

# Aneurismas de arterias ilíacas: una causa rara de uropatía obstructiva bilateral

M. D. Albero, A. Franco, F. Rivera y J. Camps\*.

Servicios de Nefrología y\* Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario de Alicante

Señor director:

La obstrucción ureteral bilateral por aneurismas ilíacos es una causa rara de insuficiencia renal aguda obstructiva <sup>1,2</sup>. Los aneurismas de aorta y de arterias ilíacas se presentan generalmente en varones ancianos y se manifiestan con clínica secundaria a su ruptura o con síntomas de compresión de estructuras adyacentes como los uréteres <sup>3</sup>.

Recientemente ingresó en nuestro Servicio un varón de 52 años con insuficiencia renal aguda oligúrica, con antecedentes de enolismo y tabaquismo importantes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente y bronconeumopatía obstructiva crónica. Refería desde hacía dos meses un síndrome general con dolor abdominal en ambos vacíos. Una semana antes del ingreso presentó un cuadro de náuseas, vómitos y diarrea con disminución progresiva de la diuresis hasta llegar a anuria. En la exploración física destacaba: T.<sup>a</sup>, 36 °C; FC, 105 lpm; FR, 20 rpm; tensión arterial, 200/130 mmHg y fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado II. En la exploración cardiopulmonar había tonos cardíacos rítmicos y apagados, hipoventilación, roncus y sibilantes dispersos. En el abdomen no se detectaron masas ni soplos. Existían discretos edemas maleolares. En el tacto rectal se palpó una próstata de grado II. Tras el sondaje vesical no se obtuvo orina. En los datos analíticos: Hb, 9,7 g/dl; Hto, 28,2 %; urea, 236 mg/dl; Cr, 16,8 mg/dl; bicarbonato sérico, 13 mEq/L.

En la ecografía abdominal se evidenció una hidronefrosis bilateral grado II y dos masas pulsátiles a nivel de hipogastrio, que en la TC abdominal (fig. 1) correspondían a dos aneurismas trombosados de 9 cm (derecho) y 6,3 cm (izquierdo) en arterias ilíacas internas que comprimían los uréteres, sin fibrosis peri-aneurismática. Se objetivó mediante cistoscopia la

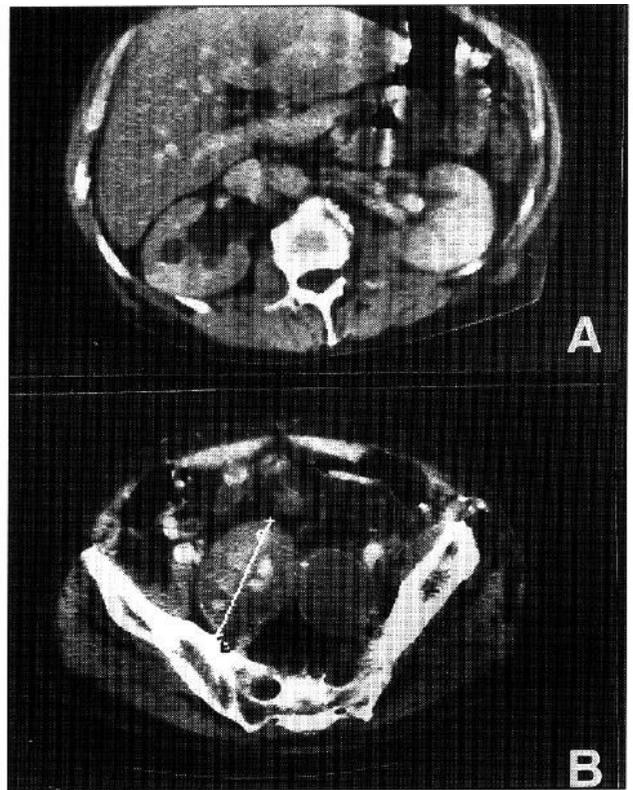


Fig. 1.-A) TAC abdominal que muestra dilatación del sistema excretor de ambos riñones. B) TAC abdominal en el que se evidencian dos masas de 9 y 6,3 cms, que corresponden a dos aneurismas trombosados de las arterias ilíacas internas.

prominencia de una masa extrínseca pulsátil sobre la zona central izquierda del trigono vesical que impidió la cateterización ascendente del uréter izquierdo,

pero no obstante se pudo colocar un catéter de doble J en el uréter contralateral. Tras esta maniobra el enfermo inició diuresis y recuperó progresivamente la función renal hasta alcanzar al cabo de 15 días una Cr en plasma de 0,8 mg/dl. Se programó al paciente para la resección quirúrgica de los aneurismas, pero antes de que se efectuara presentó súbitamente un cuadro de dolor lumbar bilateral irradiado a extremidades inferiores con hipotensión y descenso del hematócrito a 19 %. Fue intervenido quirúrgicamente y se apreció la rotura del aneurisma de la arteria ilíaca primitiva izquierda, sin lesión en el aneurisma contralateral. Se efectuó la resección de ambos aneurismas y un «by-pass» aortobifemoral. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria. La urografía intravenosa posterior evidenció una correcta eliminación de contraste por ambos riñones.

La uropatía obstructiva secundaria a compresión ureteral por aneurismas suele aparecer en varones con factores de riesgo cardiovasculares <sup>4</sup>, como en el caso de nuestro paciente. La clínica más frecuente es dolor abdominal, aunque en ocasiones puede existir una masa abdominal palpable y microhematuria <sup>5</sup>. La presentación como fracaso renal agudo es rara, ya que requiere, obviamente, la compresión simultánea de ambos uréteres <sup>1</sup>. Es frecuente que exista una reacción fibrosa perianeurismática que puede envolver el uréter <sup>1,5</sup> y facilitar su obstrucción, aunque en nuestro caso la obstrucción ureteral era únicamente por efecto masa.

El diagnóstico se efectúa mediante ecografía, TC y arteriografía esta última como técnica más específica <sup>3</sup>. La urografía intravenosa puede mostrar desviación medial de los uréteres, aunque esto no es patognomónico <sup>1</sup>. Con frecuencia esta exploración no se efectúa por existir un cierto grado de insuficiencia renal, como sucedió en nuestro caso.

El tratamiento se realiza mediante la resección del aneurisma tras resolver la obstrucción ureteral con el drenaje de la vía urinaria <sup>1,5</sup>, aunque algunos autores obvian este paso y efectúan directamente la resección del aneurisma seguida de «by-pass» aortofemoral <sup>6</sup>. La resección de los aneurismas debe considerarse una urgencia quirúrgica, ya que su rotura

espontánea puede producirse en cualquier momento y poner en grave peligro la vida del paciente <sup>7</sup>. como sucedió en nuestro caso. Los datos que indicarían un elevado riesgo de ruptura precoz del aneurisma y que obligarían a realizar un tratamiento quirúrgico urgente son: un diámetro inicial superior a 5 cm <sup>8</sup> o un aumento de su tamaño en controles ecográficos seriadados <sup>8,9</sup>, hipertensión arterial diastólica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dolor abdominal <sup>7</sup>. Nuestro paciente reunía los criterios referidos de riesgo de ruptura, por lo que quizás el tratamiento quirúrgico se debería haber efectuado más precozmente.

En resumen, los aneurismas bilaterales de arterias ilíacas son una causa rara de uropatía obstructiva, su diagnóstico es sencillo y su resección, que debe ser urgente ante el riesgo de ruptura, permite la resolución del cuadro.

## Bibliografía

- 1 Loughlin K, Kearney G, Helfrich W y Carey R: Ureteral obstruction secondary to perianeurysmal fibrosis. *Urology* XXIV:332-336, 1984.
- 2 Saw KC y Bullock KN: Leaking iliac artery aneurysm causing bilateral ureteric obstruction and oliguria. *Br J Urol* 64:431-432, 1989.
- 3 Schular JJ y Flanigan DP: Iliac artery aneurysms. In: *Aneurysms- Diagnosis and Treatment*, ed. Bergan JJ and Yao JST, pp. 469-485. New York: Croom Helm, 1982.
- 4 Dzau VJ y Creage MA: Diseases of the aorta. En: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Twelfth Edition. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RC, Martin JB, Fauci AS, Root TK, editores. McCraw-Hill pp. 1015-1018. Inc New York, 1991.
- 5 Safran R, Sklenicka R y Kay H: Iliac artery aneurysm: A common cause of ureteral obstruction. *J Urol* 111:605-609, 1975.
- 6 Thomas TV, Mann C My Hill Saffo KS: Multiple aneurysms and obstruction. *Amer Surg* 37:444, 1971.
- 7 Cronenwet JL, Murphy TF, Zelenock CB, Whitehouse WM, Lindenauer SM, Craham LM, Quint LE, Silver TM y Stanley JC: Actuarial analysis of variables associated with rupture of small abdominal aortic aneurysms. *Surgery* 98:472-483, 1985.
- 8 Nevitt MP, Ballard DI y Hallett JW Jr: Prognosis of abdominal aortic aneurysms: a population-based study. *N Engl J Med* 321:1009-1014, 1989.
- 9 Bernstein EF y Chan EL: Abdominal aortic aneurysm in high risk patients. Outcome of selective management based on size and expansion rate. *Ann Surg* 200:255-263, 1984.