

Gómez, Carlos Alberto

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA ILIACA EXTERNA IZQUIERDA: HALLAZGO  
INTRAOPERATORIO INCIDENTAL EN UN CASO DE HISTERECTOMÍA POR LEIOMIOMAS

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56, núm. 1, marzo, 2005, pp. 92-95

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214314010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)



## PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA ILIACA EXTERNA IZQUIERDA: HALLAZGO INTRAOPERATORIO INCIDENTAL EN UN CASO DE HISTERECTOMÍA POR LEIOMIOMAS

Pseudo-aneurism of the left external iliac artery: an incidental intra-operation finding in a case of hysterectomy by leiomyomas

*Carlos Alberto Gómez, M.D.\**

Recibido: diciembre 20/2004 - Revisado: febrero 5/2005 - Aceptado: febrero 14/2005

### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 42 años sometida a histerectomía abdominal por diagnóstico de miomatosis. En el acto operatorio ginecológico se halló incidentalmente un pseudoaneurisma de la arteria iliaca izquierda, posiblemente relacionado con el antecedente quirúrgico de un cateterismo durante la implantación de una válvula mitral protésica meses antes del procedimiento ginecológico. Posteriormente la paciente fue sometida a reparación de la anomalía mediante un injerto vascular. Tuvo buena evolución de ambos procedimientos.

**Palabras clave:** cirugía ginecológica, pseudoaneurisma arteria iliaca, leiomiomas

### SUMMARY

The case of a 42-year-old woman is reported, diagnosed with fibromyomas, who underwent abdominal hysterectomy. Pseudo-aneurysm of the left iliac artery was found during gynecological surgery, probably related to prior catheterism during prosthetic mitral valve implantation, months before the actual operation. Three days after gynecological surgery, the patient was operated on again, the arterial anomaly being repaired with a vascular

graft. Post-operation recovery was promising following both procedures.

**Key words:** gynecological surgery, iliac artery pseudoaneurysm, fibromyoma

### INTRODUCCIÓN

Son poco frecuentes los hallazgos de lesiones vasculares preexistentes y no esperadas durante la cirugía ginecológica. La mayor parte de las dificultades ocasionadas por el hallazgo de masas pélvicas no esperadas se relacionan con el diagnóstico diferencial de dichas masas de localización anexial (benignidad *versus* malignidad en caso de lesiones tumorales de origen ovárico), o con las variadas manifestaciones de la masa anexial debida a procesos patológicos de origen ginecológico u obstétrico como la endometriosis, la miomatosis, el embarazo ectópico o las secuelas de la enfermedad inflamatoria pélvica. Hasta donde se encontró en la literatura revisada, no existen reportes de hallazgo incidental de anomalías vasculares como la del presente caso: un pseudoaneurisma de la arteria iliaca izquierda, durante la ejecución de una histerectomía abdominal convencional por diagnóstico de polimiotomosis (leiomiomas) y anemia. Se presentan las características clínicas y quirúrgicas del caso, su favorable evolución y una breve revisión de la literatura pertinente.

\* Ginecólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.  
Correo electrónico: cgomezfaj@geo.net.co

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se recibe en la consulta externa del Hospital Pablo Tobón Uribe una paciente de 42 años de edad, procedente de Medellín. Su consulta inicialmente fue debida a una historia de hemorragia vaginal anormal y anemia en los meses previos, con diagnóstico clínico y ecográfico de miomatosis; con anterioridad había sido programada para histerectomía abdominal. La enferma fue remitida a esta institución debido al efecto sumatorio de factores de riesgo quirúrgico presentes en su caso.

Antecedentes gineco-obstétricos: G1 P1 C1 A0 FUP hace 15 años. Citología oncológica negativa reciente (08/junio/2004). Grupo sanguíneo: O positivo.

La paciente recibía anticoagulación crónica con warfarina debido a dos cirugías cardíacas previas: la primera fue una dilatación de la válvula mitral hacia aproximadamente 10 años; la segunda, implantación de prótesis mecánica mitral 8 meses atrás. Según la historia antigua se hallaba en estadio funcional III (NYHA) antes de la última cirugía. En el momento de su evaluación ginecológica, sin síntomas cardiovasculares.

En el momento inicial de su examen ginecológico la paciente ya contaba con la revisión cardiológica preoperatoria, en la cual se daban recomendaciones sobre la suspensión de la warfarina y sustitución por heparina durante los cuatro días anteriores a la cirugía abdominal, con los cuidados y observación preoperatoria, controles de pruebas de coagulación propios de estas condiciones, para reiniciar la warfarina al día siguiente a la cirugía.

Ecocardiografía (03/marzo/2004): muestra dilatación de ambas aurículas, con buena función ventricular (fracción de expulsión del 60%). Se ve la prótesis mecánica mitral sin signos de disfunción ventricular. Al realizar este examen se halló asintomática desde el punto de vista cardiovascular.

Ecografía pélvica (26/mayo/2004): miomatosis uterina, DIU en la cavidad endometrial: quistes anexiales bilaterales. El útero se describe aumentado de tamaño (dimensiones 98 x 69 x 68 mm),

con miomas intramurales y subserosos de diversos tamaños, hasta de 40 mm. Al tacto vaginal originalmente hay hallazgos compatibles con los datos antes relatados: útero polimiotomoso, irregular. Llama la atención que hacia el lado izquierdo la movilidad de los tejidos pélvicos palpables está algo disminuida, y se encuentra un engrosamiento difuso hacia la zona correspondiente al anexo izquierdo. Consistentemente con la descripción e informe ecográfico pélvico transvaginal previo, tal engrosamiento fue originalmente interpretado como correspondiente al anexo izquierdo, posiblemente un endometrioma, asociado al crecimiento irregular del útero por la poli-miomatosis.

Además se practicó la pertinente evaluación preanestésica en la que se confirman de nuevo las precauciones debidas, se re-evalúan los exámenes quirúrgicos, se verifica la reserva de sangre y la preparación convencional previa a la histerectomía, con enemas y orden de antibióticos profilácticos.

En el momento del ingreso hospitalario (04/septiembre/2004) se encontró: FC: 96, PA: 130/80, "click" mitral, murmullo vesicular normal. Hemoglobina 11,5; TP 28,5 (control 11,9 INR 3,48) TPT 4,1 (control 29,8). Durante los días anteriores a la cirugía se procedió al inicio de la heparina, para lo cual se contó con la participación continua de medicina interna, en cuanto a los controles de su medicación y pruebas de coagulación.

Se lleva a cirugía el día 09/septiembre/2004. Se realizó histerectomía abdominal, según lo planeado, con incisión mediana infraumbilical, bajo anestesia general. Se encontró, además de la polimiotosis descrita con anterioridad, una masa correspondiente a la región de la fosa iliaca izquierda. Ambos ovarios se visualizaron de aspecto macroscópico normal. El derecho fue extirpado (salpingo-ovarectomía derecha) debido a su proximidad anatómica al útero miomatoso. Posteriormente a la histerectomía, ejecutada de modo convencional, sin el uso de separador abdominal fijo, se procedió a la evaluación de la masa en la región de la fosa iliaca izquierda. Allí se encontró un proceso adherencial importante.

Inicialmente se consideraron las posibilidades de un fibromioma intraligamentario o de una lesión de carácter endometriósico, debido al aspecto capsular y a las adherencias perilesionales. Se inició una disección y separación del peritoneo del ligamento redondo, pero pronto se constató que la lesión se dirigía hacia el retroperitoneo, en proximidad con los vasos ilíacos izquierdos. Se obtuvo sangre arterial al puncionar con aguja de calibre 22. Se detecta el carácter pulsátil de la masa y se suspende la disección, sin que hubiese ocurrido fenómeno hemorrágico. Tras la interconsulta telefónica con el cirujano vascular se procedió a cerrar la cavidad abdominal, dando por terminado el procedimiento, luego de revisión de hemostasia y conteo de compresas.

La evolución postoperatoria estuvo dentro de los parámetros normales. El informe de anatomía patológica reportó un útero aumentado de tamaño, con leiomiomas múltiples, endometrio proliferativo, DIU en la cavidad endometrial, sin evidencia de malignidad.

En el primer día postoperatorio (10/septiembre/2004) se practicó angioTAC helicoidal abdomino-pélvico con contraste venoso. Se evidenciaron cambios postquirúrgicos, mínimo neumoperitoneo, sangre en escasa cantidad en el fondo de saco posterior y ausencia de útero. Se observó una masa de 7 x 5,3 cm originada en la arteria iliaca externa izquierda, tercio distal, con efecto de masa que cubre al psoas ilíaco y los vasos ilíacos. En el interior de la lesión había un trombo en forma de medialuna.

El día 13/septiembre/2004 la paciente es sometida a nueva intervención por parte de cirugía vascular. Se practicó aneurismectomía de la arteria iliaca externa izquierda, con interposición de injerto vascular por la incisión mediana infraumbilical, e incisión adicional en pliegue inguinal izquierdo. Se visualizaron los coágulos del fondo de saco de la hysterectomía. Luego de la exploración de vasos ilíacos y femorales se hizo ligadura del pseudoaneurisma, con puente en el tercio proximal de la arteria iliaca externa izquierda a la femoral común izquierda (T-T), usando un injerto de PTFE (Goretex 6 mm). Se comprobó con doppler los pulsos distales positivos

y normales. En el postoperatorio inmediato se continuó la infusión de heparina, los antibióticos profilácticos y se aplicaron transfusiones. Posteriormente se añadió al tratamiento médico amiodarona, furosemida y acetaminofén. Se hizo manejo de líquidos y electrolitos en la unidad de cuidados especiales, con control periódico de funciones de coagulación, transfusiones y sesiones de terapia respiratoria.

El 27/septiembre/2004 la paciente fue dada de alta con tratamiento médico (warfarina, furosemida, amiodarona), para continuar los controles ambulatorios de sus pruebas de coagulación. A lo largo de su hospitalización tuvo múltiples controles de hemoglobina (Hb) y hematocrito. La Hb se mantuvo entre entre 8 y 10,5. Las cifras de INR variaron entre 1,91 y 6,37.

El día 05/octubre/2004 se evaluó en la consulta externa. Se observó la buena evolución del postoperatorio, las heridas en buen estado de cicatrización, sin signos de infección o sangrado, una satisfactoria perfusión arterial en miembro inferior izquierdo. Continuó su plan de anticoagulación y seguimiento por consulta externa.

## DISCUSIÓN

La revisión de la literatura sobre el hallazgo de aneurisma de la arteria iliaca en mujeres sometidas a cirugías ginecológicas, demuestra que se trata de una situación de escasa presentación en la práctica. Sin embargo, su hallazgo no es infrecuente durante los procedimientos quirúrgicos urológicos en la población masculina; en hombres de edad avanzada, entre quienes se encuentra mayor probabilidad de ejecución de procedimientos quirúrgicos urológicos en áreas pélvicas, hay mayor frecuencia de presentación de aneurismas aislados de las arterias iliacas, aunque éstos también se encuentran asociados a la presencia de enfermedad aórtica de origen arterioresclerótico. Según algunos reportes la relación hombre/mujer de esta condición sería de hasta 52:1. En una serie de 22 hombres con aneurismas ilíacos la edad promedio fue de 64 años; la mayoría de ellos tratados con aplicación de injertos vasculares.<sup>1,2</sup>

Se ha destacado la gravedad del acontecimiento de la ruptura de la lesión, con alto riesgo de muerte. Recientemente aparecen los casos de corrección de las anomalías vasculares mediante técnicas de intervencionismo endo-vascular. Algunas veces los aneurismas aislados de las arterias iliacas son asintomáticos, pero puede existir compromiso obstructivo de uréteres, del tracto genitourinario o digestivo, o bien, compromiso por compresión de estructuras venosas y nerviosas. Para el diagnóstico imagenológico se propone el estudio con tomografía axial computarizada y angiografía con medios de contraste.

En el caso actual se puede considerar como posible mecanismo de la formación del pseudoaneurisma de la arteria ilíaca izquierda el daño de la estructura anatómica del vaso, luego de cateterismo para aplicación de balón de contrapulsación aórtica, durante la cirugía de implantación de la válvula mitral protésica. Esto es hipotético, pues no se cuenta con una comprobación etiológica incontrovertible, pero se tiene en cuenta la realidad del antecedente quirúrgico relatado por la paciente y que había tenido lugar 10 meses antes de la cirugía ginecológica actual. Esto es también consistente con el hecho relatado por la enferma, de hallarse asintomática hasta el momento de la histerectomía.

Existe un reporte con la descripción de un caso de la ruptura de un aneurisma de la arteria ilíaca en una mujer durante el 5º día de su post-parto, con la formación de un hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo. Fue intervenida exitosamente y su anomalía vascular corregida con injerto autólogo de safena.<sup>3</sup>

Es pertinente destacar la observación sobre la posibilidad de confusión de una lesión pélvica (tumoral o de otra etiología, correspondiente al aparato reproductor femenino) con esta clase de lesión vascular. Sobra advertir la posibilidad real de lesión intraoperatoria de las estructuras vasculares pélvicas, con los graves peligros hemorrágicos asociados. Son situaciones de poca frecuencia de presentación,

pero de extrema gravedad. Merece señalarse que el examen pélvico preoperatorio (clínico, ecográfico, y con otras técnicas radiológicas o diagnósticas) debe permitir al ginecólogo mantener presentes posibilidades diagnósticas amplias, que consideren patologías como la del presente caso, y que se escapan a las consideraciones usuales: tumores o quistes de origen ovárico, uterino o anexial. Se destaca además, el beneficio que representa para la paciente, la disponibilidad de equipos multidisciplinarios de apoyo para obtener un buen desenlace en situaciones complejas de presentación estadística poco frecuente. En el caso descrito fueron pertinentes y decisivas las intervenciones y ayudas de áreas como cardiología, anestesiología, medicina interna, laboratorio clínico y cirugía vascular.

Aparecen en la literatura los análisis de las complicaciones consecutivas a los procedimientos de cateterización, con formación de pseudoaneurismas femorales de origen atrogénico.<sup>4</sup> Se ha correlacionado la lesión del vaso con el diámetro de los catéteres usados, y también con la técnica correcta de compresión arterial luego del retiro del catéter de contrapulsación aórtica.<sup>5</sup>

## REFERENCIAS

1. Nachbur BH, Inderbitz RG, Bar W. Isolated iliac aneurysms. Eur J Vasc Surg 1991;5:375-81.
2. Weimann S, Tauscher T, Flora G. Isolated iliac artery aneurysms. Ann Vasc Surg 1990;4:297-301.
3. Cordia G, Lusco D, Melino R, Neri V, Nacchiero M. Unusual pregnancy-related vascular emergency. Am J Perinatol 2002;19:241-6.
4. Wery D, Delcour C, Jacquemin C, Richoz B, Struven J. Iatrogenic femoral pseudo-aneurysm. Analysis of the causes, diagnosis and treatment. Study of 12,248 arterial catheterizations. J Radiol 1989;70:609-11.
5. Koyanagi T, Endo M, Siikawa A, Akiyama K, Koyanagi H. Femoral artery pseudoaneurysm by intraaortic balloon pumping. nippon geka gakkai zasshi 1990;91:529-32.