

Pseudoaneurisma ilíaco a los seis años de la trasplante

M. Eugenia Palacios-Gómez¹, M. Adoración Martín-Gómez¹, Sergio García-Marcos¹, Fernando Utrilla-Fernández²

¹ Unidad de Nefrología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

² Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Torrecárdenas. Almería

Este artículo debe ser citado utilizando esta referencia bibliográfica:

[NefroPlus 2013;5\(1\):83-5](#)

doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.May.11978

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años con enfermedad renal crónica no filiada, en hemodiálisis desde 2001. Hipertensión arterial mal controlada. Trasplante renal (TR) de cadáver en junio de 2003, con reintervención por sangrado en el posoperatorio inmediato. Se diagnostica de rechazo agudo vascular tipo III de Banff por biopsia al quinto día post-TR, tras la que aparece fístula arteriovenosa no complicada en el polo inferior del injerto. Posteriormente presenta un gran linfocele con compresión de la arteria ilíaca externa (AIE) que precisó drenaje. Se rebiopsia al mes sin incidencias. A los cuatro meses se procede a trasplante por falta de función renal y rechazo agudo, volviendo a hemodiálisis. Controles ecográficos posteriores sin hallazgos significativos.

En mayo de 2009 presenta dolor brusco y tumoración pulsátil en región inguinal derecha, observando en eco-Doppler y angio-tomografía axial computarizada una imagen sugerente de pseudoaneurisma dependiente de la AIE, en situación teórica de la anastomosis del injerto renal previo (figura 1).

Se deriva a Cirugía Vascular para reparación del pseudoaneurisma que se origina en la anastomosis con la arteria renal del riñón trasplantado. Se repara sin incidencias de forma endovascular, implantando prótesis ilíaca tipo Zenith, con fenestraciones para preservar ramas viscerales (figura 2), obteniendo buen resultado radiológico (figura 3) y clínico.

En agosto de 2009 acude a hemodiálisis con empastamiento y aumento de tamaño en miembro inferior derecho, descartándose por eco-Doppler trombosis venosa

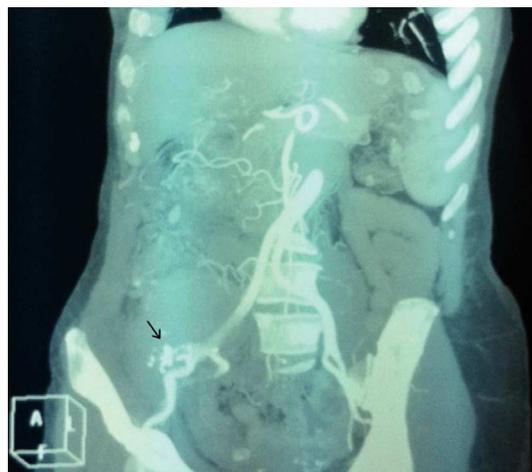


Figura 1. Masa a nivel de la fosa ilíaca derecha (flechas), de aproximadamente 9 x 7 cm.

Se rellena directamente desde la arteria ilíaca a nivel de la bifurcación de la ilíaca externa e interna compatible con un pseudoaneurisma ilíaco. Presenta pared fibrosa con trombo mural de aproximadamente 2 cm de diámetro.

Correspondencia: M. Eugenia Palacios Gómez

Unidad de Nefrología.

Hospital de Poniente. Ctra. de Almerimar, s/n. 04700 El Ejido, Almería.

mariaeugenia.palacios@ephpo.es

eugeniapgomez@gmail.com

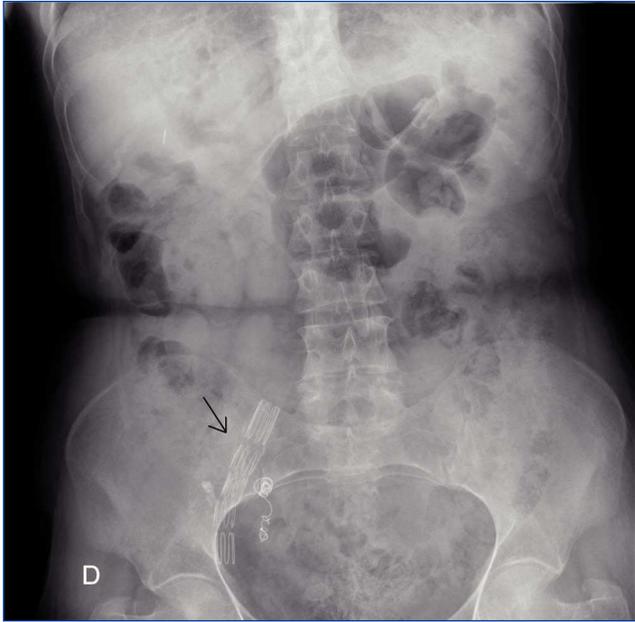


Figura 2. Prótesis tipo Zenith (flecha) en la arteria iliaca externa.

profunda y conservando permeabilidad de la prótesis iliaca. Posteriormente se dan episodios similares sin signos ecográficos de trombosis venosa ni arterial.

DISCUSIÓN

Los pseudoaneurismas arteriales son una complicación infrecuente (< 1 %) del TR. Se dividen en intrarrenales, más frecuentes y generalmente relacionados con biopsia percutá-

nea del injerto, y extrarrenales, más infrecuentes, habitualmente localizados sobre el área de la anastomosis arterial y relacionados con una reconstrucción vascular deficiente, daños en la pared arterial o infecciones en dicha área, apareciendo en las primeras semanas tras el TR o en relación con posteriores procedimientos quirúrgicos como la trasplantectomía¹.

Los pseudoaneurismas pequeños pueden tratarse de forma conservadora, mientras que los más grandes (> 2,5 cm) o con signos de infección requieren tratamiento para prevenir la ruptura. Las opciones terapéuticas incluyen cirugía convencional abierta, reparación endovascular o inyección percutánea de trombina guiada por ecografía².

En nuestro caso, la reintervención tras el trasplante, el linfocelo sobre la AIE y la trasplantectomía posiblemente han condicionado debilidad de la pared vascular, pudiendo ser la causa del pseudoaneurisma. El desarrollo de este a los seis años de la trasplantectomía (exploración y ecografías previas normales) no es frecuente², aunque hay otros casos descritos³. Puede que factores como la hipertensión arterial, la implantación de catéteres venosos femorales o las punciones en la arteria femoral (arteriografías, cateterismos, etc.) favorezcan su aparición.

El tratamiento endovascular es menos agresivo que la cirugía y con buenos resultados, como se demuestra en este caso.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

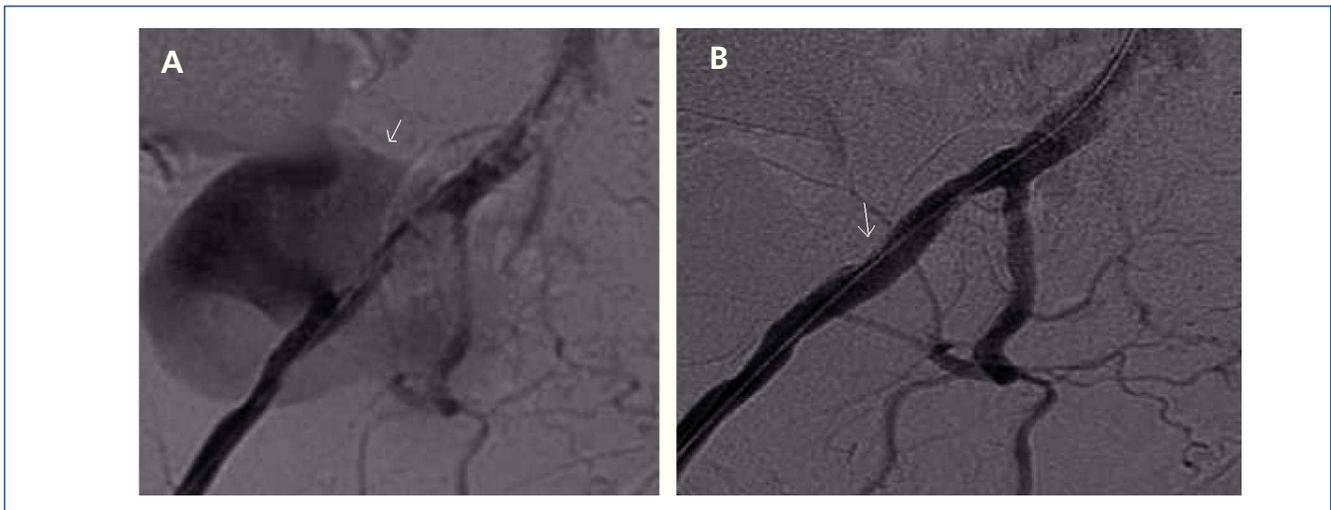


Figura 3. Pseudoaneurisma dependiente de la arteria iliaca externa antes (A) y después (B) de la reparación endovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donckier V, De Pauw L, Ferreira J, Hanquinet S, Hooghe L, Janssen F, et al. False aneurysm after transplant nephrectomy. *Transplantation* 1995;60:303-4.
2. Bracale UM, Santangelo M, Carbone F, Guercio L, Maurea S, Porcellini M, et al. Anastomotic pseudoaneurysm complicating renal transplantation: treatment options. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39(5):565-8.
3. Cubillas-Martín H, Caicedo-Valdés D, Vidal-Insua JJ. Pseudoaneurisma iliaco postrasplantectomía renal. *Angiología* 2009;61(2):105-6.