

Hipoplasia aislada de la arteria ilíaca izquierda (*)

L. SIERRA, P. CARBONELL, M. CONCHA, Médicos adjuntos
H. FERRER, Médico Residente
R. FRIAS, F. GARCIA-SANCHEZ y J. GOMEZ-ULLATE, Médicos adjuntos
J. J. PERIS-PEDRO, Jefe Clínico
J. M. CAFFARENA, Jefe del Servicio

**Servicio de Cirugía Cardio-Vascular, Ciudad Sanitaria «La Fe»
Valencia (España)**

Revisada la literatura sobre esta nosopatía, hemos encontrado únicamente la descripción de dos casos (3,4) que concuerdan en cierto aspecto con el que presentamos. La rareza de esta arteriopatía y las especiales características que concurren en este caso nos han decidido a su publicación.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años de edad, que acude a nuestra consulta con fecha 10-X-1973. Fue enviado por su médico de cabecera por presentar una claudicación intermitente de 10 meses de evolución en miembro inferior izquierdo a distancia de 600 metros. El dolor lo refería a pantorrilla y ocasionalmente a región glútea izquierda; no presentando trastornos tróficos. En reposo nota sensaciones parestésicas en pie izquierdo, así como una discreta frialdad en comparación con el miembro contralateral.

Antecedentes: seis años antes había sido intervenido de litiasis renal izquierda. Cinco años atrás, tras un traumatismo cerrado en región lumbar, nota la aparición de un dolor continuo que se exacerbaba al comenzar a andar, referido a cara posterior de región glútea y muslo derecho; lo que había sido clasificado por su médico y puesto en tratamiento de síndrome ciatálgico. Dos meses antes de la consulta sufrió un episodio de pérdida brusca de fuerzas en miembro superior e inferior derechos, acompañado de una disartria pasajera, que desaparece sin dejar secuelas.

A la exploración vascular apreciamos ausencia de pulsos femoral izquierdo y distal, siendo el resto normales. El muslo izquierdo estaba ligeramente más atrófico que el contralateral, no existiendo sin embargo acortamiento de dicha extremidad y siendo la oscilografía comparada claramente disminuida en el miembro afecto. En miembro inferior derecho existía un Lasègue ligeramente positivo. Lo diagnosticamos de posible obstrucción arterioesclerótica ilio-femoral izquierda y concertamos su ingreso para estudio.

Ingresa en nuestro Servicio el 12-XI-1973. La exploración no había cambiado de la apreciada en consultas externas, siendo la tensión arterial de 120/80. Los análisis de laboratorio usuales eran normales, excepto por la presencia de una

(*) Comunicación a las XX Jornadas Angiológicas Españolas, Santander 1974.

urea de 54 mg, siendo el E.E.G., y fondo de ojo normales. El E.C.G. mostró la existencia, clínicamente asintomática, de un bloqueo del fascículo ántero-superior izquierdo. Una placa de columna lumbar nos dio la existencia de una sacralización de la V vértebra lumbar.

Con fecha 17-XI-1973 le practicamos una aortografía translumbar, apreciándose (fig. 1) la existencia de una arteria iliaca externa hipoplásica que cobra su tamaño normal inmediatamente por encima del ligamento inguinal, existiendo una abundante circulación colateral a través de las pudendas, isquiáticas, obturatrices y glúteas. Asimismo, comparativamente, la arteria iliaca primitiva izquierda era de un menor tamaño que la contralateral. Con fecha 22-XI-1973 sufre un episodio súbito de cólico ureteral derecho, que, tratado por el Servicio de Urología mediante espasmolíticos, cede y expulsa un cálculo del tamaño de un guisante pequeño.

El 4-XII-1973 practicamos intervención quirúrgica. Una vez revisadas las arterias femorales común, profunda y superficial izquierdas, permeables y de tamaño macroscópico normal, abordamos los vasos ilíacos por vía retroperitoneal a través de una incisión de McBurney ampliada. La arteria iliaca externa estaba en efecto hipoplásica, teniendo una sección, paredes incluidas, de aproximadamente 1,5 mm. La arteria iliaca primitiva tenía, sin embargo, un tamaño prácticamente normal. Tras clampar a nivel de dicha arteria, inmediatamente tras su salida de la aorta, practicamos resección de la arteria iliaca externa, que enviamos a



Fig. 1.

Fig. 1: Aortografía translumbar: Arteria iliaca externa hipoplásica, recobrando su tamaño normal inmediatamente por encima del ligamento inguinal. Abundante circulación colateral por pudendas, isquiáticas, obturatrices y glúteas. Igualmente la iliaca común izquierda es de menor tamaño que la contralateral.

Anatomía Patológica, ligamos el fragmento distal de ésta y practicamos una derivación término-lateral ilio-femoral con dacron poroso de 10 mm. (fig. 2). Durante la intervención practicamos una transfusión de 500 cc de sangre total y corregimos la acidosis peroperatoriamente con 50 cc de bicarbonato al 8,4 %. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta el 17-XII-1973, asintomático y con pulsos distales presentes en el miembro afecto. Revisado el 17-II-1974, continuaba asintomático y sin variación en su exploración vascular tras la intervención.

La descripción microscópica de Anatomía Patológica refiere una pared de arteria distribuidora cuya íntima presenta un difuso engrosamiento con fibrosis, la elástica interna está rota en algunos puntos y se encuentra en medio de la capa muscular circular, algunas de cuyas fibras se disponen en cierto modo longitudinalmente, además de mostrar una fibrosis entre ellas; la elástica externa y la adventicia no muestran alteraciones.

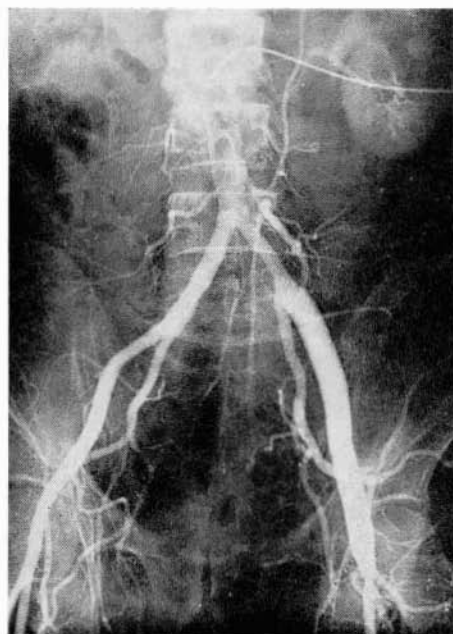


Fig. 2.

Fig. 2: Aortografía translumbar demostrando que, tras resecar la arteria ilíaca externa izquierda, se practicó una derivación término-lateral ilio-femoral con dacron poroso de 10 milímetros, derivación funcionante a la perfección.

Comentario

En las etapas embriológicas primarias (5,6) cuando las extremidades del feto son simplemente un muñón, la arteria ciática, rama dorsal de la umbilical, es la arteria principal que irriga aquéllas. En las últimas etapas de formación del feto y ya desarrolladas las extremidades inferiores dicha arteria pierde importancia ante

la formación de las arterias ilio-femorales y comienza a regresar.

En este caso concreto, pensamos con **Kunst** (4), que la posible alteración embriológica, que nosotros creemos lo es, ha tenido lugar en las últimas etapas del crecimiento y formación del feto. Sin embargo, en este paciente concurren una serie de circunstancias que no apoyan dicha opinión:

1.^a Lo prácticamente asintomático del síndrome, hasta una edad avanzada del paciente.

2.^a La no afectación en el crecimiento del miembro afecto, que presentaba únicamente una discreta atrofia muscular.

3.^a La descripción microscópica de la arteria ilíaca obtenida, que nos daba esencialmente una fibrosis de las túnica internas del vaso.

4.^a La no alteración, al menos macroscópicamente, de los vasos femorales, como pudimos comprobar en el acto operatorio.

Creemos, pues difícil de encasillar este caso, aunque personalmente pensemos en que la etiopatogenia sea de origen embriológico.

Por otra parte, diferimos de **Kunst** (4) en lo que respecta al tratamiento quirúrgico de esta nosopatía, ya que él prefiere la práctica, en el caso que él estudió, de una angioplastia en parche amplificadora, en tanto nosotros preferimos la colocación de una derivación, sea protésica o autógena, tras la resección de la arteria afecta, pues pensamos que la colocación de un parche sobre una arteria primitivamente afecta puede darnos complicaciones a corto plazo, con posible obstrucción trombótica de la zona.

RESUMEN

Se presenta un caso de hipoplasia aislada de la arteria ilíaca en un paciente en edad madura, que refería un síndrome isquémico grado II de aparición tardía. Realizamos un análisis de la posible etapa embriológica en que surge la nosopatía, discrepando sin embargo este caso en algunos aspectos de dicha teoría, lo que hace difícil el encasillarlo.

SUMMARY

A case of isolated hypoplasia of the iliac artery asymptomatic until middle age is described. After studying the embryologic period in which the disease could arise, our findings differ in many aspects from the embryopathogenic theory and the case cannot be ascribed to that etiology.

BIBLIOGRAFIA

1. **Cowie, T. N.** y colaboradores: Unilateral absence of the external iliac and femoral arteries. «Brit. J. Radiol.», 33:520, 1960.
2. **Dumanian, A. V.** y colaboradores: Intermittent claudication secondary to congenital absence of iliac arteries. «Arch. Surg.», 91:604, 1965.
3. **Howard, J. M.; Goudelock, W. J.; Couves, C. M.:** Congenital atresia of the external iliac artery. «Arch. Surg.», 75:296, 1957.
4. **Kunst, A. B. y Zimmerman, A. E.:** Congenital hypoplasia of the iliofemoral artery. «J. Card. Vasc. Surg.», 11:393, 1970.
5. **Senior, H. D.:** The development of the arteries of the human extremities. «Amer. J. Anat.», 25:55, 1919.
6. **Senior, H. D.:** An interpretation of the recorded arterial anomalies of the human pelvis and thigh. «Amer. J. Anat.», 36:1, 1925.