



CARTA CIENTÍFICA

Presentación tardía de pseudoaneurisma iliaco tras stent y angioplastia con balón

Delayed presentation of an iliac pseudoaneurysm after a stent and balloon angioplasty

A. Revilla Calavia*, R. Salvador Calvo, J.A. Brizuela Sanz, B. Merino Díaz, L. Del Rio Solá y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España

Disponible en Internet el 27 de octubre de 2011

En los últimos años se ha impuesto el tratamiento endovascular en la patología aterosclerótica del sector aortoiliaco¹. Aunque las complicaciones relevantes relacionadas con el procedimiento son raras, la realización de una angioplastia con balón es un proceso traumático de la pared arterial que puede provocar disecciones o rotura del vaso²⁻⁴.

Presentamos el caso de un varón de 55 años con antecedentes personales de tabaquismo y enfermedad arterial periférica, al que se le realizó un *by-pass* aorto-bifemoral 5 años antes. Tres años después el paciente presentó trombosis de la rama izquierda del *by-pass*, con clínica de claudicación a corta distancia, dolor de reposo y ausencia de flujo distal en la exploración con doppler continuo; tras un intento fallido de trombectomía, se realizó un *by-pass* fémoro-femoral derecho-izquierdo. El paciente permaneció asintomático y con un ITB de 0,74 hasta dos años después, en que presentó trombosis del *by-pass* fémoro-femoral con clínica de dolor de reposo y flujo monofásico en pedia. En esta ocasión se trató mediante recanalización del eje iliaco izquierdo, stent expandible con balón Absolute Pro de 80 × 60 mm en iliaca común y angioplastia simple con balón (80 × 60 mm) en iliaca externa (fig. 1A, 1B y 1C). El control angiográfico tras la intervención fue satisfactorio, sin evidenciarse imágenes sugerentes de complicación (fig. 1D).

Tres meses después el paciente fue evaluado en consulta externa, refiriendo claudicación a muy larga distancia

en dicha extremidad. En la exploración física presentaba *by-pass* pulsátil e ITB de 0,69; además se detectó una masa pulsátil por encima del ligamento inguinal izquierdo, por lo que se realizó una eco-doppler, objetivándose una imagen de aneurisma con flujo arterial en su interior de unos 4 cm de diámetro a nivel del eje iliaco izquierdo. Se realizó angiografía, confirmándose la sospecha de pseudoaneurisma iliaco de 4,5 cm de diámetro y morfología sacular situado en el extremo distal del stent de la iliaca común y con extensión hacia la iliaca externa (fig. 2A y 2B).

En quirófano y bajo anestesia locorregional, tras obtener una imagen angiográfica de la lesión (fig. 2C) se procedió a la implantación de dos stents recubiertos Wallgraft (90 × 50 mm), para excluir el pseudoaneurisma (fig. 2D y 2E), mediante abordaje femoral ipsilateral retrógrado. El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio y fue dado de alta tres días después de la cirugía. A los tres meses fue revisado en consulta externa, refiriendo claudicación glútea izquierda no invalidante e ITB de 0,70; en la eco-doppler se objetivó permeabilidad del eje iliaco y exclusión completa del pseudoaneurisma.

Aunque la cirugía convencional sigue considerándose el tratamiento de elección de las lesiones aortoiliacas tipo TASC D¹, cada vez existen más trabajos en los que se expone el uso de cirugía endovascular en este tipo de lesiones^{5,6}.

Los procedimientos de recanalización en el sector iliaco han demostrado una alta tasa de éxito técnico (90%) y permeabilidad⁷⁻⁹. No obstante, no están exentos de complicaciones, que se sitúan en menos del 10% en los estudios más recientes⁵⁻⁷. La aparición tardía de un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarorevilla@yahoo.es (A. Revilla Calavia).

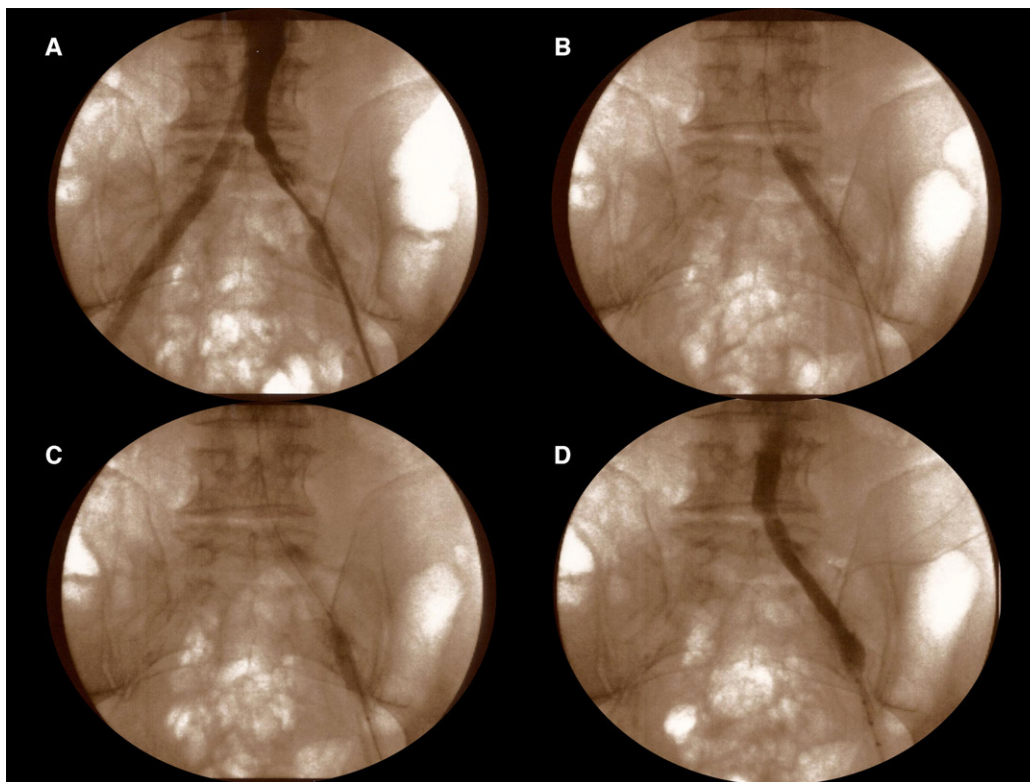


Figura 1 Tratamiento endovascular de oclusión crónica de eje iliaco izquierdo. A. Recanalización de iliaca externa y común. B. Implantación de stent balón expandible en iliaca común. C. Angioplastia simple de iliaca externa. D. Control angiográfico final.

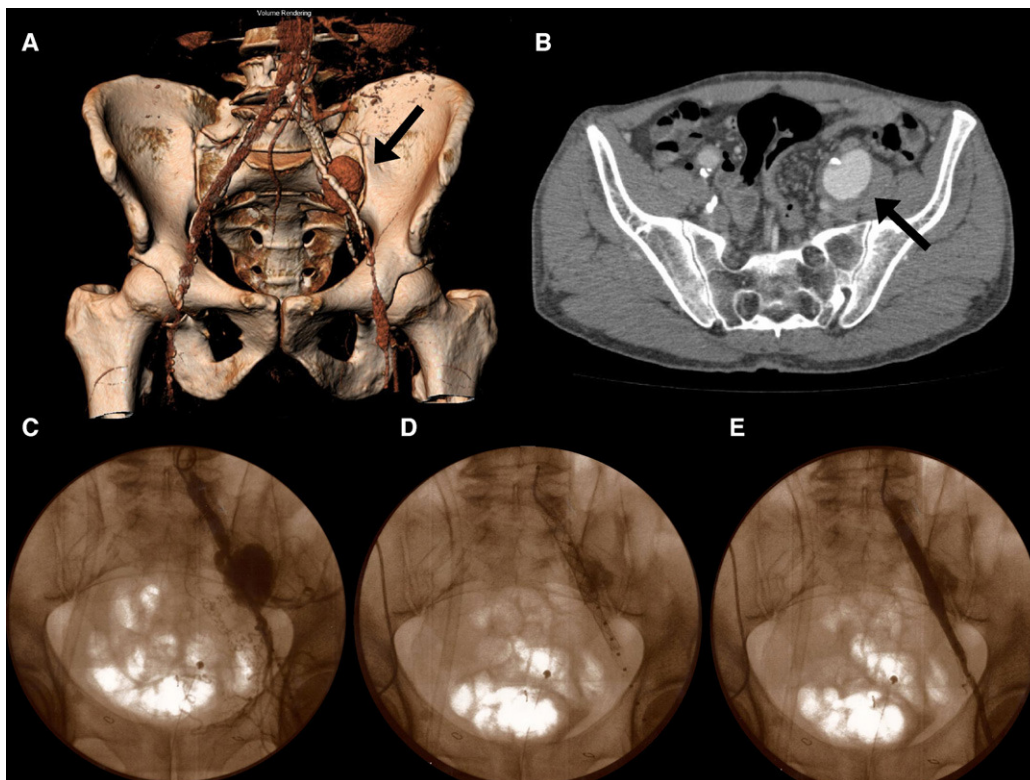


Figura 2 Pseudoaneurisma sacular iliaco: diagnóstico y tratamiento. A. Reconstrucción 3D de tomografía computarizada. B. Corte axial de tomografía computarizada. C. Imagen angiográfica del pseudoaneurisma. D. Implantación de dispositivo Wallgraft. E. Control angiográfico final.

pseudoaneurisma tras cirugía endovascular en este sector es un hecho infrecuente, existiendo pocos casos publicados; en algunos casos está asociada con infección del stent¹⁰.

En nuestro caso no encontramos evidencia de origen infeccioso, ya que todos los indicadores clínicos (ausencia de fiebre y de sintomatología), bioquímicos (recuento de leucocitos y nivel de proteína C reactiva) y radiológicos (TC) eran normales. La hipótesis etiológica que planteamos como más probable es una perforación, provocada por el extremo distal del stent o por la angioplastia en sí, que fracturó la placa calcificada y originó el punto de fuga. Otra opción que valoramos es que en el proceso de recanalización de la lesión la guía provocara una disección o una mínima rotura que no fue visible en la angiografía intraoperatoria. En ambos casos posteriormente la lesión evolucionaría hacia la degeneración aneurismática.

Bibliografía

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;33 Suppl 1:S1-75.
2. Castañeda F, Wright JD, Méndez A. Angioplasty-induced pseudoaneurysm successfully treated with a Palmaz stent. A case report. *Angiology.* 1995;46:1021-5.
3. Cutry AF, Whitley D, Patterson RB. Midaortic pseudoaneurysm complicating extensive endovascular stenting of aortic disease. *J Vasc Surg.* 1997;26:958-62.
4. Scheinert D, Ludwig J, Schröder M, Braunlich S, Balzer JO, Biamino G. Pseudoaneurysm formation at the site of external iliac artery stents: percutaneous stent-graft treatment. *J Endovasc Ther.* 2001;8:303-7.
5. Leville CD, Kashyap VS, Clair DG, Bena JF, Lyden SP, Greenberg RK, et al. Endovascular management of iliac artery occlusions: extending treatment to TransAtlantic Inter-Society Consensus class C and D patients. *J Vasc Surg.* 2006;43:32-9.
6. Kim JK, Kim YH, Chung SY, Kang HK. Primary stent placement for recanalization of iliac artery occlusions: using a self-expanding spiral stent. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1999;22:278-81.
7. Gandini R, Fabiano S, Chiochi M, Chiappa R, Simonetti G. Percutaneous treatment in iliac artery occlusion: long-term results. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2008;31:1069-76.
8. Carnevale FC, De Blas M, Merino S, Egaña JM, Caldas JG. Percutaneous endovascular treatment of chronic iliac artery occlusion. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2004;27:447-52.
9. Uher P, Nyman U, Lindh M, Lindblad B, Ivancev K. Long-term results of stenting for chronic iliac artery occlusion. *J Endovasc Ther.* 2002;9:67-75.
10. Weinberg DJ, Cronin DW, Baker Jr AG. Infected iliac pseudoaneurysm after uncomplicated percutaneous balloon angioplasty and (Palmaz) stent insertion: a case report and literature review. *J Vasc Surg.* 1996;23:162-6.