



P-052 - SUBOCLUSIÓN INTESTINAL: EXCEPCIONAL CLÍNICA DE ANEURISMA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA

Gil Vázquez, Pedro José; Jimeno Griño, Pilar; Olivares Ripoll, Vicente Jesús; Sánchez Fuentes, Pedro Antonio; Soriano Palao, María Teresa; Paredes Quiles, Miriam; Gutiérrez García, Francisco; Parrilla Paricio, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Los aneurismas de la arteria hipogástrica son infrecuentes y suelen deberse a arterioesclerosis, aunque se ha sugerido que la sustitución de un aneurisma aórtico con injerto predisponde a su formación. Pueden dar clínica de compresión sobre estructuras cercanas, siendo la vejiga la más frecuentemente afecta. La clínica de obstrucción intestinal es verdaderamente infrecuente (4 casos descritos). Presentamos un caso de un paciente con clínica de suboclusión intestinal secundaria a compresión de aneurisma de arteria hipogástrica.

Caso clínico: Paciente de 71 años diagnosticado hace 2 de aneurisma de aorta abdominal y aneurisma de arteria hipogástrica izquierda trombosado, realizando bypass aortoabdominal y ligadura y exclusión del segundo. Al año se descubre endofuga del aneurisma hipogástrico realizando cierre mediante radiología intervencionista (coils y pegamento biológico), procedimiento que ha de ser repetido 8 meses después. Actualmente consulta por clínica de estreñimiento, sin dificultad para ventosear y oliguria de 3 semanas de evolución sin otra sintomatología. Al tacto rectal se palpa masa pélvica que comprime ampolla rectal en su cara anterior e izquierda, no pulsátil, impresionando de extrínseca. La ecografía y TAC de abdomen describen masa pélvica de 12 cm de diámetro compatible con aneurisma trombosado de la arteria hipogástrica izquierda relleno de coils, que comprime recto y vejiga. Se interviene de forma programada realizando aneurismotomía con extracción y limpieza del contenido, así como sutura de un punto sangrante en el saco aneurismático. En el postoperatorio, sufre sangrado de músculo psoas que requiere reintervención para hemostasia y tromboembolismo pulmonar que obliga a colocación de filtro de vena cava y anticoagulación. Posteriormente, evoluciona favorablemente siendo alta hospitalaria sin secuelas.

Discusión: Los aneurismas del sistema ilíaco suelen localizarse en la ilíaca común. Los aneurismas aislados de arteria iliaca interna son una entidad rara (2-7% de los aneurismas abdominales). Pueden dar clínica urinaria como consecuencia de la compresión extrínseca sobre la vejiga o los uréteres. La clínica intestinal es infrecuente, y puede ser debido a adherencias o estenosis intestinales tras la cirugía del aneurisma; a isquemia intestinal por el mismo motivo; o a obstrucción intestinal por compresión extrínseca. Este último mecanismo es realmente raro habiendo encontrado tan solo 4 casos reportados en la bibliografía consultada. Deberá sospecharse en pacientes con estreñimiento que presentan masa pulsátil al tacto rectal, si bien, este signo solo aparece en el 55% de los aneurismas de arteria hipogástrica. En nuestro caso no fue evidenciado pues el aneurisma ya estaba trombosado endovascularmente. Se recomienda el tratamiento endovascular o la cirugía, pues su curso natural es la expansión progresiva y la rotura, que si se produce, provoca una elevada mortalidad. En nuestro caso, con clínica de obstrucción intestinal, repetir el tratamiento endovascular no tenía

sentido, por lo que se optó por la cirugía. La clínica intestinal por compresión extrínseca de aneurisma de arteria hipogástrica es infrecuente aunque debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en caso de historia clínica previa. Este cuadro debe considerarse una emergencia abdominal, realizando cirugía electiva si superan los 3,5 cm de diámetro.