

Aneurismas Aislados de las Arterias Iílicas

G. GARCIA, M.D.

Palabras Claves: Arterias ílicas, Aneurismas primarios aislados, Arterioesclerosis, Arteriografía, Ligadura y puentes de desviación, Aneurismorrafia, Injerto interpuesto.

Se presentan 3 casos de aneurismas aislados de las arterias ílicas de etiología arterioesclerótica, en tres pacientes del sexo masculino con edades entre los 69 y los 76 años, estudiados y tratados en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

Se hacen algunas consideraciones en relación con sus características etiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas, y se enfatiza sobre sus eventuales complicaciones y la posible iatrogenia ocasionada por la cirugía de esta rara patología arterial.

INTRODUCCION

Los aneurismas de las arterias ílicas frecuentemente se presentan asociados a los de la arteria aorta abdominal. Raras veces aparecen en forma aislada (1-3) y son menos comunes los de la arteria ílica interna que los de la ílica primitiva (3, 4). Los casos registrados en la literatura médica son pocos, y su incidencia oscila entre 0.4% y 1.9% (5, 6). Debido a la dificultad diagnóstica, los aneurismas aislados de las arterias ílicas se manifiestan como complicaciones urológicas, digestivas bajas, de compresión neurológica o por ruptura de los mismos, la cual ocasiona alta incidencia de morbilidad (7-9). Nuestro propósito es informar 3 casos intervenidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, entre 1980 y 1986, y clarificar algunos aspectos clínicos, diagnósticos y de tratamiento quirúrgico.

MATERIAL CLINICO

CASO No. 1

Paciente de 69 años quien ingresa al Servicio de Urgencias con dolor hipogástrico intenso y de aparición súbita, de 12 horas de evolución. Anúrico en las últimas 14 horas. P.A.: 170/100. P: 94/min. Abdomen moderadamente distendido, doloroso con globo vesical a 4 cms. por encima del ombligo, y sin peristaltismo. T.R: Mucosa sana, endurecimiento hacia la pared anterior. Se intenta evacuar la vejiga y no se obtiene orina luego de colocar sonda vesical. Se lleva a cirugía para cistostomía, y lo que se encuentra es un gran aneurisma roto de la arteria ílica primitiva izquierda. Se coloca un tubo de dacrón aortoílica, pero el paciente fallece en el postoperatorio inmediato, en insuficiencia renal aguda.

CASO No. 2

Paciente de 76 años, con prostatismo de 2 años de evolución, quien consulta por hematuria, disuria y retención urinaria. PA: 160/90. Masa hipogástrica pulsátil. T.R.: Próstata, G. III. Evaluado por Urología considera que se trata de Ca vesical. La cistoscopia revela tumoración pediculada hacia la cúpula, de 1.5 cms., con coágulos en su superficie. No se toma biopsia. La urografía evidencia disminución de la eliminación por el riñón izquierdo. Evaluado por cirugía vascular, conceptúa que se trata de un aneurisma de la arteria ílica izquierda, lo cual se comprueba por arteriografía (Fig. 1). Se interviene y se coloca tubo de dacrón, habiendo evolucionado satisfactoriamente. Un mes más tarde los urólogos lo intervienen y no encuentran tumor.

CASO No. 3

Paciente de 73 años, quien consulta por dolor abdominal súbito irradiado al miembro inferior izquierdo, con impotencia funcional del mismo, náuseas y lipotimia. P.A.: 80/60, malas condiciones generales, pálido. Abdomen distendido difusamente y doloroso con mayor intensidad hacia el cuadrante inferior izquierdo. Sin pulso femoral izquier-

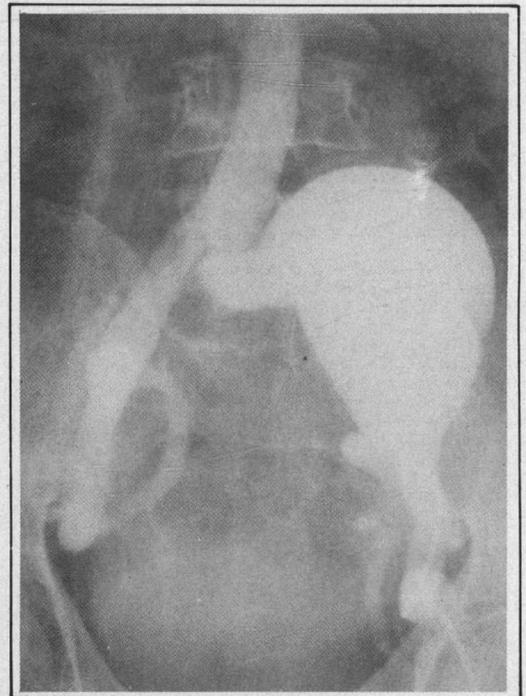


Fig. 1. Aneurisma de la arteria ílica primitiva izquierda, diagnosticado por arteriografía.

Doctor Giovanni García Martínez, Prof. de Cirugía General y Vascular, Depto. de Cirugía, Fac. de Medicina, U. de Antioquia, Medellín, Colombia.

do. Con diagnóstico de aneurisma aortoiliaco roto es llevado a cirugía, donde se confirma el aneurisma ilíaco izquierdo roto. Se coloca puente de vista vascular. Hubo además: 1o.) Lesión iatrogénica del uréter, el cual se reparó con evolución satisfactoria. 2o.) Lesión del nervio femoral, lo que originó parálisis flácida del miembro inferior izquierdo, cuyo tratamiento se inicia con fisioterapia.

COMENTARIOS

Se acepta que la causa más común de aneurisma aislado de las arterias ilíacas es la arterioesclerosis. Sin embargo se han informado algunos casos consecutivos a infección luética (10) y durante el embarazo (11). Los 3 casos que aquí se informan han sido de origen arterioesclerótico. Los aneurismas aparecen usualmente en pacientes entre la sexta y la séptima décadas de la vida. Recientemente Schuler y Flanigan (12) analizaron 69 casos de aneurismas aislados de las arterias ilíacas, habiendo obtenido un promedio de edad de 69 años y un 88% de ellos en pacientes de sexo masculino.

Debido a su relación con las estructuras pélvicas, los pacientes con aneurismas de esta localización pueden presentar síntomas genitourinarios, intestinales bajos, de compresión nerviosa o edemas en las extremidades inferiores por compresión venosa (13, 14). El examen físico a veces no es concluyente; algunos han encontrado masa palpable abdominal o por tacto rectal en menos del 40% (6). La mayoría de ellos se descubren incidentalmente durante la cirugía o por Rx solicitados por otros diagnósticos.

Los estudios urográficos pueden evidenciar algunas alteraciones en las vías urinarias como dilatación uretral y ocasionalmente exclusión renal, tal como ocurrió en uno de nuestros casos (Fig. 2). Se debe solicitar CT o angiografía en todos los casos que han de ser sometidos a cirugía electiva, no sólo para planificar el tipo de ésta sino para investigar aneurismas asociados. La ecografía es de utilidad para medir el diámetro y extensión de estos aneurismas; por regla general cuando se diagnostican, ya son de gran tamaño (6, 12).

La incidencia de ruptura oscila entre 51% y 75% (6, 12). Todos los pacientes con aneurismas aislados de las arterias ilíacas, que se hallen en buenas condiciones generales, deben ser sometidos a cirugía electiva, dada su baja morbimortalidad, especialmente si se la compara con la que se presenta en los casos de ruptura, en los que alcanza una incidencia del 35% (12).

El tratamiento depende del tamaño del aneurisma; se acepta que para los más pequeños la simple ligadura más puentes

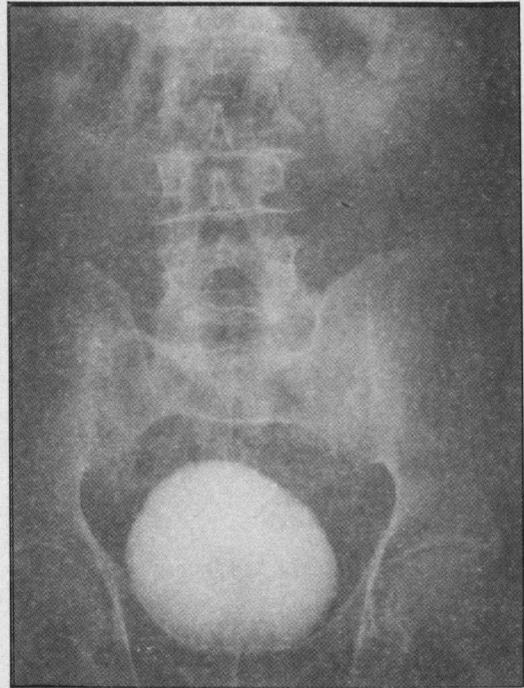


Fig. 2. Aneurisma ilíaco con exclusión renal a la urografía.

entre los segmentos ocluidos, es el de elección; y para los más grandes (mayores de 5 cms. de diámetro), la apertura y descompresión, más puente con dacrón, o *Gore tex*, es la mejor técnica. Para pacientes en malas condiciones generales, recientemente se ha efectuado un tratamiento exitoso mediante un puente fémoro femoral cruzado con ligadura femoral proximal del lado del aneurisma seguido de trombosis del mismo con espiral de Gianturco (15). En términos generales, la aneurismorrafia con injerto interpuesto es el tratamiento de elección para la mayoría de estos aneurismas.

ABSTRACT

Three cases of isolated arterioesclerotic aneurysm of the iliac arteries in three men of 69, 73 and 76 years of age managed at San Vicente de Paúl University Hospital are reported.

Etiological, diagnostic, clinical, and therapeutic considerations are discussed, with emphasis on the eventual complications and iatrogenic alterations that may result from the surgical treatment of this rare arterial disease.

BIBLIOGRAFIA

- LUCKE, B.; REA M.H.: Studies on aneurysms. General statistical Data on aneurysm. JAMA 77: 935-40, 1921.
- SILVER, D.; ANDERSON E.E.; PORTER J.M.: Isolated hypogastric artery aneurysm: Review and report of three cases. Arch. Surg. 95: 308-12, 1967.
- NELSON R.P.: Isolated internal iliac artery aneurysms and their urological manifestations. U. Urol. 124: 300-303, 1980.
- BRIN B.; BUSUTTIL, R.: Isolated hypogastric artery aneurysm. Arch. Surg. 117: 1329-1333, 1982.
- MC CREADY R.; PAIROLERO P.; GILMORE J.; KAZMIER F.; CHERRY K.; HOLLIER L.: Isolated iliac artery aneurysms. Surgery 93: 688-693, 1983.
- LOWRY W.F.; KROFT, R.O.: Isolated aneurysms of the iliac artery. Arch. Surg. 113: 1289-93, 1978.
- GOODWIN W.E.; SCHUMAKER J.B. JR: Aneurysms of the hypogastric artery producing urinary tract obstruction. Report of a case. J. Urol. 57: 839-44, 1947.
- PERDUE G.A., et al.: Aneurysms of the internal iliac artery. Surgery 93: 243-46, 1983.
- MARKOWITZ AM. et al: Aneurysms of the iliac artery. Ann. 154: 777, 1961.
- GLIEDMAN M. L.; W.G. VESTAL B. L.: Aneurysm of the abdominal aorta and its branches. A study of untreated patients. Ann. Surg. 146: 207-14, 1957.
- Brown T. K.; SOULE S.D.: Aneurysms of the internal iliac artery complicating pregnancy. Am. J. Gynecol. Obstet. 27: 766-7, 1934.
- Schuler J.J.; FLANIGAN D.P.: Iliac artery aneurysms. In Bergan J; Yao J. S.T, editors: Aneurysms diagnosis and treatment New York; Grune & Stratton pp. 469-85, 1982.
- KAYNAN A.; ROSENBERG V., SZUCH MACHER P: Uretral obstruction secondary to iliac artery aneurysms. S. MT. Sinai J. Med. 45: 334-41, 1978.
- KIRKLAND K.; STARR K. W.: Aneurysms of the right internal iliac artery. Five year's cure. Med. J. Aust. 2: 299-300, 1953.
- REUTER S.R.; CARSON S. N.: Thrombosis of a Common iliac artery aneurysms by selective embolization and extra anatomic bypass. Am. J. Roentgen. 134: 1248-50, 1980.