



Tratamiento endovascular de un pseudoaneurisma de arteria ilíaca primitiva postrasplante renal

P. Pérez, C. Esteban, J. Muchart* y J. M.^a Callejas

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. *Servicio de Radiología Vascular. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente varón de 58 años que al año después de un trasplante renal presenta una tumoración pulsátil en fosa ilíaca derecha acompañado de dolor, motivo por el que ingresa en la unidad de nefrología. Tras el estudio mediante Eco-doppler y angiografía es diagnosticado de un pseudoaneurisma de arteria ilíaca común. Se le practica tratamiento endovascular mediante la colocación de un «stent» cubierto previa embolización de arteria hipogástrica como prevención para evitar una fuga o «endoleak». Resultado clínico y radiológico bueno, desaparición de la masa pulsátil a la exploración y en la imagen radiológica.

Palabras clave: ***Pseudoaneurisma ilíaco. Complicación vascular postrasplante renal. «Stent» en pseudoaneurisma ilíaco.***

ENDOASCULAR RESOLUTION OF ILIAC ARTERY PSEUDOANEURYSM IN A TRANSPLANTED PATIENT

SUMMARY

A 58-year-old patient with end-stage idiopathic renal disease underwent kidney transplantation from a cadaveric donor. Approximately one year after the transplant he complained of abdominal pain and presented a pulsating mass in his right pelvic region. Duplex study and arteriography were performed and showed a large pseudoaneurysm arising from the right common iliac artery. We report the case in which a covered stent placement and an embolization of the right internal iliac artery solved the problem with successful clinical and radiological results.

Key words: ***Iliac pseudoaneurysm. Stent. Renal transplantation.***

Recibido: 12-IX-2003.

En versión definitiva: 16-II-2004.

Aceptado: 19-II-2004.

Correspondencia: Dra. P. Pérez
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones vasculares después de un trasplante renal pueden implicar a los vasos donantes (trombosis de arteria o vena, estenosis, etc.), a receptores (falso aneurisma, patología obstructiva, etc.) o a ambos¹.

Los aneurismas de arteria ilíaca son una patología poco común (2-7%), siendo los más frecuentes los de arteria ilíaca común (70-90%), seguidos por la arteria ilíaca interna con un 10-30%. Actualmente se diagnostican con mayor frecuencia debido a las nuevas técnicas de imagen aunque en su mayoría suelen diagnosticarse en fase de rotura o cuando son sintomáticos² ya que su ubicación profunda retroperitoneal y pélvica hacen especialmente difícil su presunción clínica³. Dada la dificultad técnica de la cirugía convencional y la alta morbi-mortalidad que esta supone, se ha ido desarrollando el tratamiento endovascular sobre todo en aquellos aneurismas ilíacos aislados. Poco hay descrito sobre pseudoaneurismas de la arteria ilíaca y su tratamiento endovascular y aún menos si hablamos de ellos como complicaciones postrasplante renal. La incidencia de pseudoaneurismas postrasplante renal es inferior al 1% y su formación se debe principalmente a infecciones o a un defecto en la anastomosis ilio-renal siendo más probable en personas con hipertensión o hiperlipidemia⁴.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón, de 58 años de edad, insuficiente renal de etiología no filiada con los antecedentes de hipertensión en tratamiento actual con amlodipino 10 mg 1 día, dislipemia en tratamiento dietético, tuberculosis en la infancia y crisis de monoartrosis idiopática. Tras tres años de diálisis peritoneal el paciente recibe un trasplante renal de donante cadáver. Se realiza un trasplante renal en fosa ilíaca derecha mediante anastomosis termino-lateral en vena ilíaca común y arteria ilíaca externa derecha sin complicaciones sobreañadidas y sin requerir ninguna sesión de hemodiálisis posterior. Al cabo de un año presenta un cuadro de varicela cutánea y diversos episodios de gastroenteritis que en dos ocasiones requieren ingreso donde se cursan hemocultivos que en todo momento son negativos. Al mes del último ingreso por gastroenteritis y al año aproximado del trasplante, en un control rutinario el paciente refiere discreto dolor a nivel de fosa ilíaca derecha, a la exploración física presenta un soplo sistólico en dicha localización y una tumoración pulsátil de pequeño tamaño por lo que se realiza una

ecografía abdominal y eco-doppler renal que objetiva una imagen sospechosa de pseudoaneurisma en la arteria ilíaca común derecha, motivo por el cual ingresa.

Se realiza un estudio arteriográfico y se comprueba la existencia de un pseudoaneurisma con cuello dependiente de arteria ilíaca común, de 10 mm de diámetro, apenas a 1 cm de su bifurcación, cuyo tamaño es de 29 x 15 mm (fig. 1).

Se establece el consenso entre el servicio de nefrología, radiología vascular y cirugía vascular y se decide llevar a cabo un tratamiento endovascular dada la dificultad técnica de la cirugía abierta y el alto riesgo que ésta supone para preservar el riñón trasplantado.

Mediante anestesia local se practica punción arterial femoral derecha mediante la técnica de Seidinger con un introductor de 12 fr. y se procede a la embolización de la arteria ilíaca interna derecha con 3 «coils» (Cook®, dos de 35-5-5 y uno de 35-4-3 para evitar así posibles endofugas o lo que es lo mismo flujo retrógrado) y posteriormente a la colocación de una prótesis cubierta Excluder de Gore® de 12 x 10 mm en el eje ilíaco, derecho preservando la anastomosis con el injerto renal (fig. 2).

La comprobación arteriográfica mostró una completa exclusión del pseudoaneurisma, la ausencia de



Fig. 1.—Pseudoaneurisma ilíaca común derecha y trasplante renal en ilíaca externa derecha.

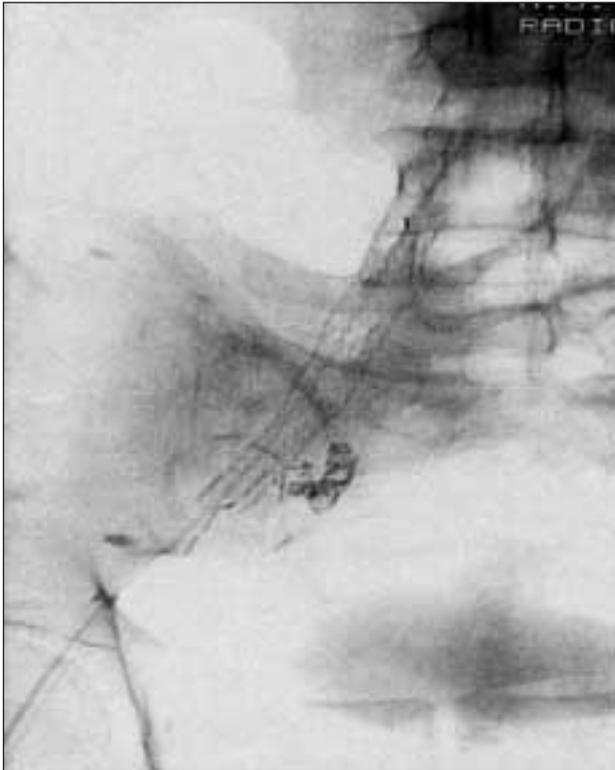


Fig. 2.—Detalle de «coils» de embolización en arteria hipogástrica derecha y «stent» en íliaca común derecha.



Fig. 3.—Resultado final. Se puede ver la permeabilidad del riñón trasplantado y la completa exclusión del pseudoaneurisma.

endofugas y un nefrograma correcto. El paciente presenta una evolución favorable, inicia deambulación a las 24 horas y a las 72 horas es dado de alta. Los controles ambulatorios posteriores de función renal y exploración física están, 4 meses después del procedimiento, dentro de la normalidad (fig. 3).

DISCUSIÓN

El tratamiento de los pseudoaneurismas de arteria íliaca postrasplante renal no está establecido. El elevado riesgo de rotura y la mortalidad que ésta supone hace que aneurismas, y sobretodo pseudoaneurismas, de este tamaño deban tratarse (mortalidad en caso de rotura: 25-57%)⁵. Las dificultades técnicas de la cirugía abierta y la alta morbi-mortalidad han ayudado a que el tratamiento endovascular se desarrolle con mayor rapidez³. Se considera que deben tratarse aquellos que presentan un crecimiento rápido o cuando exceden de un diámetro de 3 cm siempre teniendo en cuenta el estado general del paciente y su expectativa de vida. Con la introducción del tratamiento endovascular se empiezan

a tratar los aneurismas ílacos aislados en pacientes de alto riesgo con el objetivo de evitar la rotura del mismo, lo que supondría una mortalidad elevada². La etiología de éstos puede deberse tanto a infección como a algún procedimiento yatrogénico durante la cirugía del trasplante renal (clampaje íliaco, p.ej.). Debo aclarar que esto es poco probable ya que lo habitual, y lo que se hizo en este caso, es un clampaje en íliaca externa y no en la primitiva (localización del pseudoaneurisma descrito). La manipulación de una arteria arteriosclerótica supone en ocasiones la fractura de placas y la consecuente formación de un pseudoaneurisma ya sea precoz o tardía. En nuestro caso no queda aclarado ya que el tratamiento endovascular nos impide obtener muestras para anatomía patológica o microbiología. Se trata entonces de un paciente para el que la cirugía tiene además riesgos añadidos ya que la reintervención en un trasplante renal supone una disección muy dificultosa dada la adherencia y fibrosis de los planos adyacentes. No olvidemos también que el riesgo tanto de trombosis del trasplante como de isquemia del parénquima renal prolongada es elevado ya que para la reparación del aneurisma debe-

mos excluir, mediante clampaje de la arteria ilíaca común, el flujo de la arteria renal. La alternativa endovascular supone un tratamiento relativamente sencillo, de alto confort para el paciente y con menor riesgo de isquemia para el riñón trasplantado. Por otro lado, al optar por un tratamiento endovascular no debemos obviar que el contraste iodado utilizado en esta práctica es nefrotóxico. Los resultados a corto y largo plazo de las endoprótesis cubiertas en este tipo de patología no han sido descritos. No existen series en la literatura de un número suficiente como para establecer indicaciones en el tratamiento de esta patología, sólo un pequeño número de casos clínicos se describen y en cada uno de ellos se siguen criterios muy individualizados. En este caso partíamos de un paciente que, aun estando trasplantado, tenía una función renal estable y conservada por lo que el servicio de nefrología tomó las medidas adecuadas de hidratación y control bioquímico asumiendo siempre un mínimo riesgo. El resultado tanto angiográfico como clínico fue excelente. El paciente estuvo en todo momento estable hemodinámicamente, sin signos clínicos ni analíti-

cos de infección y completamente asintomático después del tratamiento, desapareció el dolor en fosa ilíaca derecha. Sigue controles ambulatorios y ecográficos que hasta la actualidad, tres meses después, no muestran complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert Ciará, Manuel Miralles, August Ysa, José Antonio Ballester, M.^a Luisa Mir, Francesc Vidal-Barraquer. Complications in vascular and endovascular surgery, Ed. Futura. pp. 113-25, New York, 2001.
2. Marco Luque MA, Cano Trigueros E, Carnicero Martínez JA, Pozo Ruiz V: Cirugía endovascular del sector aortoiliaco. Ed. Uriach. pp. 411-16. Barcelona, 2001.
3. Gonzalez Gutiérrez M, Bardón Valcarce F, Estevan Solano JM: Tratado de aneurismas. Ed. Uriach. Pag 441-50. Barcelona. 1997.
4. Christopher C. Luzzio, Andrew J. Waclawik, Catherine L. Gallacher, Stuart J. Knechtle: Iliac artery pseudoaneurysm following renal transplantation presenting as lumbosacral plexopathy. Transplantation 15, 67(7): 1077-8, 1999.
5. Jack L. Cronenwett, William C. Krupski, Robert B. Rutherford. Vascular Surgery, Rutherford, Fifth edition, vol. 2. pp. 1273-4.