

Síndrome de compresión ureteral por aneurisma de la arteria ilíaca externa derecha

Ureteral compression syndrome due to aneurysm of the right external iliac artery

Eurika Chacón Ramos^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4553-8512>

Idael Moisés Alfonso Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6911-6664>

Marcia de los Ángeles Leyva Calafell¹ <https://orcid.org/0000-0003-1133-8472>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: eurikachacon@gmail.com

Recibido: 18/09/2022, Aceptado: 05/10/2022

Exposición del caso

Paciente de 81 años de edad, femenina, mestiza, antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial (HTA), fumadora. Comienza con dolor abdominal intenso, pulsátil, que se acompaña de fatiga y lumbalgia en ocasiones, es traído al servicio de urgencia por los familiares.

Al examen físico se constata palidez de piel y mucosas, auscultación cardíaca: ruidos cardíacos taquicárdicos, tensión arterial 100/70, abdomen blando, doloroso a la palpación difusamente, dolor a la compresión de la fosa ilíaca derecha donde se palpa masa pulsátil. En la analítica sanguínea destaca un aumento de la creatinina sérica de 200 mmol/l. Se realizó ecografía abdominal donde se observa ureterohidronefrosis derecha moderada y dilatación aneurismática de la arteria ilíaca externa derecha que comprime el uréter derecho y presencia de líquido alrededor del aneurisma.

Se le realiza tomografía de urgencia simple por las cifras de azoemia que impidieron un estudio contrastado. Se confirma la presencia de ureterohidronefrosis del riñón derecho por compresión del

uréter por una tumoración (T?) posiblemente aneurismática derecha que coincide con el resultado del ultrasonido (figura 1A; 1B).

En una vista tomográfica transversal se observa la moderada dilatación de las cavidades renales con parénquima conservado (figura 1C). No se realiza arteriografía por la severidad del cuadro clínico que ameritaba referirla a un centro de asistencia de mayor nivel, se interconsulta con el Servicio de Angiología quien realiza reparación del aneurisma fisurado por técnica convencional.

Durante la cirugía se produce lesión del uréter al estar englobado en la fibrosis perianeurismática y fue imposible realizar reparación termino terminal del uréter u otras técnicas como flap de Boari o vejiga psicoica, las cuales requerían un mayor tiempo quirúrgico. Se realizó ureterocutaneostomía derecha.

Evolucionó satisfactoriamente durante las primeras 48 horas. La ureterocutaneostomía se mantuvo funcional a lo largo del posoperatorio. Lamentablemente, la paciente fallece días después por disfunción múltiple de órganos secundaria a resangrado de la arteria ilíaca externa derecha antes reparada.

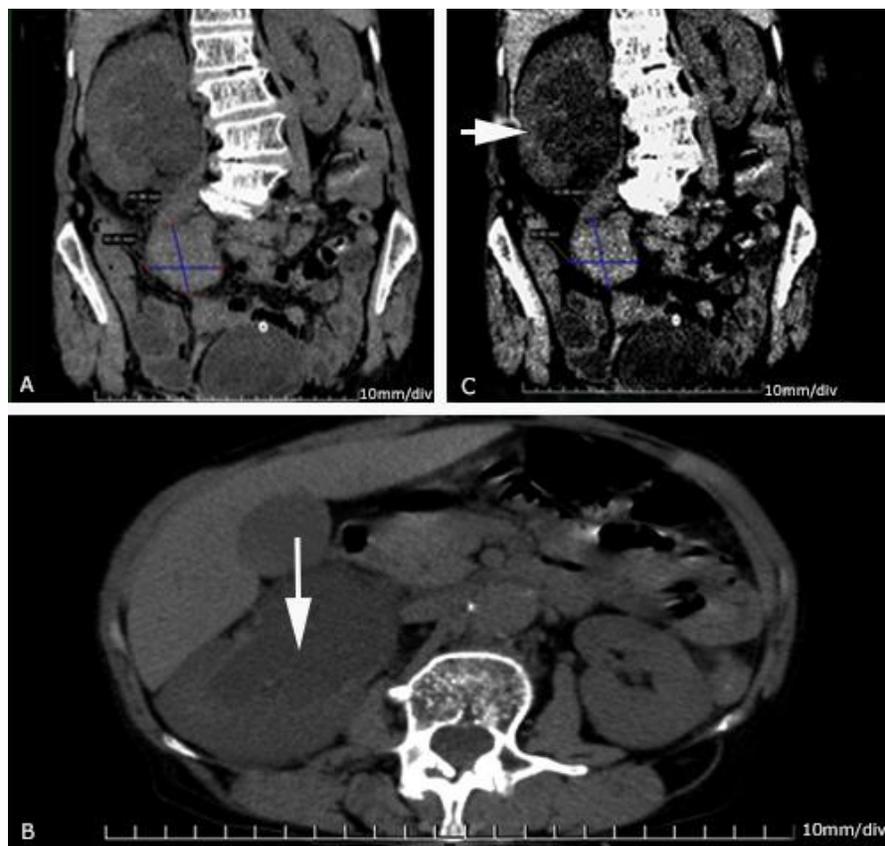


Fig.- Tomografía Axial Computarizada Simple. A: reconstrucción con ventana para abdomen se observa aneurisma (50,45X 45,96mm) de la arteria ilíaca derecha que comprime el uréter ipsilateral con ureterohidronefrosis secundaria. B: Se aprecia la dilatación del tracto urinario superior derecho (saeta blanca). C: Corte transversal donde se señala la pielocaliectasia renal derecha (saeta negra).

Comentario

El síndrome de compresión ureteral responde a las causas de obstrucción extrínseca del uréter por patología retroperitoneal (fibrosis retroperitoneal idiopática o secundaria), masas retroperitoneales (abscesos, hematomas, linfocele, urinoma, lipomatosis pélvica, tumores), neoplasias de colon, recto, pseudoquistes pancreáticos, tumores ginecológicos y lesiones vasculares que abarca los aneurismas de la arteria aorta, aneurismas de la arterias ilíacas, anomalías arteriales (más frecuentes en el tercio inferior del uréter), las obstrucciones debidas a reparaciones e injertos vasculares y las lesiones venosas (el síndrome de la vena ovárica, tromboflebitis postparto de la vena ovárica y el uréter retrocavo).

Los aneurismas de la arteria ilíaca corresponden en un 70 % a la arteria ilíaca común, el 25 % a la arteria ilíaca interna y menos del 5 % a la arteria ilíaca externa, infrecuentes aislados. Lo más característico es su asociación con un aneurisma de aorta abdominal. Tiene una relación hombres: mujeres de 7:1. A causa de su tamaño y de la inflamación asociada, un aneurisma voluminoso, puede ocasionar una obstrucción ureteral mecánica, ya sea unilateral o bilateral. La cicatrización y la inflamación asociada con el aneurisma, también pueden abarcar el uréter y provocar su obstrucción. Esta obstrucción ureteral se debe a la producción de una fibrosis perianeurismática con cicatrización retroperitoneal. Se han comunicado casos de obstrucción ureteral incluso con una arteria ilíaca normal, pero con una presión intraarterial elevada. La complicación más seria es la rotura, que se asocia a una alta mortalidad que va del 50 % al 100 %.

Son pacientes fumadores, mayores de 60 años con antecedentes de HTA, diabetes, más frecuente en caucásicos, que presentan clínica de dolor en la espalda y dolor abdominal como síntomas más frecuentes, el dolor en flanco, la dispepsia y pérdida de peso son los síntomas menores. Dado que un aneurisma puede afectar el uréter en un 10 % de los casos, este tipo de pacientes puede presentar síntomas urológicos, como por ejemplo: dolor lumbar, infecciones de las vías urinarias y fiebre. La compresión, la erosión y la rotura en estructuras adyacentes puede provocar síntomas urinarios, digestivos y hasta la anulación de la función renal uni o bilateral.

El ultrasonido abdominal tiene una sensibilidad de 95 % y especificidad de 99 %; sin embargo, la angiotomografía computarizada aporta mejores detalles para monitorizar y planificar la conducta quirúrgica. La TAC contrastada es muy útil para valorar tanto las estructuras vasculares como las renoureterales y en general el retroperitoneo. Esto se puede observar en el aumento del diámetro de la aorta, calcificaciones de la pared de estos vasos y rodeando el contorno dilatado de estos una masa de densidad similar a los tejidos blandos. En las estructuras renoureterales podemos observar dilataciones y compresiones ureterales, así como un retardo en la eliminación e incluso anulación de la unidad renal comprometida.

Desde el punto de vista terapéutico, el tratamiento de la hidronefrosis de causa vascular se debe individualizar sobre las bases de la severidad de la obstrucción ureteral, grado de deterioro de la función renal y causa subyacente de la obstrucción, así como las condiciones del aneurisma (fisurado o indemne). Este último reparado otrora por laparotomía abierta en la que se observa en la actualidad, mejores

resultados con las técnicas endovasculares, lo que dependerá del equipamiento disponible en cada centro asistencial.^(1,2)

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez-Rivera EA, González-Botello AL, Ortiz-Monasterio RC, Lozano-Torres VM. Common iliac artery aneurysm urological manifestations. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(2):216-20. DOI: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000021>
2. Gagne M, Malhotra R, Zito J, Schwartz A, Sattler S. Double Trouble: Massive Unruptured Aortic Aneurysms. Clin Pract Cases Emerg Med. 2018;2(1). DOI: <https://doi.org/10.5811/cpcem.2017.7.33820>