

Aneurismas arterioesclerosos aislados de la arteria ilíaca interna

A. Zorita* - J. G. Vázquez*
R. F. Samos* - C. F. Morán* - S. Costilla** - F. Vaquero*

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Princesa Sofía. León (España)

RESUMEN

Se presenta un caso de aneurisma arterioescleroso aislado, sintomático de la arteria ilíaca interna izquierda.

La revisión bibliográfica de esta patología, muy poco frecuente, muestra que las manifestaciones clínicas están en función de las estructuras anatómicas comprimidas. El diagnóstico se realiza mediante tacto rectal o vaginal, ecografía y T.A.C., siendo la mortalidad operatoria elevada cuando están rupturados.

SUMMARY

A case of an isolate, symptomatic, atherosclerotic aneurysm of the left internal iliac artery is presented. A review from this very rare type of pathology revele that clinical symptoms depends on the comprised anatomical structures. Diagnosis was made by rectal or vaginal touch, ultrasonography and CT. The operatorie mortality rate is high when aneurysms are ruptured.

Introducción

Los aneurismas aislados de la arteria ilíaca interna tienen una penetración del 10% de todos los aneurismas aislados ilíacos (14) y estos últimos tienen una incidencia del 0,9 al 4,7% con relación a los de aorta (12).

Presentamos un caso de aneurisma aislado de la arteria ilíaca interna izquierda, de considerable tamaño, tratado en nuestro Servicio, en el que durante un período de 3 años

se han intervenido 62 aneurismas que afectaban a otras arterias.

La evolución clínica e historia natural del proceso es similar a la de los aneurismas arterioesclerosos de otros territorios (4, 9, 14, 16), siendo el sexo masculino el más afectado (4, 12).

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 67 años con antecedentes de insuficiencia respiratoria severa, consecuencia de una bronquitis crónica —al haber trabajado en la minería—, hábito etílico hace años, artrosis se-

vera que precisó de la colocación de una prótesis en la articulación coxofemoral izquierda y sendas intervenciones sobre ambas rodillas, cardiopatía coronaria e hipertensión arterial no controlada y de varios años de evolución.

Historia del Proceso

Un año antes del ingreso en nuestro Servicio el paciente manifestaba tenesmo vesical y rectal, polaqueruria, disuria, dolores abdominales de tipo cólico y molestias en miembro inferior izquierdo que rememoraban un síndrome ciático.

El enfermo ingresó con esta sintomatología en otro hospital, donde fue intervenido de una resección transuretral de la próstata. El postoperatorio inmediato no es satisfactorio, sufriendo empeoramiento clínico, con gran deterioro del estado general, detectándose en la ecografía postoperatoria un enorme aneurisma ilíaco izquierdo. Con este diagnóstico y en este estado, el paciente es trasladado con urgencia a nuestro Hospital y Servicio.

En el momento de la recepción existe la apreciación de un grave deterioro del estado general, aunque las constantes hemodinámicas se mantienen en rangos aceptables. La inspección muestra una protusión del perineo y leve prolapsus rectal (figs. 1 y 2). La palpación pone de manifiesto la presencia de pulsos a todos los niveles, distensión abdominal y una masa pulsátil al tacto rectal. La auscultación abdominal evi-

* Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

** Servicio de Radiodiagnóstico.



Fig. 1 - Protusión del periné por el aneurisma ilíaco.



Fig. 2 - Prolapso rectal.

dencia la ausencia de un peristaltismo intestinal claro.

Los estudios analíticos de laboratorio detectan la presencia de anemia y leve uremia. El E.K.G. es informado como antiguo infarto septal, isquemia difusa, trastornos de la conducción del H.H. y extrasistolia ventricular frecuente. Las imágenes de RX de tórax muestran un patrón de afectación bronquial e intersticial. En la RX simple de abdomen no se observan calcificaciones de la masa pulsátil pélvica.

Como las constantes hemodinámicas del paciente se encuentran en rangos aceptables se practica T.A.C. (figs. 3 y 4), observándose en dichas imágenes la presencia de un aneu-

rismo de la arteria ilíaca interna izquierda de gran tamaño (11 x 9 cms) sin signos radiográficos aparentes de rotura. La angiografía practicada con el fin de obtener detalles técnicos de cara a la aplicación del tratamiento, mostró la presencia de un pequeño «cuello» en el origen de la arteria hipogástrica izquierda y la inexistencia de una arteria ciática dominante (fig. 5).

Ante el mal estado general del paciente y la ausencia de signos de rotura, decidimos realizar la intervención quirúrgica necesaria, en un plazo de 48 horas, con el objeto de remontar el enfermo a un estado general más satisfactorio. Sin embargo, a las 24 horas de su ingreso el

paciente sufre episodio de dolor pélvico intenso, hipotensión y taquicardia que nos hace adelantar la intervención planeada. Se realizó exclusión del aneurisma mediante ligadura y sección del origen de la arteria ilíaca interna y de sus ramas a través de un abordaje abdominopélvico extraperitoneal. Como datos complementarios de la intervención destacamos que no existía sangrado retroperitoneal y el ureter izquierdo estaba muy dilatado.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias. En el T.A.C. de control, realizado a los 7 días de la intervención, se podían apreciar imágenes de trombosis completa del aneurisma. A los 30 días, los síntomas neu-

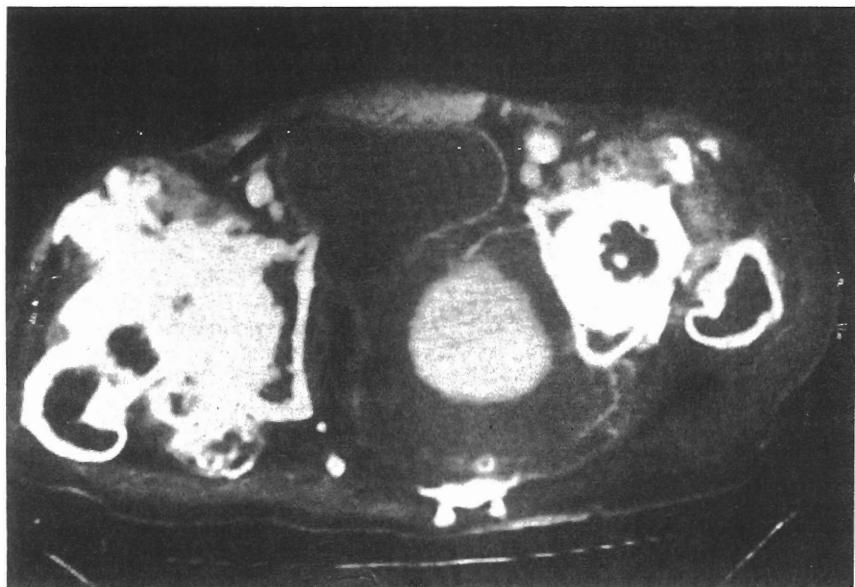


Fig. 3 - T.A.C. Obsérvese el desplazamiento vesical.

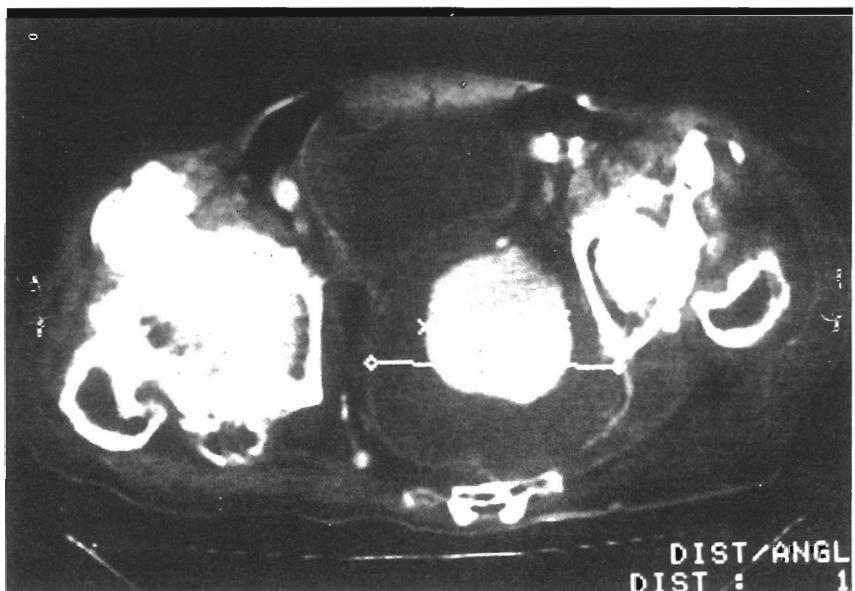


Fig. 4 - T.A.C.. Características de aneurisma arterioescleroso.

rológicos, urológicos y digestivos se habían mitigado.

Discusión

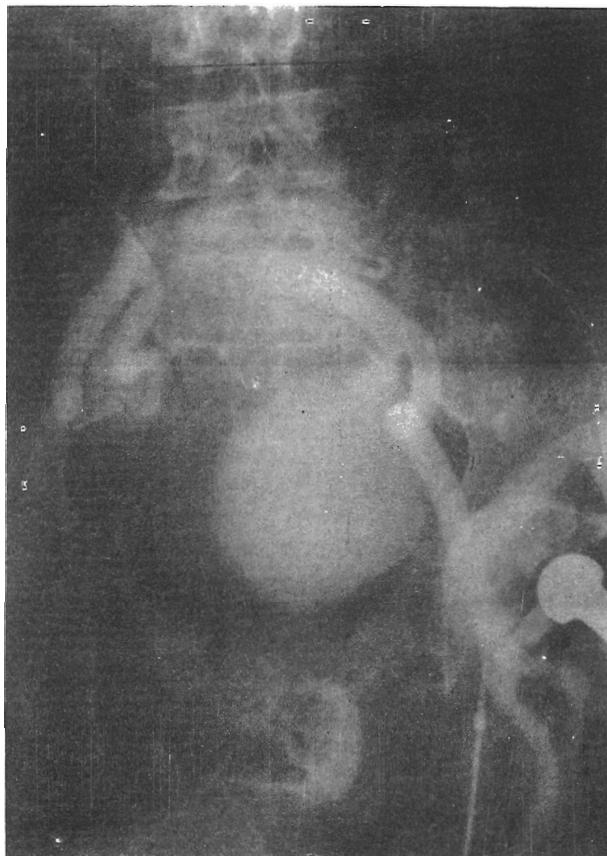
Es generalmente admitido que los hallazgos de aneurismas ilíacos arterioesclerosos están en relación a la presencia simultánea de aneurismas en otros territorios; sin embargo, cuando aparecen aneurismas aislados, éstos se ubican por orden de preferencia en la arteria ilíaca primitiva, seguidos de la arteria ilíaca

interna y, por último, de la arteria ilíaca externa (12, 14).

Las manifestaciones clínicas de estos aneurismas están en relación con su localización y la compresión de estructuras, órganos y conductos, dando lugar a síntomas de tipo neurológico —por compresión radicular—, urológico —por compresión ureteral o vesical—, digestivo —por compresión rectal—, genital —por afectación vaginal—, y en casos graves «shock» por hemorragia (2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16) e incluso insu-

ficiencia cardíaca por fistula arteriovenosa (12) y embolismo pulmonar (11).

El diagnóstico de sospecha se sustenta por tanto, sobre la base clínica y el hallazgo de una masa pulsátil a la palpación rectal o vaginal. El diagnóstico de certeza se realiza mediante la ecografía y T.A.C., así como el seguimiento. La arteriografía, aunque no es necesaria para el diagnóstico, resulta útil para ver la relación del aneurisma con otras arterias, el estado de suplencia arte-



**Fig. 5 - Arteriografía.
Gran aneurisma
hipogástrico.**

rial pélvica, y sobre todo, para descartar la presencia de una arteria ciática dominante que mantenga la vascularización del miembro inferior, cuya ligadura pueda acarrear consecuencias catastróficas (3, 8).

La mayoría de los autores coinciden en señalar que la evolución natural del proceso es hacia las complicaciones erosivas o de compresión y hacia la ruptura (1, 2, 4, 9, 12, 14, 16), y cuando esta se produce, la mortalidad operatoria es muy elevada, pues los clásicos síntomas de la rotura aneurismática están alterados debido a su profunda localización en la pelvis; y, por tanto, coincidimos con la opinión de los grupos de Atlanta (16), Rochester (14), Virginia (4) y la Universidad de Tokio (12) en que el tratamiento electivo debe de realizarse sobre aquellos pacientes portadores de aneurismas con diámetro igual o superior a 4 cms. Debido a que se trata

de una patología con elevado potencial letal, los procedimientos terapéuticos a emplear son la ligadura, endoaneurismorrafia y, en aquellos casos considerados de muy elevado riesgo quirúrgico, la embolización.

BIBLIOGRAFIA

1. BYRNE, J. L.; ZAMAN, S. N.; MEADE, J. W.; ARONSKI, W. P.: Operative management of bilateral internal iliac artery aneurysms. «J Cardiovasc Surg», 1989, 30 (2), 241-3.
2. SKEJO, P. B.; SLOTH, H.: An isolated aneurysm of the internal iliac artery simulating lumbar disc herniation. Case report. «Acta Chir Scand», 1989, 155 (1), 65-6.
3. GERNER, T.; HENJUM, A.; DEDICHTEN, H.: Persistent sciatic artery. Case report. «Acta Chir Scand», 1988, 154 (11-12), 667-8.
4. RICHARDSON, J. W.; GREENFIELD, L. J.: Natural history and management of iliac aneurysm. «J Vasc Surg», 1988, 8 (2), 165-71.
5. PAK, K.; TOMOYOSHI, T.; TANAKA, H., NAKAJIMA, Y.: Ureteral obstruction secondary to iliac artery aneurysm «Hinyokika-kiyo», 1988, 34 (3) 496-501.
6. DRISI KACEMI, A.: Isolated internal iliac artery aneurysm. Report of one case and review of the literature. «J Cardiovasc Surg», 1988: 29 (1), 68-9.
7. PAIVANALO, M.; LAHDE, S.; LEINONEN, A.: Bilateral isolated internal iliac aneurysms presenting as pelvic tumours. «Rontgenblatter», 1987: 40 (11), 360-2.
8. MARTIN, K. W.; HYDE, G. L.; McCREADY, R. A.; HULL, D. A.: Sciatic artery aneurysms: Report of three cases and review of the literature. «J Vasc Surg», 1986: 4 (4), 365-71.
9. BOYARSKY, A. H.; BURKS, W. P.; DAVIDSON, J. T.; CHANDLER, J. J.: Ruptured aneurysm of the internal iliac artery. «South Med J», 1985: 78 (11), 1356-7.
10. GEELEN, J. A.; DE GRAAFF, R.; BIEMANS, R. G.; PREVO, R. L.; KOCH, P. W.: Sciatic nerve compression by an aneurysm on the internal iliac artery. «Clin Neurol Neurosurg», 1985, 87 (3), 219-22.
11. CAMPBELL, W. B.; VAN BEEK, D. F.; WOOD, R. F.: Internal iliac aneurysm and arteriovenous fistula presenting with pulmonary embolism. «Br J Surg», 1985: 72 (9), 754-5.
12. SATO, O.; TADA, Y.; AKIMOTO, S.; TANAKA, K.; KOMUZA, T.; TAKAGI, A.; MARUYAMA, Y.; WADA, T.: Isolated iliac aneurysms. «Nippon geka gakkai zasshi», 1984: 85 (10), 1370-5.
13. O'LEARY, R. K.; DOODHA, M.; KHAN, M.; OMAR, G.: False aneurysm of the internal iliac artery with involvement of the reproductive tract. a case report. «S Afr Med J», 1984: 66 (5), 188-9.
14. McCREADY, R. A.; PAIROLERO, P. C.; GILMORE, J. C.; KAZMIER, F. J.; CHERRY, K. J. Jr.; HOLLIER, L. H.: Isolated iliac artery aneurysms. «Surgery», 1983: 93 (5), 688-93.
15. BARON, R. L.; BANNER, M. P.; POLLACK, H. M.: Isolated internal iliac artery aneurysms presenting as giant pelvic masses. «AJR», 1983 140 (4), 184-6.
16. PERDUE, G. D.; MITTENTHAL, M. J.; SMITH, R. B.; SALAM, A. A.: Aneurysms of the internal iliac artery. «Surgery», 1983: 93 (2), 243-6.