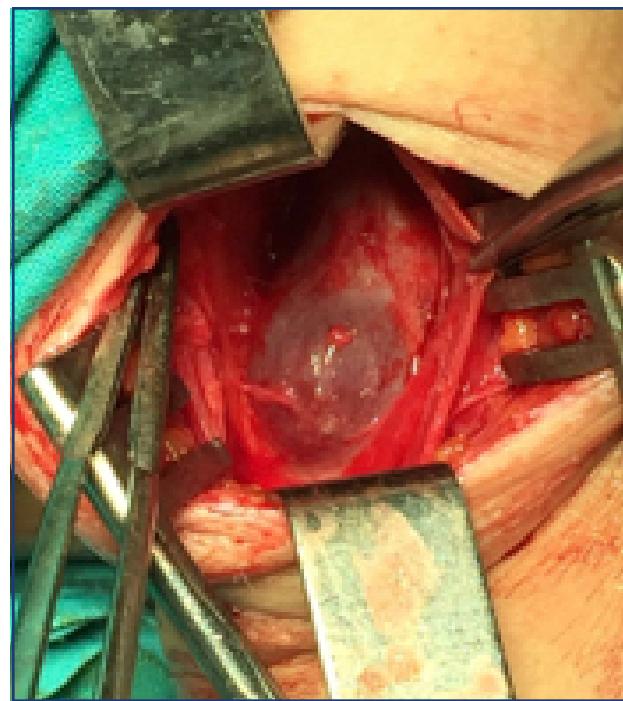
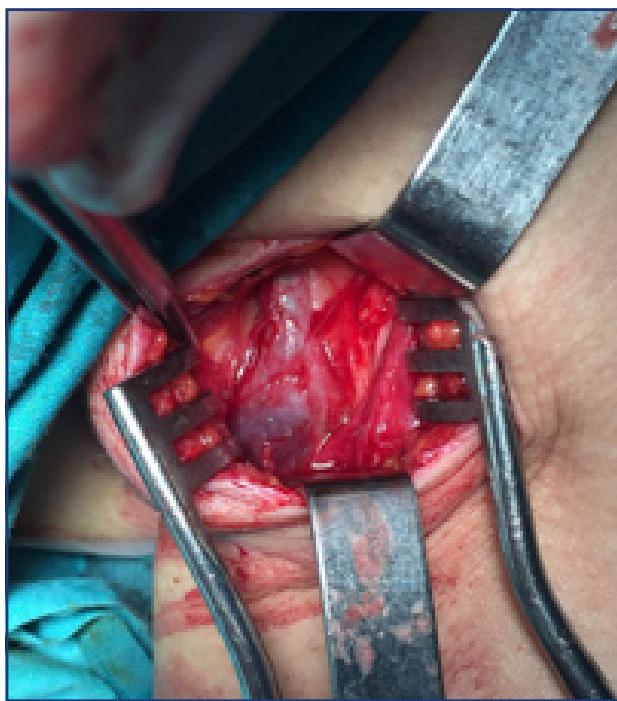


FIGURA 11 Y 12. Disección quirúrgica y la localización de los aneurismas de vena basilica.

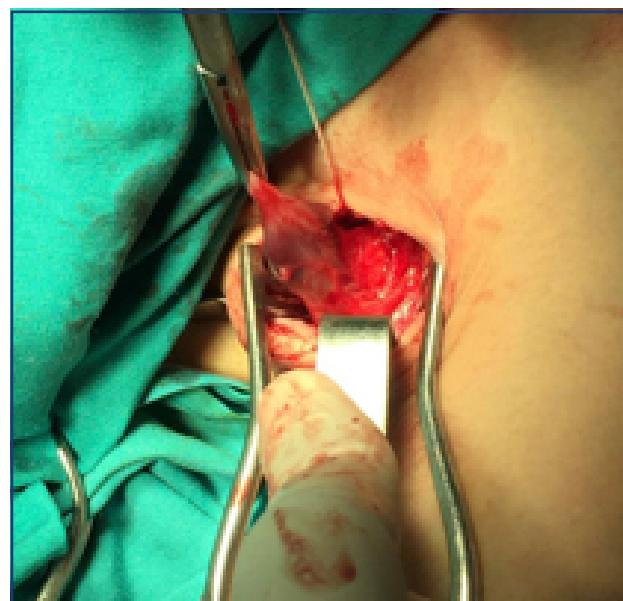


FIGURA 13 Y 14. Exteriorización del aneurisma y ligadura proximal de la vena en su unión con la vena humeral.



FIGURA 15. Curación posoperatoria.



FIGURA 16. Aneurisma extraido.

Los aneurismas venosos profundos, especialmente los aneurismas venosos poplíteos, se pueden trombosar y causar embolias pulmonares<sup>11,12</sup>.

La ultrasonografía es la primera técnica de imagen realizada porque no es invasiva y está al alcance del médico intervienta. El ecodoppler permite demostrar la naturaleza vascular de la masa con cualquier conexión a la circulación venosa, diferenciar aneurismas venosos de aneurismas arteriales o fistula arteriovenosa, comprobar si hay algún componente de flujo arterial o la presencia de trombos. La tomografía computarizada y la resonancia magnética revelan con mayor precisión el tamaño y la extensión de la lesión y permiten confirmar su origen vascular. La reconstrucción 3D brinda imágenes elocuentes de estas patologías.

La etiología de los aneurismas venosos permanece indefinida. Se han propuesto distintas teorías: la endoflebohipertrofia producida por un aumento del flujo venoso de salida conduce a la hipertrrofia temprana de la pared de la vena, seguida de dilatación y esclerosis<sup>13</sup>. Otra teoría surge de la debilidad congénita o cambios degenerativos en la pared venosa debido a alteraciones del tejido conjuntivo<sup>14,15</sup>.

El reflujo que golpea la pared venosa produce un vórtice de flujo turbulento<sup>16</sup>; esto explicaría los casos de aneurismas superficiales de los miembros inferiores.

Por otra parte, un informe reciente que examina el tejido del aneurisma venoso sugiere que los cambios estructurales focales de la pared venosa pueden estar relacionados con una mayor expresión de metaloproteinasas de matriz seleccionadas<sup>17</sup>.

Los aneurismas superficiales y de las extremidades superiores suelen ser asintomáticos y se tratan con mayor frecuencia por razones estéticas. Aneurismas venosos superficiales o profundos sintomáticos (dolor, edema severo y trombosis) e incluso aneurismas saculares o fusiformes grandes de venas profundas deben tener un enfoque quirúrgico para prevenir eventos tromboembólicos posteriores.

No se realizó tratamiento esclerosante (foam) ecoguiado porque no tenemos experiencia en miembros superiores. Además, presentaba una imagen de trombo mural crónico y consideramos que la longitud de la vena era demasiado corta, por lo que la sustancia esclerosante podría pasar rápidamente al sistema profundo con el consiguiente riesgo de trombosis venosa profunda. Se descartó, también, la opción de tratamiento térmico endoluminal por la superficialidad de las venas, por la falta de tejido adiposo de la paciente y por el temor de desprender parte del trombo con la introducción de la fibra provocando complicaciones que podrían ser mortales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1997; 26:845-852.
2. 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;38:617-9.
3. Ekim H, Kutay V, Tuncer M, Gultekin U. Management of primary venous aneurysms. *Saudi Med J* 2004;25:303-7.
4. Bhama JK, Guinn G, Fisher WE. Venous aneurysm following construction of a polytetrafluoroethylene arteriovenous dialysis graft. *Ann Vasc Surg* 2002;16:239-41.
5. Abe K, Sasaki T, Kawazoe K, Nakamura S. Palmar aneurysm accompanied by ipsilateral clubbing finger: A case report. *Angiology* 1999;50:69-73.
6. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, et al. Venous aneurysms: Surgical indications and review of the literature. *Surgery* 1995;117:1-6.
7. Lev M, Saphir O. Endophlebohypertrophy and phlebosclerosis. I. The popliteal vein. *Arch Pathol* 1951;51:154-78.
8. Katsoulis IE, Jader S, Bradpiece HA. Primary aneurysm of the basilic vein. *Surgeon* 2003;5:299-301.
9. De Waele JJ, Calle PA, Vermassen FE. Thrombosis of a aneurysm of the basilic vein upper extremity venous aneurysm. *Acta Chir Belg* 2001;101:308-9.
10. Uematsu M, Okada M. Multiple venous aneurysm of basilic vein. *Ann Vasc Surg* 2001;15:485-7.
11. Grice GD III, Smith RB, Robinson PH, Rheudasil JM. Primary popliteal venous aneurysm with recurrent pulmonary emboli. *J Vasc Surg* 1990; 12: 316-8.
12. Gorenstein A, Katz S, Schiller M. Congenital aneurysms of the deep veins of the lower extremities. *J Vasc Surg* 1987; 5: 765-8.
13. Lev M, Saphir O. Endophlebohypertrophy and phlebosclerosis. I. The popliteal vein. *Arch Pathol* 1951;51:154-78.
14. Koh S, Brown RE, Hollabaugh R. Venous aneurysm. *South Med J* 1984;77:1327-28.
15. Zorn WG, Zorn TT, Bellen BV. Aneurysm of the superior vena caval system. *Ann Surg* 1964;67:577-8.
16. Pascarella L, Al-Tuwaijri M, Bergan JJ, Meknes LM. Lower extremity superficial venous aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2005; 19:69-73.
17. C. Irwin, A. Synn, L. Kraiss, Q. Zhang, M. M. Griffen, and G. C. Hunter, "Metalloproteinase expression in venous aneurysms", *Journal of Vascular Surgery*, vol. 48, no. 5, pp. 1278-1285, 2008.