



CARTAS CIENTÍFICAS

Mujer joven sin factores de riesgo cardiovascular, con clínica de claudicación intermitente

A young woman without cardiovascular risk factors with symptoms of intermittent claudication

A. Miguel Morrondo*, B. Castejón Navarro, A. Duque Santos, C. Gómez Olmos y E. Marín Manzano

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

La endofibrosis y el acodamiento de la arteria ilíaca es una entidad importante a considerar en los ciclistas profesionales que presentan síntomas en los miembros inferiores¹. Debido a las características de los pacientes, los síntomas se atribuyen, generalmente, a causas osteomusculares, produciéndose un importante retraso en su diagnóstico^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, ciclista profesional, que presenta clínica de más de 1 año de evolución consistente en dolor en glúteo y muslo derechos, que se desencadena a 50-100 m de iniciar la deambulación y que le obliga a detenerse. No presenta molestias en reposo y realiza buen descanso nocturno. Empeoramiento progresivo de la clínica desde el comienzo; al inicio, los síntomas se desencadenaban únicamente con el ejercicio de gran intensidad.

La paciente no presenta factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. No refiere antecedentes familiares de arteriopatía coronaria ni periférica. Fue diagnosticada 5 años antes de patología discal lumbar y bloqueo sacroilíaco derecho, motivo por el que se realiza seguimiento por la unidad del dolor, con mal control de la clínica, a pesar del tratamiento.

A la exploración destaca bloqueo femoropoplíteo de la pierna derecha, con pulso femoral débil y soplo a dicho nivel. Pulsos conservados en el miembro contralateral. Buen relleno venocapilar, temperatura y perfusión distales

en ambos miembros inferiores sin apreciarse diferencias entre ambos. Movilidad y sensibilidad conservadas bilateralmente.

Se realiza arteriografía de aorta abdominal y de miembros inferiores, donde se objetiva oclusión del eje ilíaco externo con aflamamiento proximal y recanalización del mismo a nivel de arteria circunfleja ilíaca a través de numerosas ramas hipogástricas hipertrofiadas.

Ante el hallazgo de oclusión ilíaca externa derecha, y la repercusión clínica y funcional de dicha lesión se decide realizar tratamiento quirúrgico. Se realiza *bypass* AIC a AFC laterolateral y terminolateral con prótesis anillada de PTFE de 6 mm.

La paciente recupera pulsos distales y varias semanas después de la intervención es capaz de realizar ejercicio moderado-intenso sin dolor. Actualmente, 18 meses después de la revascularización, permanece clínicamente asintomática.

Durante la intervención llama la atención el engrosamiento de la pared vascular y la ausencia de placas de aterosclerosis y calcificación del vaso afectado, siendo el resto de las arterias sanas. El análisis anatomopatológico de la muestra quirúrgica remitida evidencia proliferación de células de músculo liso a nivel de íntima y adventicia, con aumento del colágeno extracelular. No se observa inflamación ni calcificación a nivel intimal.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelammorrondo@hotmail.com (A. Miguel Morrondo).

Aunque se desconoce la prevalencia exacta de la endofibrosis arterial, se calcula que esta entidad se presenta en el 10-20% de los ciclistas profesionales con síntomas en los miembros inferiores^{1,3}.

Es significativamente mas frecuente en varones que en mujeres (el 88 frente al 12%)³, siendo la edad media de estos pacientes de 25 años (16-42)¹. La íliaca externa es el vaso más frecuentemente afectado y hay predominio de la AIE izquierda respecto a la derecha. En el 15% de los casos la clínica se presenta de forma bilateral¹.

En reposos y con el ejercicio submáximo, los pacientes suelen permanecer asintomáticos desencadenándose la clínica con el máximo ejercicio o la hiperflexión de la cadera^{1,3}. El síntoma principal es la claudicación (90%) seguido de la hinchazón (23%) y el calambre (21%). Las parestesias y la parálisis son menos frecuentes².

El daño arterial es el resultado de numerosos factores que provocan un importante estrés mecánico y hemodinámico sobre el vaso. El alto flujo sistólico de los deportistas junto a la hiperflexión de la cadera, la hipertrofia del psoas y la fijación de la arteria en distintos puntos provocan su acodamiento y cizallamiento^{1,5}.

La endofibrosis hace referencia a la lesión endovascular estenótica secundaria a este proceso, y su histopatología es diferente a la aterosclerosis y la displasia fibromuscular¹.

En la anatomía patológica destaca la proliferación de células de músculo liso en íntima y adventicia, con aumento del colágeno extracelular. Asimismo puede observarse hipertrofia de la capa media. Destaca la ausencia de aterosclerosis, inflamación y calcificación arteriales^{1,5}.

El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica siendo el tiempo medio de retraso diagnóstico de 2 años¹. El índice tobillo brazo antes y después del ejercicio extenuante tiene una alta sensibilidad^{1,3,5}. La angiorresonancia magnética se está considerando cada vez más la herramienta diagnóstica de elección¹, ya que aporta información anatómica y hemodinámica que ayuda a orientar el tratamiento^{1,3,5}.

Hay pocos datos que permitan obtener conclusiones sobre el tratamiento de esta patología y son necesarios más estudios prospectivos a largo plazo^{1,3,5}. El manejo conservador es la opción terapéutica más segura, y se debe evitar el tratamiento endovascular y la cirugía abierta, si es posible¹. No obstante, al ser la mayoría de los pacientes deportistas profesionales, estos esperan mantener buen nivel físico tras el tratamiento¹.

En nuestro caso, la baja incidencia de esta entidad junto a la patología lumbar y sacroilíaca que asociaba la paciente provocaron un retraso diagnóstico. La arteropatía progresiva acabó provocando la oclusión completa del vaso; por ello, la paciente presentaba una clínica más intensa de lo habitual, con claudicación a corta distancia. El tratamiento quirúrgico, en este caso, consiguió devolver a la paciente una funcionalidad similar a la que presentaba previamente.

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.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lim CS, Gohel MS, Shepherd AC, Davies AH. Iliac artery compression in cyclists: mechanisms, diagnosis and treatment. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;38:180-6.
2. Kral CA, Han DC, Edwards WD, Spittell PC, Tazelaar HD, Cherry KJ Jr. Obstructive external iliac arteriopathy in avid bicyclists: new and variable histopathologic features in four women. *J Vasc Surg.* 2002;36:565-70.
3. Peach G, Schep G, Palfreeman R, Beard JD, Thompson MM, Hinchliffe RJ. Endofibrosis and kinking of the iliac arteries in athletes: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2012;43:208-17.
4. Vink A, Bender MH, Schep G, Van Wichen DF, De Weger RA, Pasterkamp G, et al. Histopathological comparison between endofibrosis of the high-performance cyclist and atherosclerosis in the external iliac artery. *J Vasc Surg.* 2008;48:1458-63.
5. Schep G, Bender MHM, Van de Tempel G, Wijn PFF, De Vries WR, Eikelboom BC. Detection and treatment of claudication due to functional iliac obstruction in top endurance athletes: a prospective study. *Lancet.* 2002;359:466-73.