



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-050 - PSEUDOANEURISMA GLÚTEO GIGANTE

de Armas Conde, María; Sánchez-Migallón Vargas, Elena; Delgado Molinos, Alejandro; de la Torre Scherack, Octavio; Moy Petersen, Juan Carlos; Cabrera Marrero, José Carlos; López Castillo, Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Los pseudoaneurismas de la arteria glútea son muy raros (1,1%) y normalmente secundarios a traumatismos pélvicos, heridas penetrantes, inflamación o infección de la región glútea. Se presenta a continuación un caso de pseudoaneurisma glúteo tras traumatismo.

Caso clínico: Varón de 49 años, con antecedente de traumatismo glúteo hace 1 año realizando *snowboard* que no había consultado por la situación de pandemia SARS-CoV-2. El paciente es derivado a la consulta de Cirugía Vascular desde medicina de atención primaria por dolor, inflamación y tumefacción en región glútea izquierda. A la exploración física presenta en la región glútea inferior izquierda, una masa pulsátil. Todos los pulsos periféricos estaban presentes y no había déficits neurológicos. Mediante una tomografía computarizada (TC) con contraste, de abdomen y pelvis, se confirmó la presencia de un pseudoaneurisma gigante. Esta lesión se presentó como una estructura de 53 mm llena de contraste, directamente relacionada con la arteria glútea inferior, con un hematoma organizado perilesional. Por tanto, el paciente fue remitido para tratamiento endovascular del pseudoaneurisma. El abordaje del pseudoaneurisma se realizó mediante punción de la arteria femoral derecha. Sin embargo, la angiografía selectiva de la arteria ilíaca izquierda no reveló el pseudoaneurisma. De acuerdo con la localización de la tomografía computarizada, se realizó a una embolización endovascular superselectiva exitosa de la arteria glútea inferior con 5 espirales desmontables de nailon (Hélix NV[®]) y un tapón vascular de 7 mm (MVP Reverse Medical[®]). Como resultado, un angiograma final mostró la normocolocación del material embólico. No hubo complicaciones tras el procedimiento y el paciente fue dado de alta el primer día posoperatorio. La angio-TC de control al cabo de 1 mes, confirmó la exclusión del pseudoaneurisma con un hematoma residual de 11 cm en la zona. El paciente tuvo una recuperación sin incidencias con la desaparición de la clínica.

Discusión: Los aneurismas de la arteria glútea pueden ser asintomáticas durante años; sin embargo, son susceptibles de romperse en cualquier momento con hemorragia potencialmente mortal. Por ello, se recomienda el tratamiento tan pronto como se realice el diagnóstico cuando el diámetro sea > 25 mm, existan lesiones sintomáticas o exista riesgo de lesión del nervio ciático. Aunque la cirugía abierta ha sido el tratamiento estándar, las ventajas de la angiografía con embolización son claras: disminución del riesgo de infección, evitación de la apertura del espacio retroperitoneal y disminución del riesgo de lesiones nerviosas y vasculares iatrogénicas.