

Cartas científicas

Edema en las extremidades inferiores como forma de presentación inicial de aneurismas hipogástricos bilaterales

Bilateral hypogastric aneurysms presenting as lower limb oedema

Los aneurismas de la arteria iliaca interna o hipogástrica (AAII) constituyen una entidad rara que supone menos del 0,5% del total de los aneurismas intraabdominales¹. Su diagnóstico es a menudo difícil de establecer debido a su localización y a que pueden ser asintomáticos hasta en un 43% de los casos². En ocasiones pueden dar lugar a síntomas inespecíficos, como estreñimiento, o a síntomas neurológicos^{3,4}, urológicos y edema de las extremidades inferiores por compresión extrínseca¹. La historia natural de los AAII transcurre hacia su crecimiento y posterior rotura, que se asocia a una mortalidad que llega a ser de hasta del 90%⁵.

Exponemos el caso de un varón de 82 años, sin antecedentes de interés, que acudió al servicio de urgencias por presentar edema rizomélico de extremidades inferiores de predominio izquierdo, de una semana de evolución, sin otra sintomatología asociada. La exploración física reveló la presencia de una masa pulsátil, localizada en la fosa iliaca izquierda, con soplo a la auscultación. Los pulsos femorales, poplíteos y pedios eran palpables y simétricos en ambos lados.

La radiografía de tórax no permitió detectar signos de insuficiencia cardíaca ni cardiomegalia. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal a 72 lpm, sin criterios de crecimiento ventricular. Las pruebas analíticas realizadas, incluyendo la de función renal, fueron normales. Se practicó una eco-Doppler abdominal y de miembros inferiores, que demostró permeabilidad del sistema venoso, con ausencia de trombosis venosa profunda asociada. Se observó la presencia de aneurisma en ambas arterias iliacas internas (derecha: 6 cm, izquierda: 9 cm), sin evidencia de rotura aguda. La aorta era de calibre normal (fig. 1). La tomografía axial computarizada (TAC) realizada confirmó los hallazgos de la eco-Doppler (fig. 2).

Tras valoración en sesión medicoquirúrgica, se decidió realizar tratamiento intravascular mediante endoprótesis aortobiiliaca (Excluder-Gore[®]) de 26 × 12 × 16 mm, más extensión iliaca contralateral de 12 × 14 mm, previa embolización, mediante coils, de ambos aneurismas.

La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, con permeabilidad del sistema vascular afectado, sin eviden-

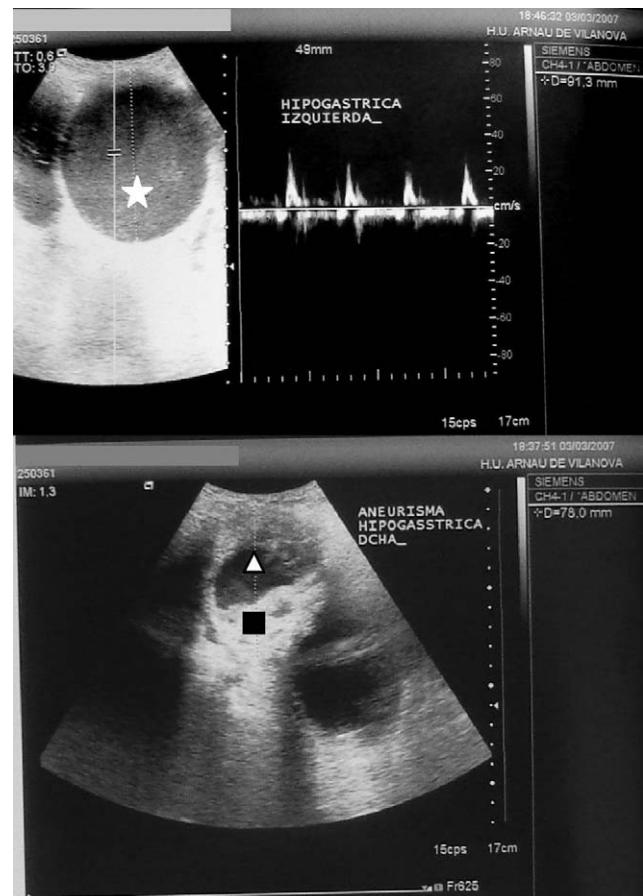


Figura 1 – Eco-Doppler abdominal. Aneurisma de la arteria iliaca interna izquierda (estrella) y de la arteria iliaca interna derecha (triángulo) con imagen hiperecogénica intramural (cuadrado).

cia de fugas internas, con trombosis de ambos aneurismas iliacos y conservación de los pulsos distales en las extremidades inferiores. Se le dio el alta el sexto día del

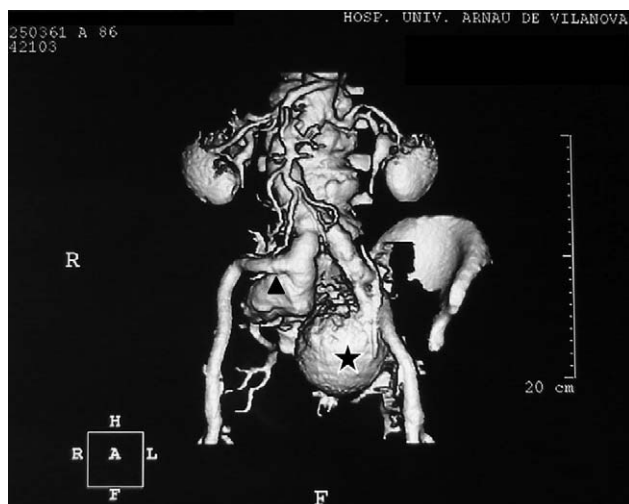


Figura 2 – Tomografía axial computarizada abdominal. Obsérvese la reconstrucción en 3D con ambos aneurismas de las arterias ilíacas internas, marcados con una estrella (izquierda) y con un triángulo (derecha).

postoperatorio, sin evidencia de isquemia pélvica ni mesenérica. Se ha efectuado seguimiento durante los últimos 28 meses, sin que el paciente haya referido claudicación glútea. Los controles por eco-Doppler y TAC no han mostrado complicaciones del procedimiento.

Los aneurismas de la arteria ilíaca interna pueden cursar a menudo sin presentar síntomas evidentes². Los datos clínicos suelen ser secundarios a la compresión extrínseca de los uréteres hasta en un 45% de los casos y de las raíces lumbosacras o el nervio crural en un 15% de éstos¹. También pueden manifestarse mediante la rotura, que habitualmente se diagnostica por sospecha clínica ante un dolor lumbar agudo que irradia a través del plexo sacro⁶. Existen casos descritos con afectación unilateral y edema asociado⁷, así como otros con trombosis ileofemoral por compresión extrínseca⁸.

Aunque inocua y de fácil realización, la eco-Doppler no siempre nos puede ayudar en el diagnóstico de los AAIL; en el estudio que realizaron Vowden et al⁹ pasó desapercibido el 76% de los casos que se confirmaron posteriormente con la TAC. Esta exploración complementaria es la que en la actualidad se considera como prueba estándar para el diagnóstico de los AAIL, dado que aporta información sobre su localización exacta, la afectación de otras estructuras vasculares y sus relaciones con otros sistemas anatómicos.

Ante el diagnóstico de AAIL con pared vascular íntegra, asintomático o no, se recomienda la intervención electiva del paciente, puesto que los estudios muestran una incidencia de rotura anual que puede llegar a ser del 67% a partir de un diámetro de 4,5 cm, con una mortalidad asociada del 90%²; sin embargo, no se ha encontrado hasta la fecha una relación evidente entre el tamaño y la potencialidad de rotura de estos aneurismas. Actualmente, se mantiene la recomendación de tratamiento quirúrgico para aquellos que midan más de 3,5 cm⁴. Con las técnicas endovasculares se ha conseguido reducir la mortalidad del tratamiento electivo de esta entidad, que ha pasado del 42% en la década de 1960³ a menos del 10% en la actualidad¹.

El tratamiento clásico de los AAIL se realiza mediante laparotomía media y exclusión simple del aneurisma. En los casos con afectación bilateral y en pacientes mayores de 70 años, por el riesgo de isquemia pélvica o de claudicación glútea que presentan estos enfermos, se asocia a la técnica descrita la revascularización mediante interposición de injerto protésico. En el caso que describimos se decidió realizar una técnica intravascular como primera opción quirúrgica. En este sentido, Pitulias et al¹⁰ publicaron una serie de 55 pacientes con AAIL tratados mediante técnicas intravasculares o quirúrgicas, en la que concluyeron que, aunque en los casos electivos ambas técnicas podían llevarse a cabo con bajas tasas de morbilidad y mortalidad, el tratamiento intravascular presentaba mejor evolución postoperatoria inmediata, con menor tiempo de recuperación, por lo que podía indicarse como alternativa de primera elección. En cualquier caso, será probablemente la experiencia del equipo quirúrgico en estas técnicas la que determine la opción final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parry DJ, Kessel D, Scott DJ. Simplifying the internal iliac artery aneurysm. *Ann R Coll Surg Engl.* 2001;83:302-8.
2. Brin BJ, Busutil RW. Isolated hypogastric artery aneurysms. *Arch Surg.* 1982;117:1329-33.
3. Markowitz AM, Norman JC. Aneurysms of the iliac artery. *Ann Surg.* 1961;154:777-87.
4. McCready RA, Pairolero PC, Gilmore JC, Kazmier FJ, Cherry KJ, Hollier LH. Isolated iliac artery aneurysms. *Surgery.* 1983;93:688-93.
5. Hollis HW, Luethke JM, Yakes WF, Beitler AL. Percutaneous embolization of an internal iliac artery aneurysm: Technical considerations and literature review. *J Vasc Interv Radiol.* 1994;5:449-51.
6. Richardson JW, Greenfield LJ. Natural history and management of iliac aneurysms. *J Vasc Surg.* 1988;8:165-71.
7. Bhasin N, Jones SM, Patel J, Kessel D, Robertson I, Berridge DC, et al. Internal iliac artery aneurysm—a cause of leg swelling and cellulitis. *J R Soc Med.* 2004;97:483-4.
8. Rosenthal D, Matsuura JH, Jerius H, Clark MD. Iliofemoral venous thrombosis caused by compression of an internal iliac artery aneurysm: A minimally invasive treatment. *J Endovasc Surg.* 1998;5:142-5.
9. Vowden P, Wilkinson D, Ausobsky JR, Kester RC. A comparison of three imaging techniques in the assessment of an abdominal aortic aneurysm. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 1989;30:891-6.
10. Pitoulias GA, Donas KP, Schulte S, Horsch S, Papadimitriou DK. Isolated iliac artery aneurysms: Endovascular versus open elective repair. *J Vasc Surg.* 2007;46:648-54.

Jaume Ortet Ballesteros^{a,*}, Raúl Lara-Hernández^b,
Xavier Cabré Ollé^a y Jose Luís de Frutos Rincón^b

^aServicio de Urgencias, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^bServicio de Angiología y Cirugía Vasculat, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drjaume@hotmail.com

(J. Ortet Ballesteros). On-line el 17 de octubre de 2009