

---

# Aneurisma Aislado de la Arteria Iliaca en un Paciente Joven: Reporte de un Caso

---



Rev Guatem Cir Vol. 28 (1) - 2022

Alejandro Menes MACG<sup>1</sup>, Carlos Herrera<sup>1</sup> y Rodolfo Rosenberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cirugía Cardiovascular y Trasplantes IGSS.<sup>2</sup> Radiólogo Intervencionista, Intervasc. Universidad San Carlos de Guatemala. Autor Correspondiente: Alejandro Menes MSc, Edificio reforma 10 of. 908, email: ameneschyrus@daad-alumni.de, tel 42160763

## RESUMEN

Los aneurismas aislados de las arterias iliacas son bastante raros y son aun mas raros en pacientes jóvenes<sup>1</sup> y aun menos comunes si no están asociados a arteriosclerosis, arteritis ni a enfermedades de la colágena<sup>2,3,4,5</sup>. Presentamos el caso de un paciente de 33 años con un aneurisma aislado de la arteria iliaca sin ninguna otra comorbilidad y el manejo que se le dio.

**Palabras clave:** Aneurisma iliaco. Aislado. Stent recubierto.

## ABSTRACT

### Isolated Iliac Artery Aneurysm In a Young Patient: Case Report

*The isolated iliac artery aneurysms are a rare condition, most rare are this aneurysms in young people and still more rare when are unrelated with arteriosclerosis, artherytis nor collagen diseases. We show a 33 year old male patient with an isolated iliac artery aneurism without comorbidities and it management.*

**Key words:** Iliac aneurysm. Isolated. Graft stent.

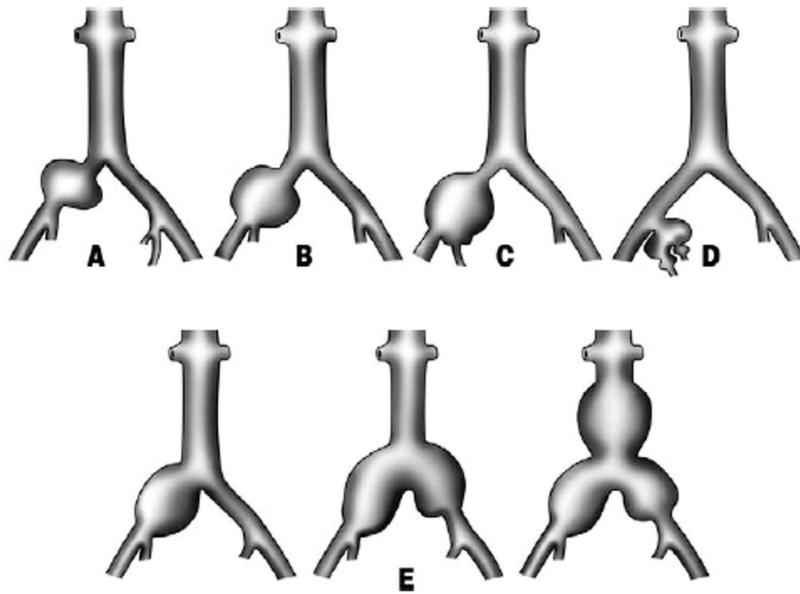
---

## INTRODUCCIÓN

Los aneurismas aislados de las arterias iliacas son un padecimiento poco común representando tan solo de 0.4 a 1.9% de los aneurismas arteriales<sup>1</sup>. Lucke y Rea encontraron un solo aneurisma de la iliaca en 12,000 necropsias (y 321 de la aorta torácica o abdominal) y Garland igual encontró sólo 1 en otra serie larga de necropsias<sup>6</sup>. En las series consultadas casi todos los pacientes se encuentran entre los 40 y 80 años con una máxima incidencia en la 7ma y 8va década de vida<sup>1,6,7,8</sup>, con una preponderancia del sexo masculino de 7:1<sup>1,8</sup>. En casi todos los pacientes el origen de los mismos es por enfermedad ateromatosa, aunque se pueden encontrar casos producidos por infecciones, trauma, arteritis y enfermedades de la colágena, éstos 2 últimos suelen asociarse a la presentación en pacientes jóvenes<sup>1,2,3,4,5,6</sup>. Como otros aneurismas su tendencia es a crecer y eventualmente pueden romperse o fistulizar hacia el colon<sup>6,7</sup>.

Su crecimiento es lento cuando miden menos de 3 cms y más marcado entre 3 y 5, aunque se han encontrado aneurismas de hasta 10 cms de diámetro<sup>1,7,8</sup>. Sandú y Pipinos proponen una clasificación basada en la anatomía del aneurisma (Figura 1)

La presentación clínica es muy variable siendo los síntomas más comunes el dolor abdominal y la presencia de una masa, aunque también pueden presentarse síntomas por compresión de estructuras vecinas como pielonefritis, dolor al defecar o dolor de la o las extremidades<sup>1,6</sup>. En cuanto al manejo éste será siempre quirúrgico, en especial en aneurismas mayores a 3 cms y este puede ser mediante técnicas abiertas y endovasculares. La decisión dependerá del tipo y anatomía de la lesión, aunque cada vez más la decisión se decanta por las técnicas endovasculares por su menor morbimortalidad. La técnica más utilizada es la colocación de un stent más embolización con coils del aneurisma pero está



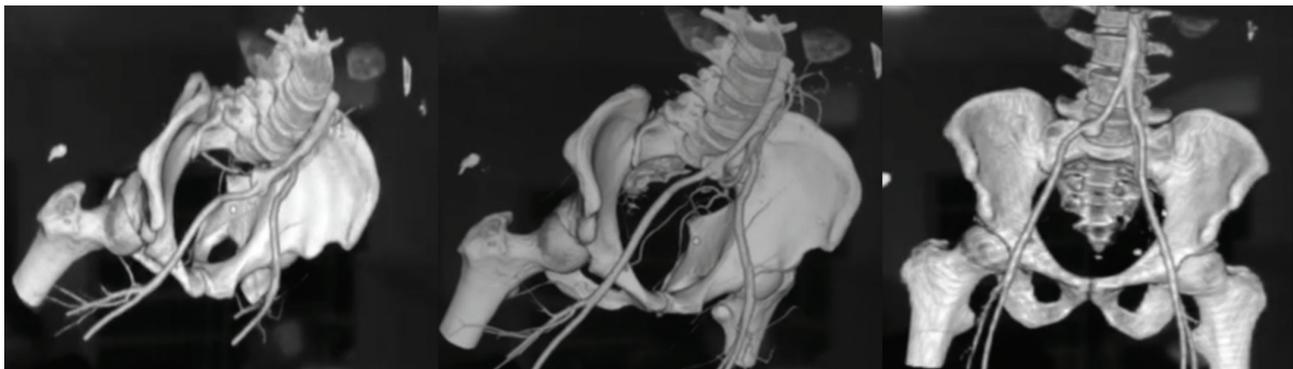
**Figura 1.** Clasificación anatómica de los aneurismas de las iliacas. Tomado de Sandhu RS, Pipinos II. Isolated iliac artery aneurysms<sup>1</sup>.

la opción, si la anatomía lo permite de utilizar stents recubiertos<sup>1,6,8</sup>. Como ocurre con cualquier aneurisma, dicha morbimortalidad siempre será menor si el tratamiento se realiza de manera electiva y mayor si ya hay rompimiento. Para evitar el mismo hay que tratar las lesiones arriba de 3 cms lo antes posible pues estas pueden crecer hasta 2.6 mms por año<sup>7</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años que refiere que, 3 meses antes de consultar en nuestra unidad,

24 horas después de un encuentro deportivo durante el cual no sufrió ningún golpe de importancia, inicia con dolor marcado en región lumbar derecha que no mejora con analgésicos por lo que decide consultar a emergencia del Hospital Roosevelt (17 de diciembre 2021). Al parecer no encontraron nada anormal en el examen físico ni en los exámenes de laboratorio, pero como el dolor persistía decidieron realizar una tomografía con medio de contraste en la que reportaron un pseudoaneurisma de la arteria ilíaca derecha (Figura 2).



**Figura 2.** Tomografía: aneurisma de la arteria iliaca derecha



**Figura 3.** Angiotomografía axial: aneurisma de la iliaca derecha. Tomada con permiso del banco de imágenes digitales de Intervasc.



**Figura 4.** Angiotomografía con reconstrucción 3D en color. Tomada con permiso del banco de imágenes digitales de Intervasc.

Eventualmente el dolor cedió al tratamiento con antiinflamatorios y fue referido a la unidad de Cirugía Cardiovascular y Trasplantes del IGSS. Al interrogatorio el paciente refería que desde el cuadro inicial solo había tenido dolor eventual tipo “piquetes”, no presentaba ninguna comorbilidad, ningún signo que oriente a alguna enfermedad de la colágena ni ningún antecedente familiar de éstas o de arteritis congénitas y al examen físico no se palpaba ninguna masa. Al evaluar la tomografía notamos en primer lugar que no se trata de un pseudoaneurisma, sino de un aneurisma ( la pared arterial está íntegra) en la bifurcación de la iliaca primitiva sin que se observe la iliaca interna o hipogástrica derecha. Y aunque no estaba descrito, al comparar el

aneurisma con la aorta abdominal que en un varón adulto mide unos 2.5 cms de diámetro cogimos que el mismo medía unos 3.5 cms , por lo que había indicación de tratamiento quirúrgico. No se observa ninguna evidencia de enfermedad arteriosclerótica. Por ser un aneurismo tipo D según la clasificación de Sandhu y Pipinos<sup>1</sup> y por que la arteria hipogástrica derecha estaba atrofiada decidimos que la mejor opción era tratarlo endovascularmente mediante la colocación de un stent recubierto (graft stent).

Por cuestiones administrativas la intervención se levó a cabo justamente 6 meses después de la primera consulta (17 de mayo 2022). Se realizó una angiotomografía preoperatoria en la que se observa el aneurisma en la bifurcación de la iliaca que afecta la hipogástrica sin afectar la luz de la primitiva ni la externa, no se observa el resto de la hipogástrica derecha. Llama la atención que mide 5.9 cms en su diámetro mayor, lo que significa que en 6 meses casi duplicó su tamaño lo cual conllevaba un alto riesgo de ruptura (figuras 3 y 4)

Se canalizó la arteria femoral derecha y bajo visión fluoroscópica se hicieron pasar guías y posteriormente el catéter con el graft stent (Figura 5).



**Figura 5.** Graft stent en posición antes de ser liberado. Tomada con permiso del banco de imágenes digitales de Intervasc.

Posteriormente se liberó el stent y se realizó control fluoroscópico y angiotomográfico en donde se comprueba que el aneurisma ha quedado totalmente excluido y que la circulación distal es normal (Figura 6).

## DISCUSIÓN

Este es un caso que resulta muy interesante en primer lugar por que esta es una patología muy poco común, en segundo lugar por que es aun más rara en ausencia de enfermedad arteriosclerótica y más en un paciente joven sin la presencia ni antecedentes familiares de enfermedades de la colágena o vasculitis congénitas como es el presente caso.

En cuanto a la presentación llama la atención que aunque no hay historia de algún trauma directo, las molestias iniciaron tras un encuentro deportivo, pues el primer reporte del tratamiento quirúrgico de un aneurisma aislado de una arteria iliaca fue hecho por Valentine Mott en 1827, casualmente en un granjero de 33 años de edad, como nuestro paciente y que se hizo evidente tras un trauma contuso del abdomen bajo<sup>6</sup>. Y aunque no hubo trauma no deja de parecer que de una forma u otra la actividad deportiva provocó algún cambio en este aneurisma que, aunque es imposible saber desde cuando, con certeza ya estaba ahí y no se produjo por dicha actividad. Debido a dicha actividad en la tomografía original lo catalogaron como un pseudoaneurisma. Este diagnóstico es erróneo de múltiples formas: en primer lugar por que un pseudoaneurisma se forma al haber una lesión que perfore o rasgue toda la pared de la arteria lo que va a provocar salida de sangre hacia los tejidos circundantes, a tal presión, que ésta no se va a coagular y va a crear una falsa bolsa con una pseudopared formada por fibrina compresionada y “apelmazada” por la alta presión del vaso; esta bolsa tiene una forma irregular y sigue los planos de los tejidos circundantes, o sea que en este caso si se hubiera formado un pseudoaneurisma hubiera tomado la forma del espacio neurovascular de la arteria



**Figura 6.** Control fluoroscópico y angiotomográfico: el stent está colocado adecuadamente y el aneurisma está excluido. Tomada con permiso del banco de imágenes digitales de Intervasc.

lo que lo hubiera hecho fusiforme y no la forma más esférica que presentaba. Además éstos se forman más comunmente tras punciones para fines diagnósticos o terapéuticos o accidentales cuando se intenta un acceso vascular venoso en los vasos femorales o tras una rasgadura de una anastomosis vascular tras una reparación post trauma, por bypass o más comunmente de fistulas arteriovenosas para hemodiálisis. En el caso de trauma es más común en traumas penetrantes como heridas de arma de fuego o con arma punzocortante y en presencia de traumas cerrados severos<sup>9</sup>. De modo que definitivamente no era un pseudoaneurisma y al parecer los colegas que lo trataron originalmente pensaron lo mismo (considero que es una buena costumbre no siempre “comprar” los diagnósticos hechos por los colegas radiólogos y evaluar uno mismo los estudios y sacar sus propias conclusiones) pues no lo intervinieron de urgencia.

En cuanto al manejo, éste va a depender de la anatomía del aneurisma y los recursos existentes y la decisión a tomar es si se resuelve mediante cirugía abierta o endovascular. Hoy por hoy y con los avances en la fabricación de stents casi cualquier tipo se puede resolver endovascularmente. En los casos tipo A,B,C y D la técnica más utilizada es la colocación de un stent normal y luego embolizar el aneurisma con coils. Esta técnica es mas vieja, más difícil y al final más cara (la cantidad de coils dependerá del tamaño del aneurisma, que la que en este caso elegimos que fue utilizar un stent recubierto (graft stent).

## CONCLUSIONES

Pese a ser una entidad rara y potencialmente mortal en Guatemala tenemos los medios y la capacidad para manejar satisfactoriamente este tipo de lesiones.

## REFERENCIAS

1. Sandhu RS, Pipinos II. Isolated iliac artery aneurysms. In Seminars in vascular surgery 2005 Dec 1 (Vol. 18, No. 4, pp. 209-215). WB Saunders.
2. Gronemeyer PS, deMello DE. Takayasu's disease with aneurysm of right common iliac artery and ilio caval fistula in a young infant: case report and review of the literature. Pediatrics. 1982 May;69(5):626-31.
3. Savolainen H, Savola J, Savolainen A. Aneurysm of the iliac artery in Marfan's syndrome. In Annales Chirurgiae et Gynaecologiae 1993 Jan 1 (Vol. 82, No. 3, pp. 203-205).
4. Hoshino S, Tsuda E, Yamada O. Characteristics and fate of systemic artery aneurysm after Kawasaki disease. The Journal of Pediatrics. 2015 Jul 1;167(1):108-12.
5. Meldon S, Brady W, Young JS. Presentation of Ehlers-Danlos syndrome: iliac artery pseudoaneurysm rupture. Annals of emergency medicine. 1996 Aug 1;28(2):231-4.
6. Markowitz AM, Norman JC. Aneurysms of the iliac artery. Annals of surgery. 1961 Nov;154(5):777.
7. Santilli SM, Wernsing SE, Lee ES. Expansion rates and outcomes for iliac artery aneurysms. Journal of vascular surgery. 2000 Jan 1;31(1):114-21.
8. Krupski WC, Selzman CH, Florida R, Strecker PK, Nehler MR, Whitehill TA. Contemporary management of isolated iliac aneurysms. Journal of vascular surgery. 1998 Jul 1;28(1):1-3.
9. Kalapatapu VR, Shelton KR, Ali AT, Moursi MM, Eidt JF. Pseudoaneurysm: a review. Current treatment options in cardiovascular medicine. 2008 Apr;10(2):173-83.