



CASO CLÍNICO

Aneurisma gigante de arteria iliaca interna roto



Esther Doiz-Artázcoz^{a,*}, Jorge Martín-Cañuelo^a, Manuel Rodríguez-Piñero^a,
Emilio García-Turrillo^a y Angel González-Calbo^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Medicina familiar, UGC Medina Sidonia, Medina Sidonia, Cádiz, España

Recibido el 10 de septiembre de 2015; aceptado el 14 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 16 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Aneurisma;
Arteria hipogástrica;
Rotura;
Tratamiento
endovascular

KEYWORDS

Aneurysm;
Hypogastric artery;
Ruptured;
Endovascular repair

Resumen

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de aneurisma gigante de arteria iliaca interna roto.

Caso clínico: Varón de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial crónica, dislipidemia, cardiopatía valvular, *cor pulmonale* con hipertensión pulmonar moderada, portador de marcapasos definitivo, obesidad y alergia a la plata. Ingresó de urgencia por dolor brusco en fosa iliaca izquierda, irradiado periumbilicalmente sin cortejo vegetativo. En el TC abdominal se objetiva la presencia de un aneurisma gigante de la arteria hipogástrica izquierda con diámetro de 6,8 cm y signos de rotura. Se realiza de forma urgente cirugía endovascular mediante implante de prótesis Endurant® y embolización de arterias glúteas con Coils Interlock®. Control al mes y a los 6 meses sin endofugas ni crecimiento del saco.

Discusión: El tratamiento de elección de los aneurismas iliacos sigue siendo la cirugía, de forma electiva cuando el diámetro de la arteria es mayor de 3 cm y urgente cuando debutan con rotura. La terapia endovascular es una alternativa segura y eficaz a la cirugía convencional, con resultados satisfactorios a corto y medio plazo.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Giant ruptured internal iliac aneurysm

Abstract

Aim: To present an infrequent broken giant Iliac artery aneurysms.

Case report: In the current study, we report a case of a 68-year-old male patient with chronic high blood pressure, cholesterol, valvular heart disease, *cor pulmonale*, pacemaker, obesity and silver allergic. He presented sudden onset of abdominal pain. Computed tomography (CT) revealed a large ruptured left hypogastric aneurysm (diameter of 6.8 cm). Hypogastric aneurysm

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edoiz@comcadiz.com (E. Doiz-Artázcoz).

was repaired by an endovascular graft repair: Endurant® endograft and coils embolization of gluteal arteries (Interlock®). The patient had a satisfactory clinical progression and recovery. At one and six months after the operation TC revealed not Type II endoleaks.

Discussion: Isolated aneurysms of the iliac arteries are rare. Surgical treatment is recommended for iliac artery aneurysms larger than 3 cm. Endovascular repair is an attractive method to repair isolated iliac artery aneurysms with lower morbidity and mortality rates than open surgery.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los aneurismas iliacos aislados, sin patología aneurismática a nivel de la aorta abdominal, son una entidad poco frecuente. Representan el 1% de todos los aneurismas aortoiliacos y el 20% de todos los aneurismas iliacos¹. Suelen presentar afectación bilateral. Su localización en la pelvis hace difícil su diagnóstico. Suelen ser asintomáticos aunque pueden comenzar con clínica compresiva local de estructuras pélvicas o rotura.

No existen en la literatura grandes series por lo que su manejo sigue siendo quirúrgico, salvo en los casos no complicados y en pacientes con elevada morbimortalidad, donde el tratamiento endovascular es de elección.

Caso clínico

Varón de 68 años de edad con antecedentes médicos de hipertensión arterial crónica de años de evolución, dislipemia mixta, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia valvular aórtica y tricuspídea degenerativa, *cor pulmonale* con hipertensión pulmonar moderada, portador de marcapasos definitivo por bloqueo AV, alergia a la plata y lumbociatalgia crónica. Obesidad con IMC > 30. Antecedentes quirúrgicos de colecistectomía, apendicectomía y prótesis total de rodilla izquierda. Ingresó en el servicio de urgencias de nuestro centro hospitalario por cuadro de dolor abdominal brusco en fosa iliaca izquierda, irradiado periumbilicalmente sin cortejo vegetativo acompañante.

En la exploración física en el momento del ingreso destaca un abdomen distendido con dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y sin palparse masa pulsátil. Sin signos de irritación peritoneal. Resto de exploración vascular dentro de la normalidad con pulsos presentes en ambos miembros inferiores, superiores y troncos supraaórticos sin soplos. Desde el punto de vista médico, el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y mantiene presión arterial sin precisar de apoyo de sustancias vasoactivas; hematimetría con anemia (hemoglobina de 8,4 g/dl y hematocrito de 27,4%); bioquímica y estudio de coagulación dentro de la normalidad, salvo elevación de urea (65 mg/dl) y proteína C reactiva.

Con la sospecha clínica de patología aneurismática a nivel abdominal complicada, se extrae estudio analítico completo con pruebas cruzadas y se realiza angioTC abdominal con contraste, donde se objetiva la presencia de aneurisma de iliaca interna izquierda de 6,8 × 5,8 cm de diámetro máximo con signos de rotura; extensa infiltración

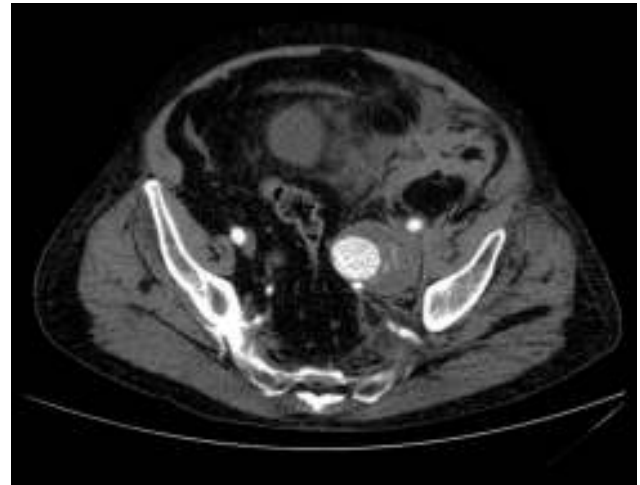


Figura 1 Imagen de la angioTAC del ingreso, con aneurisma gigante de arteria hipogástrica izquierda con signos de complicación.

hemática en espacio pararenal izquierdo y psoas ipsilateral; iliaca interna derecha de 2 cm sin complicación; aorta y ambas iliacas comunes y externas son de calibre normal, así como su continuación hacia el sector femoral (fig. 1).

Con el diagnóstico de aneurisma de arteria hipogástrica izquierda roto se traslada el paciente al área quirúrgica. Mediante un abordaje transfemoral contralateral y anestesia locorregional, se realiza arteriografía diagnóstica objetivándose gran aneurisma y presencia de 2 arterias glúteas de gran tamaño. Se procede a la exclusión del aneurisma iliaco interno izquierdo mediante prótesis Endurant® ETLW1613C93EE de iliaca común a externa, previa embolización de arterias glúteas con Coils Interlock® 6 mm × 20 cm y 10 mm × 30 cm. Control arteriográfico posterior con buen resultado hemodinámico y morfológico, con endofuga en fase tardía tipo II, dependiendo de las arterias glúteas embolizadas (fig. 2).

El paciente precisó de transfusión de 3 unidades de concentrados de hematíes permaneciendo estable sin apoyo vasoactivo de drogas dopaminérgicas.

Tras la cirugía fue trasladado a la unidad de reanimación posquirúrgica donde permaneció 24 h para su posterior traslado a la planta. La evolución fue favorable, desapareciendo el dolor abdominal de forma progresiva y con tolerancia oral dentro de la normalidad. No presentó clínica de isquemia pélvica. Previo al alta se realizó angioTC abdominal con contraste, objetivándose permeabilidad de prótesis con

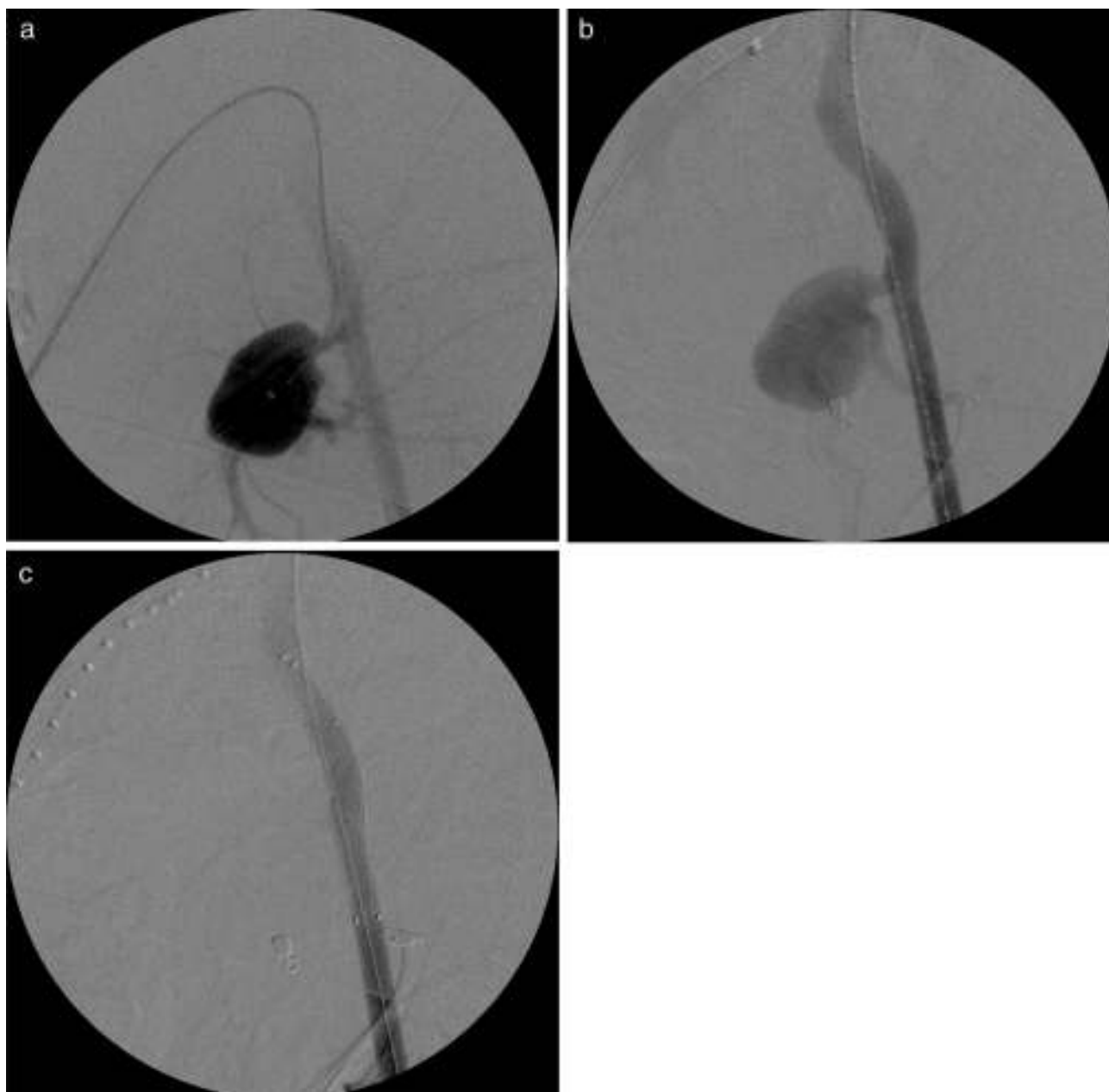


Figura 2 Imágenes intraoperatorias: a) cateterización del aneurisma iliaco; b) embolización de arterias glúteas con *coils*, y c) control tras colocación de endoprótesis desde arteria iliaca común a externa izquierda.

correcto sellado del aneurisma y con endofuga tipo II en fase arterial tardía dependiendo de arteria glútea. El paciente es seguido en consulta externa encontrándose asintomático desde el punto de vista vascular. En el control radiológico con angioTC al mes y a los 6 meses, se objetiva desaparición de la endofuga tipo II, no extravasación de contraste y no aumento del saco aneurismático.

Discusión

Los aneurismas de las arterias iliacas sin coexistencia de aneurisma en aorta abdominal son muy raros. En autopsias su prevalencia se ha estimado entre un 0,008-0,03%.

El segmento más afectado es la iliaca común (70-90%), seguida de la hipogástrica (del 10 al 30%), quedando respetada normalmente la iliaca externa, por razones que se desconocen^{2,3}. Se presentan más frecuentemente en hombres de avanzada edad (65-75 años), siendo generalmente de etiología aterosclerótica y de afectación bilateral^{1,2}. Son raros los aneurismas micóticos a este nivel, así como los congénitos o secundarios a enfermedades sistémicas degenerativas (síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos, arteritis de Takayasu...). Aproximadamente el 50% son bilaterales.

Aunque los aneurismas de arteria iliaca suelen ser asintomáticos hasta su rotura, pueden iniciarse con signos especiales de compresión local de las estructuras pélvicas adyacentes⁴. Puede haber una obstrucción ureteral,

hematuria, trombosis de la vena iliaca, isquemia aguda de la extremidad por trombosis del aneurisma o una hemorragia digestiva baja por fistulización a intestino^{2,5}. El riesgo de rotura es mayor que el de los aneurismas aórticos, asociándose a una elevada mortalidad, entre el 35-55%, según las series. La baja morbimortalidad asociada a la cirugía electiva aconseja su reparación cuando el tamaño del aneurisma sea superior a 3 cm, o cuando presenten un índice de crecimiento mayor de 4 mm por año. En aneurismas menores se aconseja un seguimiento semestral y control estricto de los factores de riesgo cardiovascular.

La mayoría de los aneurismas se diagnostican de forma accidental. Su presencia puede ser sospechada por el hallazgo de una calcificación curvilínea en fosa iliaca en un examen radiológico convencional, o bien a través de una ecografía o TC abdominal realizado por otro motivo. La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección para su cribado, aunque tiene sus limitaciones por la tortuosidad de los vasos, la obesidad y, sobre todo, la presencia de gas intestinal. El TC abdominal es el método de elección para confirmar su diagnóstico, sus dimensiones, su localización y el de sus posibles complicaciones. La arteriografía es imprescindible si sospechamos patología oclusiva asociada, y cuando se plantea un tratamiento endovascular⁴. Hoy en día en muchos centros estas 2 últimas técnicas están siendo sustituidas por el angioTC.

La cirugía reconstructiva arterial convencional se considera el *gold estándar* del tratamiento de esta patología, mediante resección, ligadura o endoaneurismorrafia del aneurisma². Presenta una baja morbimortalidad en cirugía electiva (7-11%) pero se multiplica en el caso de cirugía urgente, cifra que varía entre el 33 y el 55% según las series, no estando siempre relacionada su rotura con el tamaño del aneurisma. Otra alternativa de tratamiento es la terapia endovascular, con técnicas de *branching*, embolización con *coils* o colocación de endoprótesis⁵⁻⁹. Se realiza hasta un 62% de los casos con anestesia locorregional mediante punción percutánea o exposición quirúrgica de la arteria femoral. Es una técnica segura con resultados a corto y medio plazo similares a la cirugía abierta, con menor morbimortalidad, menor estancia hospitalaria perioperatoria (1,3 días de media) y menor requerimiento de transfusiones de sangre y hemoderivados^{2,7,10}. Es la técnica de elección en

pacientes de elevado riesgo quirúrgico y en aquellos con cirugía aórtica previa. No obstante, no existen todavía en la literatura estudios de seguimiento a largo plazo, que justifiquen su indicación como primera opción terapéutica.

Como comentario final, recordar la importancia del diagnóstico precoz de los aneurismas iliacos que, aunque son poco frecuentes, tienen una alta mortalidad cuando se complican.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Elkouri S, Blair JF, Beaudoin N, Bruneau L. Ruptured solitary internal artery aneurysm: A rare case of large-bowel obstruction. *Can J Surg*. 2008;51:E122-3.
2. Bacharach JM, Slovut DP. State of the art: Management of iliac artery aneurysmal disease. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2008;71:708-14.
3. Schermerhorn ML, Cronenwett JL. Aneurismas aórticos abdominales e iliacos. En: Rutherford RB, editor. *Cirugía vascular*. 6.^a ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1441-3.
4. Marín J, Olguín R, León P, Schweizer H. Aneurisma aislado gigante de arteria iliaca común. *Rev Chil Cir*. 2004;56:486-9.
5. Morris ME, Huber KM, Maijub JB. Ruptured hypogastric artery aneurysms: A contemporary review. *Vasc Endovasc Surg*. 2013;47:239-44.
6. Richardson JW, Greenfield LJ. Natural history and management of iliac aneurysms. *J Vasc Surg*. 1998;8:165-71.
7. Prinssen M, Verhoeven EL, Buth J, Cuypers PW, van Sambeek MR, Balm R, et al. A randomized trial conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med*. 2004;351:1607-18.
8. Katsargyris A, Oikonomou K, Klonaris C, Bal A, Yanar F, Verhoeven EL. Common iliac and hypogastric aneurysms: Open and endovascular repair. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2015;56:249-55.
9. Antoniou GA, Nassef AH, Antoniou SA, Loch CY, Turner DR, Beard JD. Endovascular treatment of isolated internal iliac artery aneurysms. *Vascular*. 2011;19:291-300.
10. Chaer RA, Barbato JE, Lin SC, Zenati M, Kento KC, McKinsey JF. Isolated iliac artery aneurysms: A contemporary comparison of endovascular and open repair. *J Vasc Surg*. 2008;47:708-13.