

Exclusión endovascular de aneurisma roto de arteria ilíaca interna

Endovascular exclusion of a ruptured internal iliac artery aneurysm

Z. Artemisa Castañeda-Morales^{1*}, Wenceslao Fabián-Mijangos², Alejandro Aguilar-Llamas³
y Diana L. Cruz-Acosta¹

¹Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital General Tláhuac Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua; ²Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza; ³Servicio de Cirugía General, Hospital General Tláhuac Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua. ISSSTE, Ciudad de México, México

Resumen

Los aneurismas de la arteria ilíaca aislados son relativamente raros y representan del 2 al 7% de todos los aneurismas intraabdominales. La mayoría de los casos que se presentan con síntomas lo hacen en una etapa de rotura que compromete la vida. Presentamos el caso de un hombre de 75 años con diagnóstico de aneurisma roto y contenido de arteria ilíaca interna derecha, resuelto exitosamente con un stent recubierto, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo de larga evolución. Ingresó con datos de choque séptico, causado por un aneurisma de arteria ilíaca interna roto y abscedado. Se realizó exclusión de aneurisma de la arteria ilíaca interna con stent recubierto, con evolución clínica satisfactoria. Las técnicas endovasculares y el uso de dispositivos intravasculares para el tratamiento de esta afección nos permiten atender a pacientes en los que no es viable un tratamiento quirúrgico abierto debido a sus comorbilidades.

Palabras clave: Aneurisma ilíaco. Procedimientos endovasculares. Reporte de caso.

Abstract

Isolated iliac artery aneurysms are relatively rare, representing 2 to 7% of all intra-abdominal aneurysms. Most symptomatic cases present at a life-threatening rupture stage. We present the case of a 75-year-old man diagnosed with a ruptured aneurysm of the right internal iliac artery, successfully treated with a covered stent. He had a history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and a long history of smoking. He was admitted with signs of septic shock caused by a ruptured and abscessed internal iliac artery aneurysm. Exclusion of the internal iliac artery aneurysm with a covered stent was performed, with a satisfactory clinical outcome. Endovascular techniques and the use of intravascular devices for the treatment of this condition allow us to treat patients for whom open surgical treatment is not feasible due to comorbidities.

Keywords: Iliac aneurysm. Isolated iliac aneurysm. Endovascular procedures. Case report.

*Correspondencia:

Z. Artemisa Castañeda-Morales
E-mail: castanedaartemisa@gmail.com

Fecha de recepción: 01-02-2024

Fecha de aceptación: 20-06-2025

DOI: 10.24875/RMA.24000007

Disponible en internet: 25-03-2026

Rev Mex Angiol. 2026;54(1):30-33

www.RMAngiologia.com

0377-4740/© 2025 Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los aneurismas son dilataciones anormales que superan en más del 50% el diámetro normal de una arteria¹. Los aneurismas de la arteria ilíaca (AAI) se asocian frecuentemente con aneurismas de la aorta abdominal (AAA). No obstante, los AAI aislados son poco comunes, con una incidencia del 0.4 al 1.9% entre los aneurismas intraabdominales^{2,3}. Su causa es mayoritariamente aterosclerótica-degenerativa. Afectan principalmente a hombres mayores de 65 años, la gran mayoría no manifiestan síntomas hasta llegar a una etapa de rotura⁴. Se considera aneurismática una arteria ilíaca común cuando su diámetro supera los 18 mm para hombres y los 15 mm en mujeres. En el caso de la arteria ilíaca interna, se considera aneurismática si supera los 8 mm⁵. El riesgo de rotura es proporcional al diámetro del aneurisma⁶.

Entre los factores de riesgo se encuentran la hipertensión arterial, la enfermedad arterial periférica, el tabaquismo y el sexo masculino (presente en el 95% de los casos)⁷. También se ha documentado una mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos como aquellos con VIH, enfermedades neoplásicas o en tratamiento con corticosteroides o citotóxicos⁸.

Aunque no hay un consenso, las indicaciones para tratar un aneurisma en la arteria ilíaca común incluyen: diámetro mayor a 3.5 cm, incremento mayor de 7 mm en 6 meses o crecimiento mayor de 1 cm por año, incluso en pacientes asintomáticos⁹. La tomografía computarizada con angiografía (angio-TC) es la técnica de imagen ideal para diagnóstico, planificación terapéutica y seguimiento⁴.

Desde el primer reporte de reparación endovascular en 1995, esta técnica ha evolucionado hasta convertirse en la opción terapéutica principal¹⁰. Comparada con la cirugía abierta, la reparación endovascular ofrece tiempos operatorios más cortos, menor número de complicaciones, disminución en la mortalidad perioperatoria y tasas de permeabilidad superiores al 95% a 5 años^{6,10}.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial (15 años), diabetes *mellitus* tipo 2 dependiente de insulina (10 años) y tabaquismo crónico (35 años, índice tabáquico de 17.5).

Ingresó al servicio de urgencias por edema de miembro pélvico derecho de una semana de evolución que se acompañó de dolor tipo punzante, intensidad 10/10 y eritema. Agregándose malestar general, pérdida del estado de alerta y deterioro cognitivo.

A su ingreso presentó tensión arterial 88/55 mmHg, frecuencia cardíaca 112 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, saturación de oxígeno 93%, temperatura de 35 °C. Se encontraba somnoliento, irritable y desorientado. Exploración física: edema ++/+++, llenado capilar de 3 segundos en miembro pélvico derecho, pulsos distales palpables grado 1. Fuerza y sensibilidad no valorables por estado cognitivo, miembro pélvico izquierdo sin edema, llenado capilar 3 segundos, sin lesiones visibles en ambos miembros.

Laboratorios: hemoglobina 12.1 g/dl, leucocitos 32.52 $\times 10^3/\mu\text{l}$, neutrófilos 93.7%, procalcitonina 23.2 ng/ml, proteína C reactiva 35.8 mg/l, creatinina 5.83 mg/dl, glucosa 456 mg/dl. Examen general de orina: glucosuria, bacterias abundantes, leucocitos 500/ μl .

Diagnóstico inicial: choque séptico con foco infeccioso en estudio, lesión renal aguda que requirió terapia de sustitución renal mediante hemodiálisis + probable trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho.

Se inició antibiótico empírico con meropenem y vancomicina, como parte del abordaje se realizó tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis, con hallazgo de aneurisma roto de 31 $\times$ 16 mm en arteria ilíaca interna derecha, con colección abscedada adyacente al músculo psoas (Fig. 1).

Se integró el diagnóstico de aneurisma de arteria ilíaca interna derecha roto y contenido, por lo que se decidió el manejo de urgencia. Se realizó arteriografía en sala de hemodinamia, con punción femoral derecha retrógrada guiada por ultrasonido, se realizó arteriografía de miembro inferior derecho con sustracción digital con hallazgo de aneurisma en arteria ilíaca interna derecha con fuga del medio de contraste correspondiente a la rotura, por lo que se colocó *stent* recubierto de PTFe expandible (BeGraft peripheral) de 8 $\times$ 37 mm en arteria ilíaca común derecha con balón de 10 $\times$ 55 mm, logrando exclusión completa de la arteria ilíaca interna (Fig. 2), se realiza control con sustracción digital sin evidencia de fuga en el control final (Fig. 3).

En el postoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente, sin cambios hemodinámicos y sin compromiso vascular de la extremidad. Continuó su tratamiento con antiagregante plaquetario y antibiotioterapia empírica. A las 48 horas del procedimiento endovascular, se realizó drenaje percutáneo del absceso adyacente al aneurisma, guiado por tomografía, obteniendo 30 cc de líquido purulento, con desarrollo en cultivo de *Escherichia coli* multisensible. Se ajustó antibiotioterapia dirigida y fue egresado tras 7 días de estancia

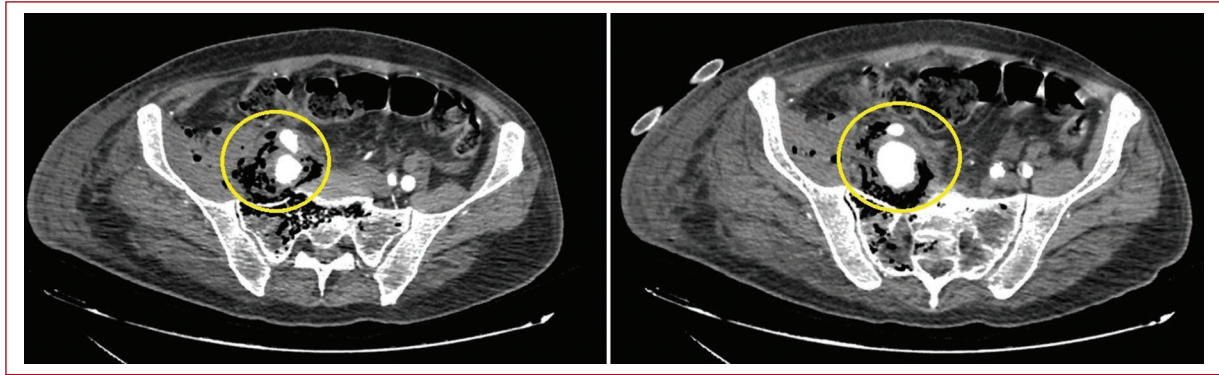


Figura 1. Tomografía axial computarizada con contraste. Círculo amarillo: aneurisma dependiente de arteria ilíaca interna derecha con contraste en su interior y líquido libre perilesional.

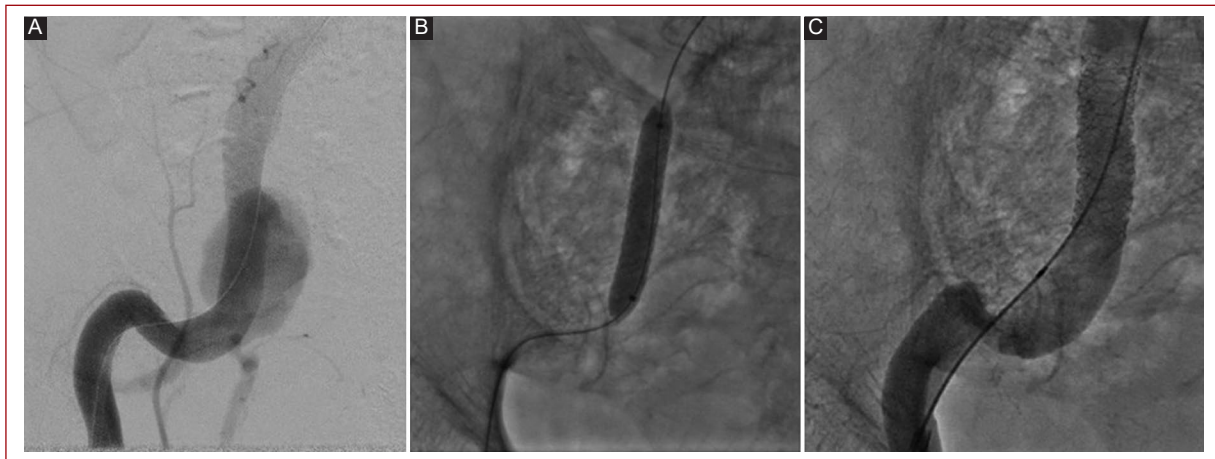


Figura 2. Arteriografía e intervención. **A:** fuga de contraste y aneurisma. **B:** stent montado en balón. **C:** stent liberado con aneurisma excluido.

intrahospitalaria. Se mantuvo en seguimiento por la consulta externa durante 7 meses, con presencia de parestesias en región de glúteo derecho con mejoría tras la ingesta de pregabalina. Falleció posteriormente por causas relacionadas con cáncer esofágico.

Discusión

La reparación endovascular de los aneurismas de la arteria ilíaca es una opción de tratamiento eficaz y segura en manos expertas, especialmente en pacientes con comorbilidades. La mortalidad asociada a cirugía abierta electiva es del 11%, incrementándose hasta el 40-50% en casos de urgencia¹¹.

El abordaje endovascular reduce la mortalidad perioperatoria en comparación con la cirugía abierta, aunque faltan datos a largo plazo.

No se cuenta con un registro actualizado de la epidemiología de aneurismas periféricos, debido a que los últimos estudios publicados referentes al tema datan de 1995 y 1989¹².

Conclusión

Las técnicas endovasculares ofrecen múltiples ventajas respecto a las técnicas abiertas: menor trauma, uso de anestesia local o regional y baja pérdida sanguínea. Sin embargo, depende de la disponibilidad de equipos de alta tecnología, alta especialización de la técnica y costos elevados, lo que las hace no disponibles en la mayoría de los hospitales del país.

La importancia de reportar casos con baja incidencia es documentar, analizar y comparar el tratamiento y los resultados para llegar a una estandarización en el tratamiento de esta afección. Actualmente existen

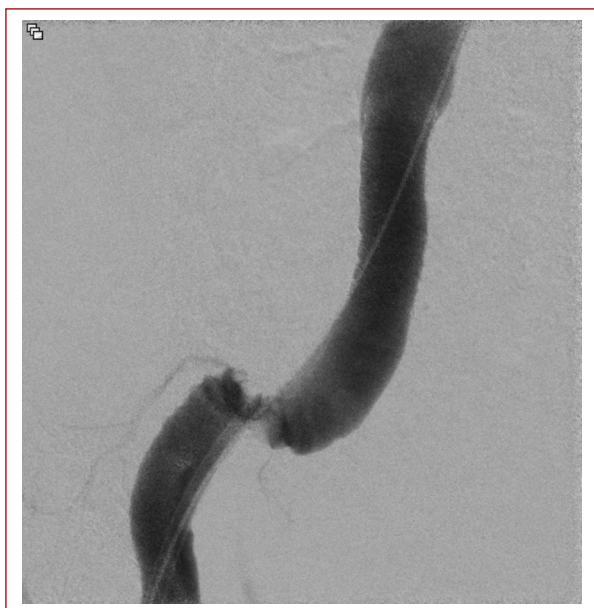


Figura 3. Exclusión de aneurisma en angiografía de control.

revisiones sistemáticas^{2,13} que comparan cirugía abierta y reparación endovascular, sin llegar a conclusiones definitivas.

Agradecimientos

Al Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular y al Servicio de Cirugía General del Hospital General ISSSTE Tláhuac Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. Subcommittee on Reporting Standards for Arterial Aneurysms, Ad Hoc Committee on Reporting Standards, Society for Vascular Surgery and North American Chapter, International Society for Cardiovascular. J Vasc Surg. 1991;13(3):452-8.
2. Xiang Y, Chen X, Zhao J, Huang B, Yuan D, Yang Y. Endovascular treatment versus open surgery for isolated iliac artery aneurysms: a systematic review and meta-analysis. Vasc Endovascular Surg. 2019;53(5):401-7.
3. Lawrence PF, Lorenzo-Rivero S, Lyon JL. The incidence of iliac, femoral, and popliteal artery aneurysms in hospitalized patients. J Vasc Surg. 1995;22(4):409-15; discussion 415-6.
4. Scheurig-Münkler C, Zerwes S. [Isolated iliac artery aneurysm: clinical background and interventional treatment strategies]. Radiologie (Heidelberg). 2022;62(7):607-13.
5. Laine MT, Björck M, Beiles CB, Szeberin Z, Thomson I, Altmuth M, et al. Few internal iliac artery aneurysms rupture under 4 cm. J Vasc Surg. 2017;65:76-81.
6. Charisis N, Bouris V, Rakic A, Landau D, Labropoulos N. A systematic review on endovascular repair of isolated common iliac artery aneurysms and suggestions regarding diameter thresholds for intervention. J Vasc Surg. 2021;74(5):1752-62.
7. Cao Z, Zhu R, Ghaffarian A, Wu W, Weng C, Chen X, et al. A systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness and safety of unilateral versus bilateral iliac branch devices for aortoiliac and iliac artery aneurysms. J Vasc Surg. 2022;76(4):1089-1098.e8.
8. Duque-Goicochea J, González-Villegas P, Reyes-Monroy J, Lara-Pérez M, Serrano-Lozano J. Tratamiento endovascular de aneurismas micóticos de la arteria ilíaca: revisión de la literatura y análisis de un caso de ruptura. Rev Mex Angiol. 2020;48(2):65-9.
9. Okada T, Yamaguchi M, Kitagawa A, Kawasaki R, Nomura Y, Okita Y, et al. Endovascular tubular stent-graft placement for isolated iliac artery aneurysms. Cardiovasc Intervent Radiol. 2012;35:59-64.
10. Lee ES, Steenson CC, Trimble KE, Caldwell MP, Kuskowski MA, Santilli SM. Comparing patency rates between external iliac and common iliac artery stents. J Vasc Surg. 2000;31:889-94.
11. Uberoi R, Tsetis D, Shrivastava V, Morgan R, Belli AM. Standard of practice for the interventional management of isolated iliac artery aneurysms. Cardiovasc Intervent Radiol. 2011;34:3-13.
12. Brunkwall J, Hauksson H, Bengtsson H, Bergqvist D, Takolander R, Bergentz SE. Solitary aneurysms of the iliac arterial system: an estimate of their frequency of occurrence. J Vasc Surg. 1989;10(4):381-4.
13. Sousa LHDG, Baptista-Silva JCC, Vasconcelos V, Flumignan RL, Nakano LCU. Internal iliac artery revascularisation versus internal iliac artery occlusion for endovascular treatment of aorto-iliac aneurysms. Cochrane Database Syst Rev. 2020;7(7):CD013168.