

## CASOS CLÍNICOS

# Aneurisma ilíaco aislado bilateral

Drs. ALEJO CHÁVEZ A, PABLO DÍAZ D, JUAN SILVA

Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y  
Cátedra de Cirugía, Universidad de Valparaíso

### RESUMEN

Se presenta un caso clínico de aneurisma ilíaco común e hipogástrico aislado bilateral, de 6,5 cm de diámetro a cada lado, sin compromiso aórtico, en una paciente de 69 años que debutó con dolor cólico abdominal difuso de un mes de evolución. Se confirma el diagnóstico con tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis y arteriografía. Se interviene por laparotomía media, se excluyen los aneurismas en ambos cabos y se implanta una prótesis aortobifemoral. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones.

PALABRAS CLAVES: **Aneurisma ilíaco bilateral, prótesis aortobifemoral**

### SUMMARY

This is a case report of a 69 year old patient who presented with a one-month history of diffuse abdominal colic pain. She was found to have bilateral common iliac aneurysms each one measuring 6.5 cm in diameter, without aortic involvement. The diagnosis was confirmed with CT scan of the abdomen and pelvis and arteriography. She underwent surgery with a middle laparotomy approach; aneurysms were excluded bilaterally and an aorto-bifemoral prosthesis was implanted. The postoperative course was uneventful.

KEY WORDS: **Iliac aneurysm, bilateral aneurysms, aorto bifemoral prosthesis**

### INTRODUCCIÓN

Los aneurismas ilíacos aislados, sin compromiso aórtico, son raros. De todos los aneurismas aortoiliacos, el 0,6% eran sólo ilíacos.<sup>1</sup> El 48% de ellos son bilaterales.<sup>2</sup> Afectan las arterias ilíacas comunes en 70-90%, las hipogástricas en 10-30%, seguido luego de las arterias ilíacas externas en frecuencia menor.<sup>3</sup> Hay claro predominio del sexo masculino con edades entre 65 y 75 años en la mayoría de las series quirúrgicas.<sup>2</sup> Se consideran de tratamiento quirúrgico cuando sobrepasan los 3 cm de calibre,<sup>4</sup> siendo 6 cm el calibre promedio de los aneurismas ilíacos rotos.<sup>5</sup> No hay reportes en la literatura nacional.

Presentamos un caso de doble aneurisma ilíaco común e hipogástrico, bilateral, grande, no complicado, en una paciente de 69 años.

### CASO CLINICO

Paciente de 69 años de edad, hipertensa y dislipidémica, con historia de dolor abdominal cólico difuso de un mes de evolución. Colecistectomizada previa. Se estudia con una ecotomografía abdominal que revela la presencia de un aneurisma ilíaco bilateral sin compromiso aórtico. Una tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis y una arteriografía confirman la existencia de 2

aneurismas ilíacos comunes, ambos de 6,5 cm de calibre y de otros 2 menores probablemente hipogástricos (Figura 1). El Doppler arterial de extremidades inferiores reveló permeabilidad arterial distal con índices tobillo/brazo normales. Un test de esfuerzo preoperatorio fue negativo. Se interviene por laparotomía media supra e infraumbilical (Figura 2). Se aíslan los aneurismas y un desgarramiento de la arteria mesentérica inferior obliga a su ligadura. Tenía buen reflujo postoclusión de la aorta infrarrenal. Se liga la aorta terminal sobre su bifurcación y se practica ligadura endoaneurismática de las ramas de ambas arterias hipogástricas, también dilatadas aunque de menor calibre. El reimplante de a lo menos una arteria hipogástrica era imposible por la deformación local propia del aneurisma. Por compromiso ilíaco externo proximal, se prefiere efectuar ligadura de ambas arterias ilíacas externas e implantar una prótesis de Dacrón precoagulada en posición aortobifemoral. La anastomosis aórtica fue término-terminal en tanto que las ramas se anastomosaron de modo término-lateral. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones, siendo dada de alta al 9º día de postoperada. En control reciente, con seis meses de seguimiento, se mantiene asintomática.

### DISCUSIÓN

Los aneurismas ilíacos aislados, sin compromiso aórtico, son raros. Un estudio poblacional, basado en hallazgos de autopsia, estima su prevalencia en 0,03%.<sup>1</sup> El 0,6% de todos los aneurismas aortoílicos resultaron ser sólo ilíacos.<sup>1</sup> Según los ingresos hospitalarios en USA, su incidencia en hombres entre 65 a 75 años de edad se ha calculado en 70 por 100.000 personas-año y en mujeres

baja a sólo 2 por 100.000 personas-año<sup>6</sup> lo cual confirma la mayor frecuencia en hombres. Hay claro predominio del sexo masculino (relación hombre : mujer de 5-16:1) con edades entre 65 y 75 años en la mayoría de las series quirúrgicas.<sup>2</sup> Cerca del 50% de ellos son bilaterales.<sup>2</sup> Afectan las arterias ilíacas comunes en 70-90% seguidos de las hipogástricas en 10-30% y las ilíacas externas en frecuencia menor. Se desconoce el por qué de esta distribución.<sup>3</sup> Generalmente son asintomáticos hasta su ruptura aunque pueden dar síntomas y signos derivados de la compresión de estructuras vecinas. Su ubicación profunda en la pelvis los hace difícilmente palpables.<sup>4</sup> La amplia difusión de exámenes con imágenes, principalmente la ecotomografía y la tomografía axial computarizada han ayudado a su pesquisa más precoz. Se consideran de tratamiento quirúrgico cuando sobrepasan los 3 cm de calibre,<sup>4</sup> siendo 6 cm el calibre promedio de los aneurismas ilíacos rotos.<sup>5</sup> No hay una clara relación entre calibre del aneurisma y riesgo de ruptura, aunque el seguimiento ha demostrado un riesgo de ruptura de 10-70% a 5 años en estos aneurismas ilíacos.<sup>3</sup> Sí está claro que la mortalidad operatoria se eleva de menos de 5% en los casos electivos a 25-57% en los casos rotos.<sup>2,3</sup> Existen comunicaciones aisladas de aneurismas ilíacos aislados tratados por vía endovascular, aunque aún con tasas altas de complicaciones (27%).<sup>7</sup>

No hay reportes de aneurismas ilíacos aislados en la literatura nacional.

Nuestro interés radica en presentar este caso raro, electivo pese a su gran tamaño, resuelto satisfactoriamente con el implante de una prótesis aortobifemoral. La literatura coincide con la práctica de la ligadura endoaneurismática de las ramas de las hipogástricas cuando existe dilatación local con



Figura 1.



Figura 2.

un buen flujo retrógrado, para excluir los aneurismas ilíacos,<sup>4</sup> aunque se prefiere la reconstrucción distal en posición ilíaca externa y no femoral. La vía de abordaje transperitoneal se prefiere en los casos bilaterales.<sup>4</sup>

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Brunkwall J, Hauksson H, Bengtsson H *et al*: Solitary aneurysms of the iliac arterial system. An estimate of their frequency of occurrence. *J Vasc Surg* 1989; 10: 381-4.
2. Krupski WC, Selzman CH, Florida R *et al*: Contemporary management of isolated iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1998; 28: 1-11.
3. Richardson JW, Greenfield LJ: Natural history and management of iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1988; 8: 165-71.
4. Cronenwett J, Krupski W, Rutherford R: Abdominal Aortic and Iliac Aneurysms. En: Rutherford R. *Vascular Surgery* 5<sup>th</sup> ed. WB Saunders & Co 2000; 1273-4.
5. Bolin T, Lund K, Skau T: Isolated aneurysms of the iliac artery: What are the chances of rupture? *Eur J Vasc Surg* 1988; 2: 213-4.
6. Lawrence PF, Lorenzo-Rivero S, Lyon JL: The incidence of iliac, femoral and popliteal artery aneurysms in hospitalized patients. *J Vasc Surg* 1995; 22: 409-16.
7. Cardon JM *et al*: Endovascular repair of iliac artery aneurysm with Endoprosthesis I: A multicentric French study. *J Cardiovasc Surg* 1996; 37: 45-50.