

Postgrado en Angiología
Unidad de Angiología
ASCARDIO
Barquisimeto Estado Lara, Venezuela



Caso Clínico en Angiología

Título Caso clínico. Aneurisma de arteria ciática persistente.

Autores Vogel Lyly¹ lyllyvogel@gmail.com; García Nelson¹ ndgpuerta74@gmail.com;

Granero Ricardo^{1,2} ricardogranero@yahoo.com

DOI: 10.13140/RG.2.2.26673.79204

Palabras claves: variante anatómica, arteria ciática, persistencia, aneurisma, trombosis.

Presentado en Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela el 22/02/2017

1 Unidad de Angiología ASCARDIO Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela

2 Programa Enfermedades Cardiovasculares, Ministerio del PP para la Salud, Estado Lara, Venezuela.

Unidad de Angiología, ASCARDIO Carrera 17 con Calle 12 Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela.
www.ascardio.org Teléfono +58-251-2678260 FAX +58-251-251839

Resumen

La arteria ciática persistente es una rara variante del principal aporte sanguíneo de los miembros inferiores, ya que esta arteria debería degenerar espontáneamente durante la 6ta semana de desarrollo embriológico y permitir el desarrollo de la arteria femoral, la persistencia de esta arteria primitiva durante la etapa adulta, presenta algunas complicaciones como aneurismas por el recorrido que presenta y posibles alteraciones en la estructura celular de esta arteria. En esta ocasión se describe el caso de una paciente femenina que acude con signos de isquemia aguda en miembro inferior derecho y al realizar estudios de imagen se describe la causa de la isquemia como embolización distal de un aneurisma ubicado en la región glútea derecha con recorrido anómalo a lo esperado, estudios posteriores permiten la conclusión de Arteria ciática persistente con aneurisma que sigue su historia natural hacia trombosis del mismo en los meses subsiguientes y flujo del miembro dado por colaterales, manteniendo la viabilidad del miembro afectado.

Introducción

La Arteria Ciática Persistente (ACP) es una rara variante de la circulación de los miembros inferiores, fue descrita por primera vez en 1832. Embriológicamente, la circulación de los miembros inferiores inicialmente es dada por la arteria ciática que proviene de la arteria umbilical, aproximadamente en la 6ta semana se forma la arteria femoral que constituirá la principal vía circulatoria de los miembros inferiores y degenera la arteria ciática, la persistencia de esto constituye una rara variante que se describe como un hallazgo casual como parte de algún diagnóstico. La incidencia de esta variante se estima entre el 0,01 y el 0,05%¹.

Caso Clínico

Este CC se describe en una paciente femenina de 74 años, natural de Yaracuy, procedente de Barquisimeto. Sin antecedentes familiares de importancia, Hábitos Psicobiológicos: Sedentaria, Niega hábitos tabáquicos, alcohólicos y uso de drogas. Entre sus antecedentes personales patológicos resaltan: Hipertensión Arterial diagnosticada a los 55 años tratada, Enfermedad ar-

terial periférica asintomática desde 2010 en tratamiento con atorvastatina y cilostazol, Trombosis Venosa Profunda de femoral superficial con Síndrome Postrombótico en miembro inferior izquierdo (2011), refiere intervención quirúrgica por fractura de tobillo derecho que ameritó material de osteosíntesis. La paciente acudió al Servicio de Emergencia (SE) en septiembre de 2013 por presentar frialdad, dolor y palidez en miembro inferior derecho; en el examen físico se reporta frialdad, palidez y ausencia de pulsos poplíteos, pedios y tibiales de miembro inferior derecho. La paciente es valorada por facultativo de guardia en SE, quien prescribe Eco doppler; que resulta concluyente para Oclusión de Arteria Poplítea derecha por trombosis, y sugiere realizar amputación de miembro inferior derecho. A solicitud de un familiar, es valorado por especialista en angiología y hemodinamia, quien sugiere iniciar tratamiento con enoxaparina y warfarina y realización de arteriografía de MsIs; en la cual observa posible dilatación aneurismática de arteria iliaca externa derecha. Posterior a realización de arteriografía, el angió-

logo realiza nuevo examen físico donde se evidencia a la palpación: masa pulsátil en glúteo derecho, a la luz de este hallazgo, se re-analizan la arteriografía y eco doppler concluyendo en la presencia de un Aneurisma de variante anatómica de arteria femoral derecha y trombosis de a. poplítea derecha, por lo cual se indica trombolisis de trombosis poplítea y dado el riesgo de ruptura, se planifica reparación quirúrgica, con colocación de prótesis para exclusión de aneurisma de ACP. Mientras la paciente espera por la consecución del material protésico necesario, en abril 2014 presentó, en MID dolor, palidez, y frialdad distal, por lo cual acude a consulta del angiólogo tratante quien realiza eco doppler e indica realizar Angio TAC que reportan Trombosis arterial de Aneurisma de ACP, es hospitalizada durante 5 días cumpliendo el siguiente tratamiento: warfarina, cilostazol, ASA, Atorvastatina, por presentar una trombosis del aneurisma no requirió reparación endovascular, solo tratamiento médico con Anticoagulación oral. Se realizaron seguimientos semanales por 4 semanas, con buena evolución clínica: sin dolor, piel normotérmica y buen llenado

capilar, luego se hizo seguimiento mensual con la misma clínica por un año. Paciente actualmente estable sin recidiva de los síntomas. La complicación más frecuente de la ACP es la degeneración aneurismática fusiforme, esto ocurre entre el 25% y el 58% de los casos reportados, con una fisiopatología probable debida a micro traumatismos repetidos en la zona glútea al sentarse y una estructura arterial anormal con menor cantidad de fibras de elastina en su pared. Estos aneurismas se ponen de manifiesto al causar efecto compresivo sobre las estructuras adyacentes o erosión de las mismas, siendo los síntomas más frecuentes relacionados con los sistemas gastrointestinal, genitourinario, neurológico o venoso. El tratamiento de los aneurismas mayores de 3 cm, es de exclusión quirúrgica o endovascular según el caso, debido a que en el 31% de los casos se produce ruptura. El riesgo de ruptura aumenta con el tamaño del aneurisma, y aumenta el riesgo de trombosis, ambas complicaciones constituyen las de mayor frecuencia para los aneurismas periféricos. En este CC, el aneurisma siguió el curso natural del mismo al trombosar-

se, que por el antecedente de EAP presentado por la paciente, se describe formación de vasos colaterales que compensaba el flujo de la arteria ciática ocluida por la trombosis.

Discusión

Solamente 1% de todos los diagnósticos de aneurismas se refieren a la arteria glútea. El hallazgo clínico más indicativo de una ACP es la presencia de una masa glútea pulsátil. Puede asociarse signos como ausencia o disminución del pulso femoral con pulsos poplíteos y distales normales, signo de Cowie, o síntomas de isquemia aguda que indicarían una complicación del mismo. El eco doppler es el estudio de primera línea a usar que nos permitirá observar el aneurisma en región glútea y describir el mismo y las características y recorrido de la arteria ciática, es conveniente realizar un 2do método diagnóstico para detallar las características para tratamiento del mismo, la arteriografía de MsIs sirve como método diagnóstico y tratamiento, también se puede realizar angiotomografía para obtener imágenes de la ACP².

Para esta clase de aneurismas se des-

cribe una historia natural similar a los aneurismas de arterias ilíacas, hacia la expansión progresiva y posterior ruptura en un 31% de los casos. La frecuencia de ruptura se incrementa con el aumento del tamaño del aneurisma. Se considera un diámetro ≥ 3 cm como el diámetro significativo a partir del cual se recomienda el tratamiento quirúrgico. Otra de las complicaciones más frecuentes es la trombosis del aneurisma con manifestaciones de isquemia aguda. Otras manifestaciones clínicas que se refieren son las ejercidas por el mismo sobre estructuras adyacentes (efecto de masa o erosión de las mismas), siendo los síntomas más frecuentes relacionados con los sistemas neurológico o venoso³.

Hasta hace algún tiempo el tratamiento recomendado para estos aneurismas era la reparación quirúrgica a pesar de su elevada mortalidad. El desarrollo tecnológico ha permitido diseñar y desarrollar endoprótesis que se pueden colocar por vía percutánea, evitando así los riesgos y complicaciones de la cirugía abierta.

El diagnóstico de oclusión arterial aguda debe ser realizado precozmente para asegurar la viabilidad del miem-

bro afectado por lo que requiere de la utilización del método diagnóstico correcto y la ubicación de la lesión que genera la ausencia de flujo en los territorios vasculares afectados, posterior a esto para la toma de decisiones es necesario conocer la anatomía, reconocer la posibles causas de la oclusión y tener los conocimientos sobre la interpretación de los métodos de diag-

nóstico seleccionados. Una variante anatómica dificulta la realización del diagnóstico correcto de la oclusión y por lo tanto el manejo adecuado y oportuno de la misma.

A los fines de contribuir con la diseminación efectiva y eficaz de Casos Clínicos hemos seguido las recomendaciones CARE para la elaboración de este documento.^{4,5}

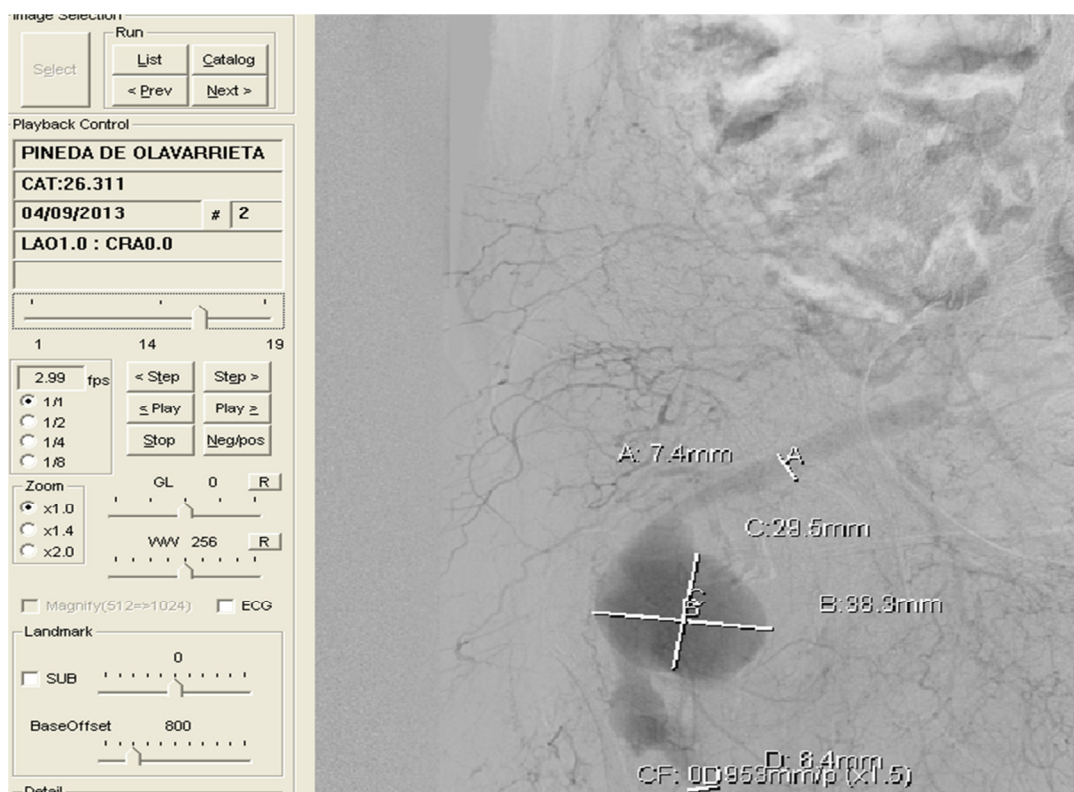


Figura 1. Arteriografía de Msls: Aneurisma de Arteria ciática persistente derecha y Trombosis de Arteria poplítea derecha.

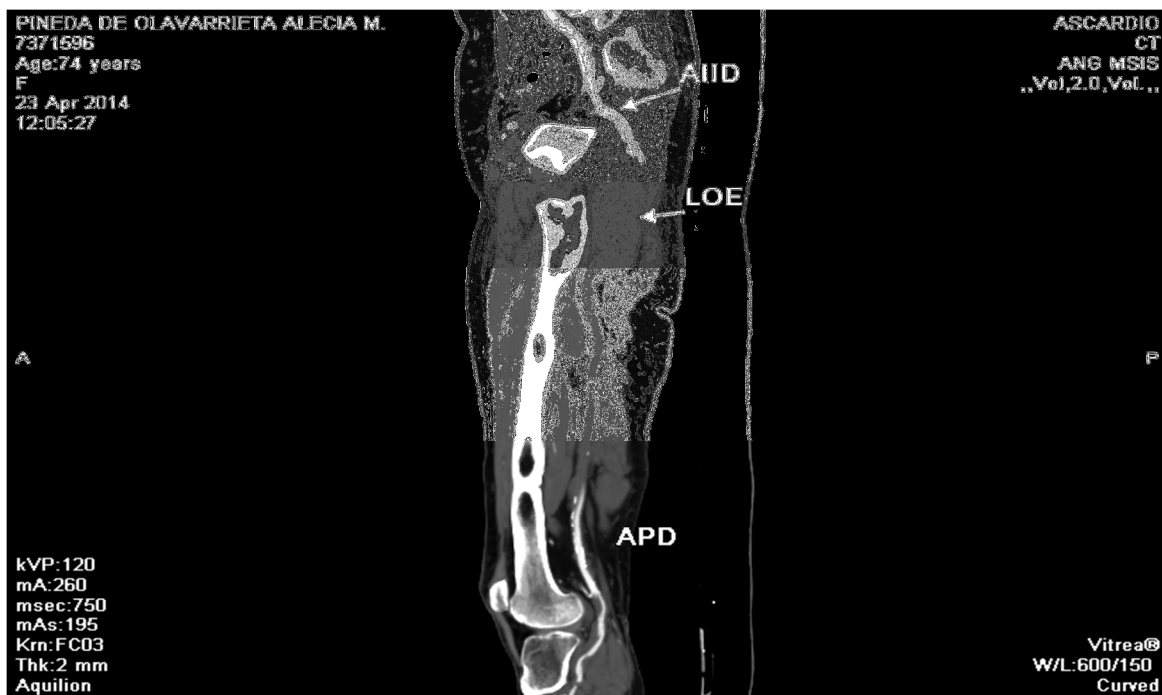


Figura 2. Angio TC de Msls: Arterias iliacas interna dilatadas y de mayor longitud, alcanzan hasta la región poplítea, la derecha ocluida (desplazada en la región glútea por TU? descrito) y distalmente se hace permeable e impresiona dar origen a la arteria poplítea como variante anatómica, esta muestra lesión obstructiva significativa. Arterias tibial anterior, posterior y peronea derechas, ocluidas.



Figura 3. Angio TC: reconstrucción 3d. Arterias ilíacas interna dilatadas y de mayor longitud, alcanzan hasta la región poplíteas, la derecha ocluida (desplazada en la región glútea por TU? descrito) y distalmente se hace permeable e impresiona dar origen a la arteria poplíteas como variante anatómica, esta muestra lesión obstructiva significativa. Arterias tibial anterior, posterior y peronea derechas, ocluidas

Bibliografía

1. Bombín J, Kotlik A, San Martín H, Seguel G. Aneurisma verdadero en arteria ciática persistente: Caso clínico. Rev Chil Cir. 2010, 62(5): 502-507. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000500014&lng=es.
2. González-González M., Tagarro-Villalba S., García-Gimeno M.A., González-Arranz, López García D., Rodríguez-Camarero S.J.. Pseudoaneurisma de la arteria glútea superior. A propósito de un caso y revisión Bibliografica. ANGIOLOGÍA 2006; 58 (5):423-428.
3. Chleboun, J., Teasdale, J. A pulsatile gluteal mass due to sciatic artery aneurysm. ANZ Journal of Surgery. 1995, 65(12):907-910.
4. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, et al. Global Adv Health Med Published online: [15/05/2017] doi:10.1136/bcr-2013-201554
5. Rison et al.: The CARE (CAsE REport) guidelines and the standardization of case reports. Journal of Medical Case Reports 2013, 7:261. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/7/1/261>