

ANEURISMAS AISLADOS BILATERALES DE LAS ARTERIAS ILIACAS ASOCIADAS A MALFORMACIONES RENOURERETEROVESICALES Y A FIBROSIS RETROPERITONEAL (*)

A. M. RASO y S. ABEATICI

**II Cattedra di Clinica Chirurgia Generale o de Terapia Chirurgica
(Director: Prof. S. Abeatici). Università di Torino (Italia)**

Los aneurismas aislados de las arterias ilíacas son de observación bastante rara. Representan un porcentaje escaso de las distintas estadísticas y a menudo se resalta su aislamiento, precisamente para recordar su rareza. En reciente revisión, LOWRY (10) reporta 44 casos; PILLET describe 12, de un total de 42 que incluyen el sector aortoilíaco; NATALI (15) cita 7 casos personales; en tanto MARKOWITZ (13) recogiendo 30 casos, establece una proporción de 1 a 10 entre ellos y los aórticos. Todavía ESTEVAN (5) reporta 7 casos. De la revisión de la literatura de LOWRY (10) se observa que la etiología es múltiple. En efecto, junto a la micótica (6, 7, 12) figura la tuberculosa (8, 9, 11), la arteriosclerótica (13), la gestación (2, 3), la yatrógena (17) que, según BIRCHELAND (1) es numéricamente la mayor (44 casos en Estados Unidos). Junto a estas causas, actualmente bien conocidas, existe otra de observación excepcional y que representa una sorpresa en el acto operatorio. Se trata de casos en los que coexiste la fibrosis peritoneal con obstrucción ureteral o con malformaciones congénitas del aparato urogenital. MASSER (14) ha descrito recientemente un caso, pero hay que tener presente que PETERS y COWIE (16) citan 26 observaciones de casos no publicados y SAFRAN (18) 6 casos a los que añade 3 de la revisión de la literatura; CLYNE y ABERCMBIE (4) reportan 2 casos en los que la fibrosis retroperitoneal, presunta causa del aneurisma, había sido tratada con cortisona.

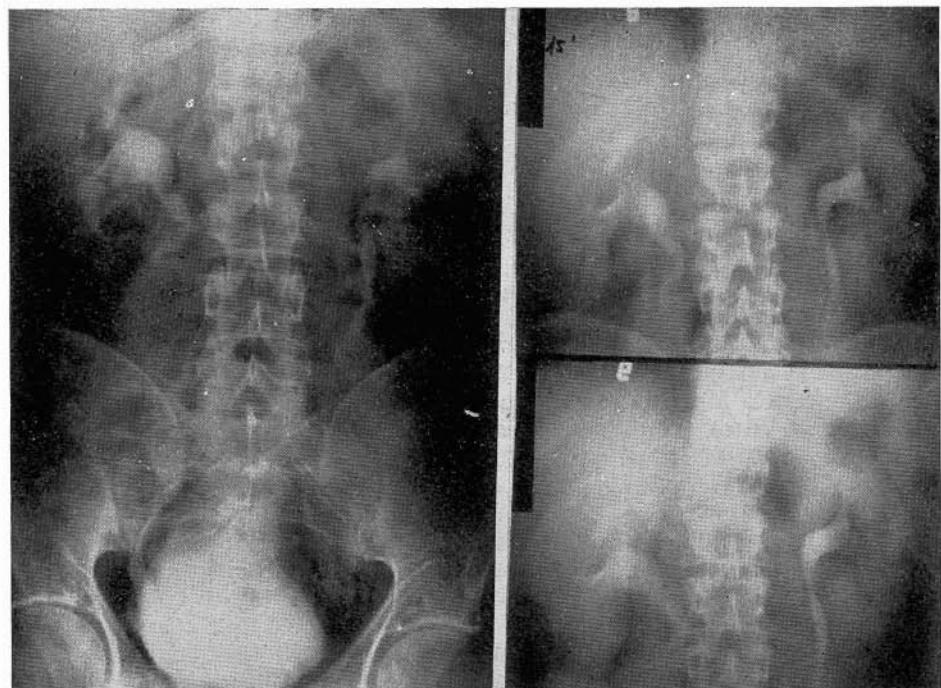
Por los aspectos clínicos, los exámenes contrastográficos y los hallazgos intraoperatorios, queremos reportar un caso de reciente observación que se aproxima a la categoría de los aneurismas ilíacos aislados con malformaciones renales, con problemas diagnósticos y clínico-terapéuticos peculiares distintos de los otros casos de aneurismas observados por nosotros.

Caso clínico

Hombre de 33 años, obrero, fumador. Cólicos renales múltiples desde los 15 años, con cistotomía y remoción de cálculos vesicales, sobre cuya

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

naturaleza no ha sido posible pronunciarse. Cinco años antes de su actual ingreso, traumatismo craneal sin lesiones óseas pero con neurosis postraumática residual y amnesia retrógrada. En abril 1981, durante el trabajo, vivo dolor en la ingle izquierda, seguido de intensa palidez del miembro inferior y pérdida de la sensibilidad, que dura unas horas, normalizándose con lentitud hasta el extremo de que el médico que le vigilaba no consideró necesario internarle. Queda claudicación intermitente izquierda a 100 metros.



1)

2)

Figs. 1 y 2.— Explicación en el texto.

Al examen objetivo, aparte de una hipospadias balanoprepucial, se aprecia ausencia de los pulsos tibiales, poplítico y femoral izquierdos; normales los derechos. Presión arterial 140/90. Exámenes hematoquímicos, normales, salvo «clearance» creatinina deficitario (70,83); otros exámenes renales, en los límites inferiores de la normalidad. Diuresis, ECG y los distintos «tests» de coagulación, normales. Examen oftalmológico, sin hallazgos patológicos.

Examen Doppler del sector subclavio-carotídeo y de los miembros superiores, normal. A nivel de los inferiores se aprecia un Índice de Winsor de 0,5 en la izquierda y de 1 en la derecha. El Δp era de + 70 en la izquierda y de 0 en la derecha.

Por los antecedentes renales se practica *urografía* descendente (figs. 1 y 2:) sombra renal de dimensiones normales; a nivel de los polos inferiores, bilate-

rales, se aprecia prominencia de los perfiles externos; ausencia de imágenes de cálculos calcificados. Eliminación de orina opaca rápida y simétrica, visualizándose, en especial en correspondencia con los grupos calizales inferiores, secuela de proceso flogístico, cavidades cálico-piélicas irregulares. El flujo de la orina en la vejiga no está obstruido; se aprecia una distensión del uréter izquierdo, bastante sugestiva de reflujo vesicoureteral. Vejiga bien opacificada, sin defectos de lleno patológico; en el lado derecho, formación diverticular perimeatal. El residuo postmicción es abundante. La nefrotomografía confirma los datos urográficos, con inicial hidronefrosis en lado derecho.

Previo cateterismo arterial percutáneo transfemoral derecho, se obtiene *aortografía abdominal*: Aorta abdominal infrarrenal de calibre regular, pero presenta finas cisuras como arañazos, en el perfil, por ateromatosis. En la derecha, las arterias ilíacas común y externa y femoral común tienen un calibre superior al normal por ectasia aneurismática y están diferentemente opacificadas por defectos de lleno debidos a la ateromatosis; la hipogástrica y sus colaterales son regulares. En la izquierda, la ilíaca común es actásica, la externa está trombosada en «punta de lanza» en el ostio. El vaso se rellena unos pocos milímetros más abajo en un sector de 3 cm, donde se presenta ectásico y con groseros trombos intraluminales, ocluyéndose después de modo definitivo. La arteria hipogástrica está estenosada en el ostio por hallarse comprendida en el proceso ahora descrito, siendo luego regular. El lecho vascular principal es reinyectado a nivel del extremo distal de la femoral común por una rica circulación colateral formada en parte por los vasos circunflejos ilíacos y en parte por ramos glúteos y pudendos. Las femorales superficial y profunda y la poplítea son permeables y regulares en ambos lados, siendo en el izquierdo de calibre inferior respecto al opuesto, por menor aflujo. En el lado derecho la vascularización de la pierna y del pie es regular; en el izquierdo la tibial anterior está ocluida a pocos centímetros del ostio y la peronea en el tercio inferior; la tibial posterior es permeable y regular hasta el pie (figs. 3 y 4).

Un TAC abdominal demuestra un aumento de calibre de las arterias ilíacas comunes en ambos lados, más marcado en el izquierdo. Previa consulta con los nefrólogos, se llega a la conclusión de que el paciente presenta una malformación ureterovesical congénita con reflujo vesicoureteral y abundante estancamiento posmictorial, en cuyo ámbito hay que encuadrar la calculosis previa; además existe el hipospadias balanoprepucial. El funcionalismo renal se halla en los límites inferiores de la normalidad, por lo cual los colegas nos solicitan la intervención sobre el saco aneurismático para, en un segundo tiempo, llevar a cabo la corrección urológica.

Nosotros llegamos a la conclusión de que la ectasia aneurismática bilateral de las ilíacas es de naturaleza malformativa, sobre la cual se ha instaurado una inicial aterosclerosis, aunque el paciente sea jovencísimo.

Intervención: Al descubrir el trípode femoral izquierdo se demuestra que los vasos están inmersos en un magma cicatrizal que es eliminado, preparando un amplio sector de femoral común. Incisión supraumbilicopúbica. A primera vista se observa que la bifurcación aórtica se halla metida en una ganga cicatrizal que hace difícil la liberación de la aorta distal y de la ilíaca izquierda. La preparación de estos vasos pone, además, en evidencia que

el uréter izquierdo es retrovascular. Tras liberar toda la arteria ilíaca común, no se logra apreciar el saco descrito angiográficamente. Se prepara el túnel bajo el ligamento inguinal a fin de colocar una prótesis iliofemoral de Dacron. Tras la liberación de la aorta distal y de todas las ilíacas común y externa izquierdas, se observa que la femoral común, la profunda y la superficial han reemprendido una pulsatilidad satisfactoria. A la vista de los resultados y de las malformaciones urológicas, se sutura la pared por planos dejando un tubo de drenaje.

Curso postoperatorio regular, saliendo el paciente a los doce días. Los sucesivos controles al uno, dos y tres meses de la intervención demuestran la desaparición de la claudicación intermitente, si bien los pulsos tibiales en el lado izquierdo no reaparecen, y una mejoría al Doppler con Índice de Winsor de 0,8 en la izquierda. Se mantiene al paciente bajo tratamiento médico con antiagregantes plaquetarios (Sulcoctidil).



FIGS. 3 y 4.— Explicación en el texto.

Consideraciones

A posteriori cabe afirmar que nuestro paciente estaba afecto de un síndrome malformativo que interesaba varios sectores. En efecto, los riñones presentaban una dismorfia acompañada de anomalías de forma y curso ureteral, unido a hipospadias balanoprepucial; el sistema vascular, anomalías de forma de las arterias ilíacas aisladamente sobre las cuales se instauró presumiblemente una trombosis y un proceso aterosclerótico.

Según lo sugerido por los urólogos, se imponía la corrección del aneurisma ilíaco izquierdo antes de proceder a la intervención urológica, por el temor de que al efectuar a la vez una intervención séptica sobre los uréteres comprometiese las suturas vasculares.

No se procedió a la sustitución del sector aneurismático, dado que el saco era de pequeñas dimensiones y sobre todo porque, tras la liberación de la bifurcación aórtica, las arterias femorales recobraron su funcionalismo.

Por otra parte, no nos pareció indispensable colocar una prótesis iliofemoral en un hombre muy joven (33 años).

La sospecha de fibrosis retroperitoneal apareció en el momento de la intervención, por la dificultad de liberación del eje vascular y el aspecto del retroperitoneo. La liberación de la ganga fibrosa nos ha permitido, a la vez, obtener la reaparición de la pulsatilidad distal por probable rehabilitación de la circulación colateral, ya válida en el preoperatorio. Por otra parte, la fibrosis retroperitoneal puede ser la con causa de la situación del riñón derecho, en tanto el izquierdo, normal, podría sufrir complicaciones por el curso del uréter, posterior respecto a los vasos ilíacos.

Dada la sintomatología clínica recordada por el paciente, cabría suponer que el saco aneurismático del lado izquierdo había sufrido una trombosis en el curso del período de dolor súbito en el miembro con sensación de frialdad y desaparición de los pulsos femorales y tibiales. Es evidente que existían ya vasos colaterales que sorteaban el aneurisma y que permitieron superar la trombosis aneurismática de la ilíaca común.

Asimismo, es presumible que dadas las modificaciones del flujo se instaurara una aterosclerosis tanto de las ilíacas como de los sectores distales.

En la actualidad, a los tres meses de la intervención, el paciente goza de un óptimo funcionalismo del miembro, estando sometido a simple terapéutica antiagregante. No obstante, es indispensable programar dentro de algunos meses una intervención urológica correctiva de las anomalías presentes.

Consideramos que el caso presentado por nosotros tiene muchas analogías con el de MASSER (14) y otros (4, 16, 18). En efecto, la fibrosis del retroperitoneo hay que considerarla como responsable de una parte, aunque mínima quizás, de los aneurismas ilíacos. En nuestro caso tal evento se ha instaurado sobre un cuadro de malformación vascular, agravando una situación ya precaria.

En definitiva, el diagnóstico establecido por nosotros consiste en un caso de Dolicomegarteria ilíaca derecha asociada a un Aneurisma trombosado de la arteria ilíaca común izquierda con signos de Aterosclerosis periférica en un sujeto con Malformaciones a cargo de los riñones, uréteres y vejiga, así como del pene (hipospadias). Tal cuadro puede haber sido ocasionado o mejor agravado por la fibrosis retroperitoneal inicial.

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre joven de 33 años afecto de claudicación intermitente en el miembro inferior izquierdo. Las exploraciones efectuadas pusieron de manifiesto la presencia de aneurismas ilíacos bilaterales asociados a malformaciones del sistema urogenital y a fibrosis retroperitoneal, confirmados por el acto operatorio, que consistió en la liberación de la aorta y de la ilíaca izquierda, lo que permitió un buen relleno de la circulación distal sin necesidad de colocar una prótesis, dada la juventud del paciente. Se discute el caso clínico también en relación a una revisión de la literatura.

SUMMARY

Because of the exposure of a case of isolated bilateral iliac aneurysms associated to urogenital system malformations and retroperitoneal fibrosis, surgically treated without prothesis, literature upon this type of aneurysms is reviewed, and the case exposed is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. BIRKELAND, I.; JUN, W. y TAYLOR, T. K.: Major vascular injuries in lumbar disk surgery. «J. Bone and Joint Surg.», 51, B:4, 1969.
2. BROWN, T. K. y SOULES, S. D.: Aneurysm of the internal iliac artery complicating pregnancy. «Am. J. Obst. Ang. Gynec.», 27:766, 1934.
3. BRUNNER, H. C.: Aneurysms der A. Hypogastrica dextra einen netzundlichen Adnexitumor vorausgehend. «Zentral. f. Gyn.», 49:603, 1925.
4. CLYNE, C. A. y ABERCOMBIE, G. F.: Perianeurysmal retroperitoneal fibrosis: two cases responding to steroids. «Br. J. Urol.», 49:463, 1925.
5. ESTEVAN, J. M.; VALLE, A.; DÍEZ, O.; ALVAREZ, J.; PACHO, A. J.; GARCÍA DE LA TORRE, A.; MAYNAR, M. y GARCÍA-PUMARINO, J. L.: Aneurismas aislados del sector ilíaco. Presentación de 7 casos. «Angiología», 3:103, 1981.
6. FERNABACH, P. A.; BERMAN, L. y COHEN, N.: Intraperitoneal rupture of iliac aneurysm with survival following surgical treatment. «Ann. Surg.», 135:570, 1952.
7. FRILEUX, C. y SAPIN-JALOUSTRE, J.: Rupture souspéritoneelle d'un anévrisme de l'artère iliaque gauche. «Mém. Acad. Chir.», 82:341, 1956.
8. KANE, J. K.; MEYER, K. A. y KOZOLL, D. D.: Anatomical approach to the problem of massive gastrointestinal haemorrhage. «A.M.A. Arch. Surg.», 70:570, 1955.
9. KUKLAND, K. y STARR, K. W.: Aneurysm of the right internal iliac artery: five year's cure. «M. J. Australia», 2:297, 1953.
10. LOWRY, S. F. y KRAFT, R. O.: Isolated aneurysms of the iliac artery. «Arch. Surg.», 113: 1289, 1978.
11. LUKE, B. y REA, H. H.: Studies on aneurysms. «J.A.M.A.», 72:935, 1921.
12. MC COOK, J. G. y cols.: Aneurisma micótico de la arteria ilíaca primitiva izquierda curado por resección e injerto arterial homólogo. «Angiología», 9:281, 1957.
13. MARKOWITZ, A. M. y NORMAN, J. C.: Aneurysm of the iliac artery. «Ann. Surg.», 157:777, 1961.
14. MASSER, M. R.: Iliac artery aneurysm, retroperitoneal fibrosis and bilateral ureteric obstruction. «Vasc. Surg.», 15:145, 1981.
15. NATALI, J. y CACHERA, J. P.: «E.M.C. Roma», 4 A:10, 113, 1965.
16. PETERS, J. L. y COWIE, A.G.A.: Ureteric involvement with abdominal aortic aneurysm. «Br. J. Urol.», 50:313, 1978.
17. RASO, A. M.: Los aneurismas sacciformes complicados de la arteria ilíaca. «Angiología», 30:219, 1978.
18. SAFRAN, R.; SKLENKA, R. y KAY, H.: Iliac arterial aneurysm: a common cause of ureteral obstruction. «J. Urol.», 113:605, 1975.