



CARTA CIENTÍFICA

Exclusión endovascular de pseudoaneurisma ilíaco con injerto renal no funcional

Endovascular exclusion of an iliac pseudoaneurysm with a non-functioning kidney graft

J.C. Moy Petersen*, J.M. Domínguez Bahamonde, D. Couto Mallon, J.J. Vidal Insua y R. García Casas

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

Recibido el 25 de mayo de 2012; aceptado el 28 de agosto de 2012
Disponible en Internet el 26 de octubre de 2012

El desarrollo de pseudoaneurismas en la arteria ilíaca donante de los pacientes trasplantados renales es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. Las técnicas endovasculares pueden constituir una alternativa eficaz a la cirugía en este complejo escenario, aunque aún precisan de una validación a largo plazo.

Se trata de un varón 39 años con antecedentes de cifoescoliosis severa, en programa de hemodiálisis desde enero de 1993 por glomerulonefritis membranoproliferativa con depósitos de inmunoglobulina A (IgA). Se le realizaron 2 trasplantes renales, el último en junio de 2000 con rechazo del injerto en diciembre de 2001. Desde entonces reingresó en programa de hemodiálisis. Tras múltiples intentos fallidos de fístulas en miembros superiores, se realizó un acceso femorosafeno con PTFE en miembro inferior izquierdo.

Fue trasladado del servicio de urología por hallazgo accidental de pseudoaneurisma de la arteria ilíaca izquierda durante el estudio de una hematuria asintomática autolimitada. En la exploración se observó una masa pulsátil no dolorosa en la fosa ilíaca izquierda, con pulsos distales presentes en las extremidades inferiores.

Se realizó un estudio preoperatorio de urgencia sin alteraciones reseñables, así como hemocultivos y urocultivos

seriados. La radiografía de abdomen demostró un efecto de masa en la pelvis izquierda con calcificación del injerto renal. La angiotomografía computarizada (angio-TC) abdominopélvica mostró un pseudoaneurisma gigante de 10,5 × 9,2 cm a nivel de la transición de la arteria ilíaca común-externa sin estar en relación con el uréter (fig. 1).

Se realizó una exclusión endovascular de urgencia del pseudoaneurisma. Mediante anestesia general y abordaje femoral contralateral se procedió al implante de una endoprótesis VIABAHN 13 × 100 mm (W.L. Gore & Associates, Flagstaff, Ariz) a nivel de la transición de la arteria ilíaca común-externa izquierda. En la arteriografía de control no se encontraron endofugas.

El paciente fue dado de alta al cuarto día post-operatorio sin incidentes de interés con antiagregación simple y antibióticoterapia oral.

En el seguimiento los resultados de los hemocultivos y urocultivos fueron negativos. Al mes de la intervención se realizó una angio-TC abdominopélvica de control donde se observó exclusión del pseudoaneurisma con ausencia de endofugas y disminución del diámetro del saco a 9,6 × 6,7 cm (fig. 2).

Los pseudoaneurismas arteriales tras trasplante renal son una complicación infrecuente < 1%¹. Se dividen en 2 grupos según su localización respecto al injerto: intrarrenales o extrarrenales. Los intrarrenales son los más frecuentes,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jc_mp13@hotmail.com (J.C. Moy Petersen).



Figura 1 Angio-TC abdominopélvica: pseudoaneurisma ilíaco.

están asociados a biopsias percutáneas del injerto, la mayoría son de pequeño tamaño y frecuentemente se resuelven de forma espontánea². Los extrarrenales se relacionan fundamentalmente con problemas técnicos de la anastomosis³.

Los síntomas de los aneurismas ilíacos son inespecíficos pudiendo ser debidos a la compresión o erosión de estructuras vecinas, como anorexia o dolor abdominal leve, hematuria por fistulización hacia la vejiga o erosión del uréter, etc.; en el 5% de los pacientes aparece edema de la extremidad por compresión venosa⁴ y uno de cada 5 pacientes presenta síntomas neurogénicos por compresión nerviosa⁵.

El diagnóstico se realiza con frecuencia de forma incidental. Las exploraciones complementarias incluyen la ecografía Doppler, siendo esta la técnica no invasiva de elección, así como la angio-TC y la angio-RM para la conformación del diagnóstico.

Las indicaciones y las estrategias terapéuticas son motivo de controversia entre los diferentes autores. Los pseudoaneurismas pequeños y asintomáticos se manejan generalmente de forma conservadora. Su reparación quirúrgica está indicada en aquellos mayores de 2,5 cm, de crecimiento rápido o bien cuando presentan sintomatología⁶. El tratamiento clásico de elección es la cirugía abierta, siendo un procedimiento complejo debido a la fibrosis y adherencias previas, y que presenta una elevada morbilidad⁷.

El tratamiento endovascular mediante endoprótesis recubierta es una alternativa mínimamente invasiva, con una

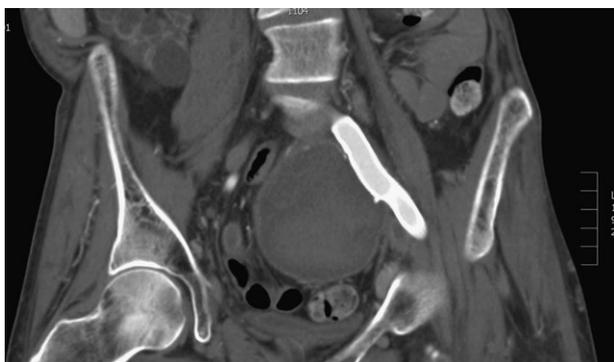


Figura 2 Angio-TC abdominopélvica: control al mes.

menor tasa de morbimortalidad y un tiempo de recuperación y estancia hospitalaria más reducido, con resultados comparables a la cirugía clásica en pacientes seleccionados de elevado riesgo quirúrgico, anestésico o anatómico^{8,9}.

En nuestro caso optamos por la terapia endovascular por ser un injerto renal no funcionante y la hostilidad del campo quirúrgico: presentaba múltiples intervenciones abdominales previas (laparotomía con cirugía entérica reconstructiva tras lesión por arma blanca, así como 2 trasplantes renales y una trasplantectomía) y distorsión de la anatomía normal por cifoescoliosis severa.

El paciente recibe hemodiálisis a través de un injerto protésico inguinal izquierdo desde el año 2003, tras múltiples accesos arteriovenosos fallidos previos. Si bien los resultados de los hemocultivos y urocultivos seriados fueron negativos, no se puede excluir completamente la posibilidad de un componente infeccioso asociado al pseudoaneurisma ilíaco.

Por ello el paciente recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro perioperatorio (ciprofloxacino y Augmentine® por vía intravenosa) y mantiene un régimen de antibioticoterapia oral ambulatorio prolongado (Augmentine® por vía oral durante 6 meses). A este respecto son cada vez más frecuentes las publicaciones de tratamientos endovasculares con éxito en casos de aneurismas infectados asociados a tratamiento antibiótico a largo plazo¹⁰.

En conclusión, el manejo terapéutico de estos procesos es complejo. El tratamiento endovascular representa una alternativa válida al tratamiento quirúrgico clásico en casos seleccionados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia

Bibliografía

1. Dimitroulis D, Bokos J, Zavos G, Nikiteas N, Karidis P, Katsaronis P, et al. Vascular complications in renal transplantation: a single-center experience in 1367 renal transplantations and review of literature. *Transplant Proc.* 2009;41:1609–14.
2. Grenier R, Douws C, Morel D, Ferrière JM, Le Guillou M, Potaux L, et al. Detection of vascular complications in renal allograft with color Doppler flow imaging. *Radiology.* 1991; 178:217.

3. Donckier V, De Pauw L, Ferreira J, Hanquinet S, Hooghe L, Janssen F, et al. False aneurysm after transplant nephrectomy. *Transplantation*. 1995;60:303–4.
4. Álvarez B, Bonell A, Bosqué M, Escribano J, Feranández-Valenzuela V, Mori AR, et al. Aneurismas aislados de la arteria iliaca. *Angiologia*. 1996;96:265–70.
5. Gardiner MD, Mangwani J, Williams WW. Aneurysm of the common iliac artery presenting as a lumbosacral plexopathy. *J Bone Joint Surg Br*. 2006;88:1524–6.
6. Asztalos L, Olvasztó S, Fedor R, Balázs G, Lukács G. Renal artery aneurysm at the anastomosis after kidney transplantation. *Transplant Proc*. 2006;38:2915–8.
7. Spees EK, Light JA, Oakes DD, Reinmuth B. Experiences with cadaver renal allograft contamination before transplantation. *Br J Surg*. 1982;69:482–5.
8. De Godoy JM, Reis LF, Casagrande M, Braile DM. Treatment of internal iliac artery pseudoaneurysm by an endovascular approach. *J Chin Med Assoc*. 2005;68:435–6.
9. Cubillas Martín H, Caicedo Valdés D, Vidal Insua JJ. Pseudoaneurisma iliaco postrasplantectomia renal. *Angiologia*. 2009;61:105–6.
10. Fujikata S, Tanji N, Iseda T, Ohoka H, Yokoyama M. Mycotic aneurysm of the renal transplant artery. *Int J Urol*. 2006;13:820–3.