

REPORTE DE CASO: MANEJO QUIRÚRGICO: ANEURISMA BI-ILIACO

CASE REPORT: SURGICAL MANAGEMENT: BI-ILIAC ANEURYSM

FERNANDO ZENZANO FERRUFINO ¹ CARLOS ALBERTO LARA PEREZ ²
SILVANA AYALA BACINELLO ³

1. Cirujano Toracico
Cardiovascular
2. Cirujano General y
laparoscopista
3. Cirujana general

RESUMEN

Los aneurismas de la arteria iliaca (AAI) son extremadamente raros, y las descripciones de que se presenten en ambas iliacas es más raro aún. Los AAI son más frecuentes en el sexo masculino, con una relación 7:1. Se estima que su incidencia en Bolivia es del 0,03%.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años de edad, cardiópata, portador de marcapasos y chagastico. Acude por cuadro clínico de mas o menos 3 semanas de evolución caracterizado por dolor lumbar posterior a esfuerzos. Laboratorios normales. Se le realiza una tomografía con contraste que reporta aneurisma iliaco bilateral. Por los diámetros mayor a 3cm y clínica compresiva, se decide la intervención quirúrgica abierta. Se realiza una derivación aorto -bifemoral, que evoluciona favorablemente.

Correspondencia a:

Nombre: Dra, Silvana Ayala Bacinello
Correo electrónico: Silvana.ayala.bacinello@gmail.com
Telf.: 60348372

Palabras clave: Aneurisma, aneurisma iliaco, injerto vascular

Keywords: Aneurysm, iliac aneurysm, vascular graft

ABSTRACT

Iliac artery aneurysms (IAAs) are extremely rare, and descriptions of them occurring in both iliac arteries are even rarer. IAAs are more common in men, with a 7:1 ratio. Their incidence in Bolivia is estimated to be 0.03%.

We present the case of a 75-year-old male patient with heart disease, a pacemaker, and Chagas disease. He presented with a clinical picture of approximately 3 weeks of post-exertional lower back pain. Laboratory results were normal. A CT scan with contrast revealed a bilateral iliac aneurysm. Due to diameters greater than 3 cm and compressive symptoms, open surgery was decided upon. An aorto-bifemoral bypass was performed, which progressed favorably.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.
Recibido para publicación: 13/04/2025
Aceptado para publicación: 16/07/2025

Citar como: Zenzano Ferrufino F, Lara Perez C, Ayala Bacinello. Reporte de caso: Manejo quirúrgico: Aneurisma bi-iliaco. Rev. Cient. Cienc. Med. 2025; 28(1): 42-44

INTRODUCCIÓN

Definimos aneurisma como una dilatación permanente y focal de la arteria. Que mide más del 50% del diámetro normal del vaso¹. Un aneurisma verdadero va a ser aquel que comprometa las tres capas del vaso (adventicia, íntima y media), siendo los restantes pseudoaneurismas¹.

Los aneurismas de la arteria iliaca (AAI) son extremadamente raros, y las descripciones de que se presenten en ambas iliacas es más raro aún¹. El diámetro normal de la arteria iliaca en hombres es 1,2cm +/- 0,2cm y en las mujeres 1cm +/- 0,2cm². Indicamos que el paciente presenta un aneurisma de arteria iliaca cuando la arteria mide en los varones mas de 1,85cm y en las mujeres más de 1,5cm².

Los AAI son mas frecuentes en el sexo masculino, con una relación 7:1 con respecto a las mujeres. La incidencia incrementa con la edad, alcanzando la incidencia mas alta en la 7ma-8va década de la vida. Constituye menos del 2% de la patología aneurismática¹. Se estima que su incidencia en Bolivia es del 0,03%³. La etiología puede variar, desde enfermedad aterosclerótica, infecciones, colagenopatías, entre otras. El 70% se presenta en

la arteria iliaca común (AIC)¹.

La mayoría son asintomáticos⁶, cuando sobre pasan los 5cm pueden presentar clínica de compresión². Su mortalidad por ruptura puede llegar al 60%³.

La forma de actuar dependerá del tamaño del aneurisma, la clínica y tiempo de evolución. Si mide menos de 3 cm y es asintomático, se realiza seguimiento. En las demás presentaciones se realiza tratamiento endovascular o cirugía abierta, dependiendo de las particularidades del caso^{8,9}. Presentamos a continuación el caso de un paciente inusual, para poder dar a los cirujanos una opción de tratamiento factible y reproducible.

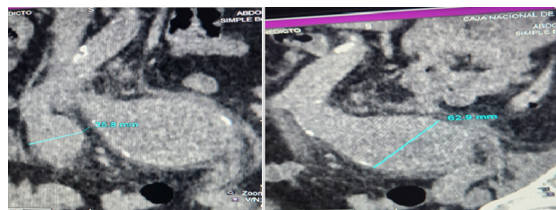


Figura 1: Tomografía simple Abdomino pélvica. La primera imagen nos muestra la arteria iliaca derecha y la segunda la arteria iliaca izquierda. Autoría propia

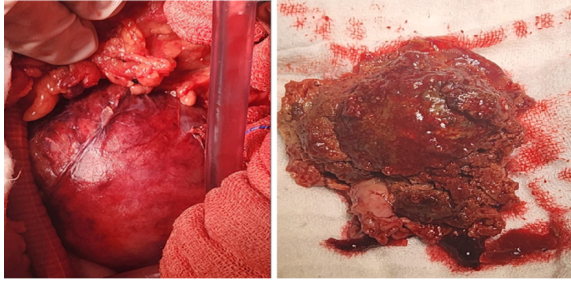


Figura 2: Aneurisma iliaco izquierdo en el tranquirúrgico, vemos en la primera imagen íntegro y en la segunda evidenciamos el contenido. Autoría propia.



Figura 3: Injerto bifurcado. Autoría propia

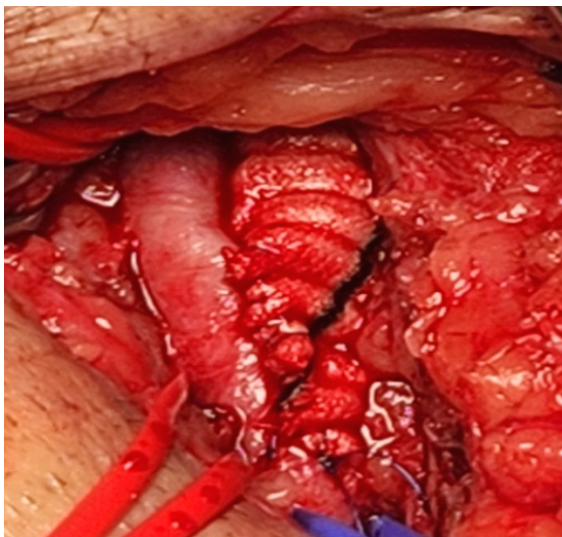


Figura 4: Anastomosis terminolateral injerto- femoral izquierda.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años de edad, que acude al servicio de emergencias del Hospital obrero N°2 de la Caja nacional de Salud, Cochabamba, con un cuadro clínico de más o menos 3 semanas de evolución, caracterizado por presentar dolor lumbar de inicio

súbito, secundario a realizar esfuerzos grandes, debilidad en miembros inferiores, astenia, adinamia y mareos. Antecedentes: Insuficiencia cardíaca, enfermedad de Chagas, bloqueo auriculoventricular grado 3 y portador de marcapasos hace 20 años. Al examen físico regular estado general, consciente, orientado, afebril, hemodinámicamente estable, al examen físico regional sin particularidades. Laboratorios dentro de parámetros normales. Se le realiza exámenes complementarios: Ecografía abdominal que reporta un aneurisma fusiforme de la arteria iliaca común izquierda, trombosis mural aneurismática de evolución subaguda, que compromete el 50% de la luz aproximadamente y una tomografía Abdominal con contraste donde se evidencia aneurisma bi-iliaco, con diámetros de arteria iliaca izquierda (64 mm) y derecha (35 mm), que se extiende la bifurcación de la iliaca sin datos de disección ni sangrado. Paciente es transferido al servicio de Cirugía, donde se le propone cirugía y el paciente acepta. Se le realiza como tratamiento quirúrgico una derivación aorto-bifemoral con una prótesis de dacrón, por un abordaje transabdominal. Pasa a salas de terapia intensiva, donde como tratamiento médico se le da soporte con fluidoterapia, analgésicos, profilaxis antibiótica y anticoagulación, evolucionando favorablemente. El decimo segundo día postoperatorio se realiza ecografía de control, donde se evidencia permeabilidad de la prótesis, pasando a salas generales. Es dado de alta el décimo quinto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

Los aneurismas de arteria iliaca son extremadamente raros. Siendo menos del 1% de todos los aneurismas aortoiliacos. Son pacientes crónicos, que no presentan clínica⁶, por lo cual en el momento de diagnóstico la enfermedad ya está muy avanzada. Se requiere mucha sospecha diagnóstica. Nuestro paciente acudió por una lumbalgia, entendemos por eso, que ya presentaba síntomas compresivos como se reporta en la bibliografía¹. Entre ellos parestesias, radiculopatías, rectorragia, obstrucción intestinal, insuficiencia venosa⁵. Los diagnósticos suelen ser imagenológicos, de forma incidental, en ecografías o tomografías abdominopélvicas, como fue el caso de nuestro paciente. Cabe recalcar que el Gold estándar es la Angiotomografía computarizada helicoidal⁹.

Clasificando los aneurismas que presentaba el paciente, según Reber³, ambos son tipo B. la indicación esta que debe realizarse tratamiento en aquellos aneurismas sintomáticos o con un diámetro mayor a 3 – 3,5cm, también aquellos de crecimiento rápido¹. Entre las opciones de tratamiento esta el endovascular y cirugía abierta. Para optar por una cirugía endovascular se requiere que presente una anatomía aorto-iliaca

favorable. Las indicaciones de cirugía abierta son un AAI roto, sintomático con riesgo de rotura, asintomáticos mayores a 3 cm o que se acompañen de aneurisma de aorta abdominal y en aquellos que no es factible el procedimiento endovascular. Se puede optar por una prótesis recta o bifurcada dependiendo el diámetro del aneurisma³.

En nuestro caso se optó por una cirugía abierta por los diámetros de los aneurismas, ya que era bilateral se escogió un abordaje transperitoneal y no retroperitoneal, ya que el mismo facilita la visualización y el procedimiento. Se requirió de un cirujano cardiovascular, cirujano vascular periférico y cirujano general. Encontramos actualmente un reporte de caso en Madrid-España del año 2025, donde a pesar de tener diámetros mayores a 3.5cm en los aneurismas aorto bi-iliaco, ya se está optando por tratamientos netamente endovasculares complejos exitosos^{4,9}. Que difiere de lo publicado en el 2020 en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde reportan que los tratados de forma endovascular como complicaciones presentaron claudicación, isquemia colónica e isquemia de médula espinal. Además, que a comparación de la cirugía abierta presentaron mayor probabilidad de oclusión o fuga, por lo cual la cirugía abierta sigue siendo buena opción, y fue la que escogimos en nuestro paciente⁵.

Es importante recalcar que la técnica endovascular nos permite dejar permeable las arterias hipogástricas, evitando de esa forma múltiples complicaciones (claudicación o necrosis de muslos y glúteos, disfunción sexual y vesical, isquemia colónica)⁷. Los pacientes con dicha patología llegan a tener una alta morbimortalidad⁶, el manejo entre los cirujanos de diferentes especialidades favoreció la evolución del paciente

CONCLUSIÓN

Los aneurismas de la arteria iliaca, son excepcionales. Requieren alta sospecha clínica y exigen un manejo multidisciplinario adecuado. Actualmente la literatura nos indica manejo el manejo de la hipotensión y la restricción de líquidos para evitar un sangrado excesivo en el transoperatorio, detalle que debe ser tomado en cuenta⁶. Vemos que de igual forma en el resto del mundo el tratamiento endovascular va en progreso, evolucionando, ya se disponen de dispositivos ramificados para ser utilizados en situaciones anatómicamente complejas, esperamos poder contar pronto con esas herramientas en nuestro centro¹⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballesteros-Pomar M. Aneurismas de arteria iliaca: Actualización y algoritmos de decisión. *Angiología* [Internet]. 2017;69(5):291–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2017.04.002>
2. Arias-Rodríguez FD, Alarcón-Salas ID, Anda DE, Miranda-Villagómez AF, Bustillos-Rodríguez ÁV, Carvajal-Barzallo KA, et al. Manejo del aneurisma de arteria iliaca. Revisión bibliográfica. *Rev Mex Angiol* [Internet]. 2023 [citado 2025 Abr 30];51(2):55–64. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2023000200055
3. Melas N, Saratzis A, Dixon H, Saratzis N, Lazaridis J, Perdikiades T, et al. Isolated common iliac artery aneurysms: a revised classification to assist endovascular repair. *J Endovasc Ther* [Internet]. 2011;18(5):697–715. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1583/11-3519.1>
4. Castilla-Salar R, Michel-Guisasola I, González-Fajardo JA. Patient with juxtarenal aortic aneurysm and bilateral iliac aneurysm. Complex endovascular treatment. *Angiología* [Internet]. 2025 Feb [citado 2025 Ago 13];77(1):63-65. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00687>
5. Rodríguez-Rivera EA, González-Botello AL, Ortiz-Monasterio RC, Lozano-Torres VM. Manifestaciones urológicas de aneurisma de la arteria iliaca común. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020;58(2):216-220. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457767703021>
6. Vélez-Cuorvo LF, Mera-Martínez PF, Bastidas-Narváez AM, Portillo-Miño JD. Presentación atípica como abdomen agudo de un aneurisma de arteria iliaca gigante imitando coleliscistitis y lesión renal: reporte de caso. *Cir Cardiovasc* [Internet]. 2024;31(2):82–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2023.05.005>
7. Tintaya Ytusaca DB, Guerrero Vara DR, Castells Buchle DS, Matellini Mosca DB, Brenes Castro DJM, Colindres Carias DM, et al. Aneurismas de arteria iliaca: ¿Es importante conservar la arteria hipogástrica durante la reparación endovascular? *Seram* [Internet]. 2022;1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9589>
8. Duque-Goicochea J, González-Villegas P, Reyes-Monroy JA, Lara-Pérez MA, Serrano-Lozano JA. Tratamiento endovascular de aneurismas micóticos de la arteria iliaca: revisión de la literatura y análisis de un caso de ruptura. *Rev Mex Angiol* [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Ago 19];48(2):65-69. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/rma.m20000014>
9. Joviliano EE, Vieira D, Moreira LS, Casas ALF. Tratamiento endovascular de aneurisma aislado bilateral de arteria iliaca interna. *J Vasc Bras* [Internet]. 2019;18:e20180115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.180115>
10. Chiriboga Granja JI, Altable García M, Viteri Estévez D, González Rodríguez P, Picazo Pineda E, Martínez Perelló I, et al. Tratamiento endovascular con dispositivos ramificados ilíacos: estudio multicéntrico. *Angiología* [Internet]. 2021 Feb [citado 2025 Ago 20];73(1):11-19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00187>
11. Hernandez Rodriguez OG, Tellez Beltran DF, Gonzalez Muñoz A, Ballen Caceres N. Reparación endovascular de aneurisma de arteria iliaca común asociado a fistula arterio-venosa ilio-iliaca: Reporte de caso. *Rev Cir* [Internet]. 2020;72(4):337–341. Disponible en: <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020004636>