

CARTAS CIENTÍFICAS

Enfermedad quística subadventicial en vena femoral común[☆]



Subadventitial cystic disease of common femoral vein

A.C. Marzo Álvarez*, V. Pobo Ruiz, J.M. Carranza Martínez,
I. Soguero Valencia y M.I. Rivera Rodríguez

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

La enfermedad quística adventicial es una entidad clínica poco frecuente, típicamente afecta a las arterias, y existen pocos casos que afecten al sistema venoso.

Presentamos el caso de un varón de 62 años que acudió a la consulta por edema rizomélico indoloro de MII. Como antecedentes refería HTA, hipertrofia benigna de próstata; intervenido de apendicitis, hemorroides y menisco de ambas rodillas. Además presentaba hernia inguinal bilateral (de mayor tamaño en el lado izquierdo, usando braguero). No refería ningún antecedente traumático, ni reposo previo. A la exploración con Doppler se apreciaba flujo venoso femoral izquierdo prácticamente abolido. Ante la sospecha de trombosis venosa profunda de MII, se inicia tratamiento anticoagulante con HBPM. En eco-Doppler venoso se aprecia tumoración quística de unos 14 mm de diámetro que comprime de forma extrínseca la vena femoral común e ilíaca externa izquierda (fig. 1). Se completó el estudio con angio-TC, que mostró formación quística en vena femoral común izquierda de unos 16 mm, que prácticamente ocupaba toda la luz, compatible con degeneración quística subadventicial. Se interviene al paciente, realizándose resección del quiste subadventicial sin apreciar invasión de

la luz venosa (fig. 2). Histológicamente se aprecia tejido fibroconectivo que engloba pared de vena y formación quística con material mucoide, todo ello compatible con quiste sinovial perivenoso. El postoperatorio evolucionó sin incidencias, salvo pequeño linfocele que se drenó por punción a los 12 días de la intervención; durante un período de 20 días se anticoaguló al paciente de forma profiláctica con HBPM. A los 6 meses de la intervención no se apreciaba recidiva, ni edema postoperatorio; el Doppler venoso mostraba flujo espontáneo, fásico y normal.

La enfermedad quística subadventicial venosa es una entidad clínica inusual y, por lo tanto, difícil de diagnosticar debido a su baja incidencia, y a que la clínica es similar a la trombosis venosa profunda; el edema unilateral es la forma clínica de presentación más frecuente, como sucedía en nuestro paciente^{1,2}. Según un artículo de revisión de la enfermedad quística adventicial, se han publicado hasta la fecha unos 53 quistes adventiciales venosos. La mayoría de los casos afectan a la vena femoral común, y unos pocos a la vena ilíaca externa y poplítea, el resto de las localizaciones venosas es anecdótico³. Suelen ser más frecuentes en varones, aunque con menor predominancia que en el caso de los quistes arteriales (1,8:1)^{2,3}, la edad media de diagnóstico suele ser 46 años³⁻⁶ y la extremidad izquierda suele estar más afectada³.

Se caracteriza por la acumulación de un material gelatinoso de mucoproteínas y mucopolisacáridos en la adventicia de la vena, sin asociar signos inflamatorios agudos ni crónicos^{1,4,5}.

La etiología no está clara, y hay varias teorías al respecto: 1) durante el desarrollo embrionario células

[☆] Declaramos que el contenido del artículo es original y que no ha sido publicado previamente, ni está enviado, ni sometido a consideración por cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marzoalvarez@gmail.com
(A.C. Marzo Álvarez).

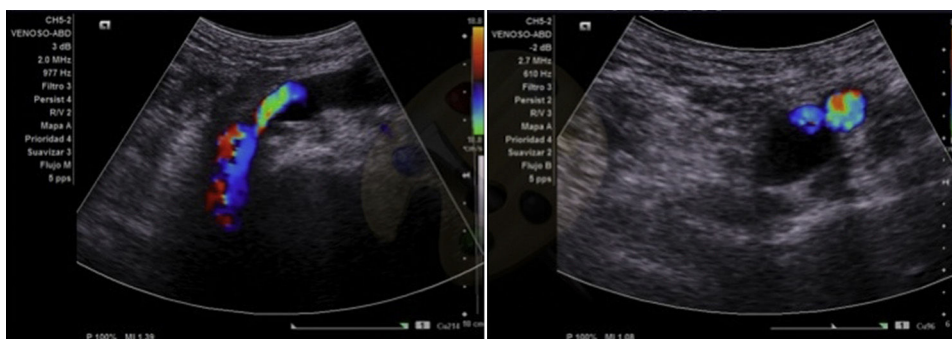


Figura 1 Eco-Doppler diagnóstico, corte longitudinal y transversal de vena femoral común con imagen anecogénica sugestiva de quiste.

mesenquimales se implantan en la adventicia de los vasos; 2) traumatismos de repetición cerca de la articulación, producen degeneración quística adventicial; 3) como consecuencia de una enfermedad del tejido conectivo sistémico, y 4) células sinoviales se implantan en la adventicia próxima a la articulación^{1,2,4}. Según Michaelides et al.⁷, la teoría embrionaria es la más aceptada, sin embargo en nuestro caso probablemente influyera también los microtraumatismos de repetición que produce el uso del braguero para el tratamiento de la hernia inguinal, ya que presenta parte metálica de acero inoxidable. Tal y como opina el grupo de Desy y Spinner³, probablemente el traumatismo influye en la etiología, pero por sí mismo no sea la causa primaria. Desy y Spinner³ creen que la formación quística comienza con un defecto en la cápsula, lo que conlleva el paso de líquido sinovial a través de una rama vascular articular; en su revisión identificaron en un 17% de los casos una conexión con la articulación durante la cirugía, en nuestro caso no se visualizó intraoperatoriamente dicha comunicación.

Como primera línea diagnóstica se realizará eco-Doppler, mostrando quiste con la típica señal anecogénica en su interior (fluido) con refuerzo acústico posterior. A continuación angioTAC o resonancia magnética ayudan a confirmar el diagnóstico y a definir la extensión para planificar la cirugía. Cuando la vena está totalmente ocluida es muy difícil diferenciar entre trombosis y degeneración quística^{4,5}, cuando

la oclusión es parcial se aprecia la típica imagen de reloj de arena.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, en algunos casos es necesario interponer un injerto o realizar cierre de venotomía con parche preferiblemente de vena safena⁸; en nuestro caso, a pesar de que el quiste en las pruebas diagnósticas ocupaba toda la luz, la vena una vez resecado el quiste se encontraba permeable, por lo que no fue necesario asociar ninguna técnica quirúrgica de reparación o sustitución del eje venoso. Algunos autores proponen la aspiración por punción del quiste guiada mediante imagen, con la desventaja de una incompleta evacuación debido a la viscosidad y, por tanto, un alto porcentaje de recidiva, ya que además se dejan las células mesenquimales secretoras *in situ*⁷⁻¹⁰.

Sobre la necesidad de anticoagulación en el postoperatorio no hay ninguna evidencia, a pesar de ello, en nuestro caso preferimos anticoagular al paciente un período corto de tiempo hasta que reanudó su vida a ritmo completamente normal⁶.

En conclusión, se trata de una enfermedad poco frecuente, y probablemente infradiagnosticada, ya que en muchas ocasiones es difícil diferenciar entre trombosis y oclusión completa por compresión extrínseca por formación quística; hay que sospecharla sobre todo en pacientes con edema sin antecedentes de interés asociados, y cuando se

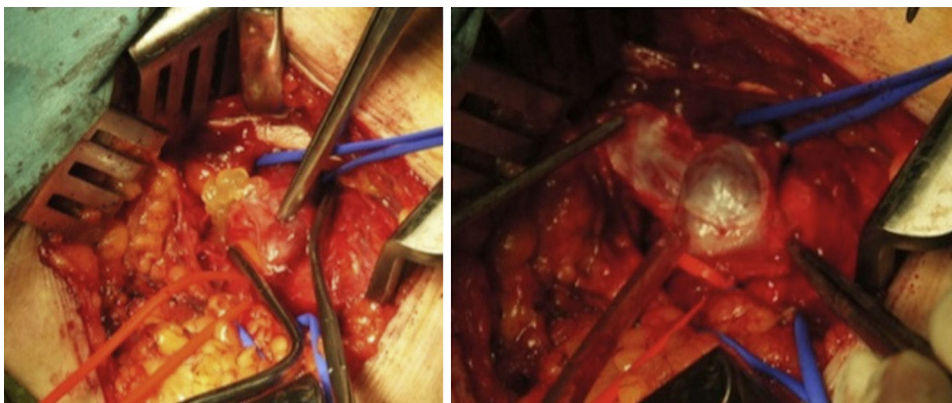


Figura 2 Imagen intraoperatoria en la que se aprecia el material mucoide y la resección del quiste de vena femoral común.

aprecia en el diagnóstico un vaso rodeado de imagen quística hipoecogénica^{4,5}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Autorías

Declaramos que todos los autores han leído y aprobado el manuscrito, y de que los requisitos para la autoría han sido cumplidos por todos ellos: han contribuido sustancialmente en la concepción y diseño, en la adquisición de datos o en el análisis e interpretación de los datos; han escrito el borrador del artículo o han revisado de manera crítica el contenido intelectual del manuscrito y han aprobado la versión que finalmente va a ser publicada.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses por parte de los autores del escrito.

Bibliografía

1. Kim YK, Chun HJ, Hwang JK, Kim JI, Kim SD, Park SC, et al. Adventitial cystic disease of the common femoral vein presenting as deep vein thrombosis. *Asian J Surg.* 2013; pii: S1015-9584(13)00059-6.
2. Scott MF, Gavin T, Levin S. Venous cystic adventitial disease presenting as an enlarging groin mass. *Ann Vasc Surg.* 2014;28:489, e15-489.e18.
3. Desy N, Spinner RJ. The etiology and management of cystic adventitial disease. *J Vasc Surg.* 2014;60:235-45.
4. Wu X, Jiang B, Lun Y, Xia Q, Han Y, Liu Z, et al. Venous occlusion due to cystic adventitial degeneration of the common femoral vein. *Vasa.* 2013;42:461-4.
5. Wu X, Lun Y, Jiang H, Gang Q, Duan Z, Xin S, et al. Cystic adventitial of the common femoral vessels: Report of 2 cases and literature review. *Vasc Endovascular Surg.* 2014;48: 325-8.
6. Chen Y, Sun R, Shao J, Li Y, Liu C. A contemporary review of venous adventitial cystic disease and three case reports. *Phlebology.* 2013;30:11-6.
7. Michaelides M, Papas S, Pantziara M, Ioannidis K. High spatial resolution MRI of cystic adventitial disease of the iliofemoral vein communicating with the hip joint. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2014;37:271-4.
8. Mousa AY, Alhalbouni S, Abu-Halimah S, Gill G, Sadek B, Nanjundappa A, et al. Cystic adventitial disease of the common femoral vein: A case report and review of the literature. *Vasc Endovascular Surg.* 2013;47:569-72.
9. Kwun WH, Suh BY. Adventitial cystic disease of common femoral vein. *J Korean Surg Soc.* 2011;80 Suppl 1:575-9.
10. Dix FP, McDonald M, Obomighie J, Chalmers N, Thompson D, et al. Cystic adventitial disease of the femoral vein presenting as deep vein thrombosis: A case report and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2006;44:871-4.