

Pseudoaneurisma aórtico infrarrenal posterior a colecistectomía laparoscópica

RESUMEN

Los pseudoaneurismas tardíos de la aorta son complicaciones infrecuentes de la colecistectomía laparoscópica; sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con ellos son potencialmente altas. Los síntomas primordiales son dolor, edema y equimosis. Una masa pulsátil pudiera ser un rasgo distintivo en éste padecimiento al igual que el frémito, si bien éste es inconstante. Se presenta el caso de una mujer con antecedente de colecistectomía laparoscópica a quien se le diagnosticó un pseudoaneurisma aórtico infrarrenal que fue tratado satisfactoriamente con cirugía.

Palabras clave: pseudoaneurisma abdominal, complicaciones vasculares de la colecistectomía.

Miguel Ángel Sierra-Juárez¹
Pedro Manuel Córdova-Quintal²
Damián Palafox Vidal³

¹ Jefe de Unidad. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

² Médico Adscrito. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

³ Médico Residente.
Servicio de Cirugía. Hospital General de México.

Infrarenally aortic pseudoaneurysm after laparoscopic cholecystectomy

ABSTRACT

The presence of late aortic pseudoaneurysms is a rare complication associated to laparoscopic cholecystectomy, however potential high morbidity and mortality is common if present. Main symptoms are pain, ecchymosis and edema. The presence of a pulsatile mass is a distinctive feature as well as murmur or thrill, although the two latter are inconstant. We further present the case of a woman who underwent elective laparoscopic cholecystectomy, an aortic pseudoaneurysm below the renal artery was diagnosed and successfully treated with surgery.

Key words: Abdominal pseudoaneurysm, Vascular complications of cholecystectomy.

Recibido: octubre 2013

Aceptado: enero 2014

Correspondencia

Dr. Damián Palafox
Calle San Francisco #7
CP. 03100 Colonia Del Valle
palafoxdamian@yahoo.fr

Este artículo debe citarse como

Sierra-Juárez MA, Córdova-Quintal PM, Palafox Vidal D. Pseudoaneurisma aórtico infrarrenal posterior a colecistectomía laparoscópica. Rev Esp Med Quir 2014;19:110-112.

Los pseudoaneurismas tardíos de la aorta son complicaciones infrecuentes de la colecistectomía laparoscópica; sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con ellos son potencialmente altas. Las principales complicaciones de los pseudoaneurismas comprenden trombosis, embolia distal y rotura.¹ Los síntomas primordiales son dolor, edema y equimosis. Una masa pulsátil pudiera ser un rasgo distintivo en éste padecimiento, al igual que el frémito pero éste es inconstante. Se han reportado pseudoaneurismas de aorta abdominal incluso meses después de la colecistectomía laparoscópica.^{2,3} Algunos pacientes desarrollan dolor dorsal crónico. Debido a la situación retroperitoneal de la aorta abdominal es posible que el vasto tejido adyacente a la región condicione la limitación de la hemorragia y, después de la absorción del hematoma contenido, el tejido origine fibrosis.^{4,5} Presentamos el caso de una mujer con antecedente de colecistectomía laparoscópica a quien se le diagnosticó pseudoaneurisma aórtico infrarrenal que fue tratado satisfactoriamente mediante cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 62 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica en medio hospitalario externo dos meses antes de ser enviada a nuestro servicio. Además, diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en tratamiento. Refirió dolor abdominal constante con irradiación a la región lumbar, de tipo opresivo, después de la colecistectomía. A la exploración física se palpó, a nivel del epigastrio, una masa abdominal de 5 × 4 cm, no delimitada, adherida a planos profundos, inmóvil y dolorosa a la palpación. En las extremidades inferiores pulsos femorales 3/3 bilateral, con integridad arterial distal, llenado capilar inmediato, y movilidad. En la angiotomografía se apreció dilatación pseudoaneurismática de aorta infrarrenal de 3-4 cm y trombo mural con orificio de comunicación en la cara anterior de la aorta. El resto de las

estructuras vasculares no tenían alteraciones aparentes. Se realizó angiotomografía de control y se observó crecimiento del pseudoaneurisma con dimensiones de 5 × 6 cm con aumento de flujo hacia saco pseudoaneurismático (Figuras 1 y 2). Clínicamente, la paciente presentó incremento del dolor abdominal y se decidió ser intervenida quirúrgicamente. Se realizó un abordaje por la línea media abdominal con incisiones supra e infraumbilical, exposición del asa de colon e intestino delgado, disección en raíz de mesenterio de distal a proximal. Se identificó a continuación la aorta a nivel de la bifurcación de las ilíacas con control de las mismas. Se visualizó la masa en la cara anterior de la aorta con saco pseudoaneurismático de aorta infrarrenal de 5 × 6 cm en la cara anterior, pulsátil (Figura 3). Se realizó disección del saco, por su cara lateral externa derecha, hasta identificar el cuello suprarrenal. Se observaron las arterias renales derecha e izquierda sin alteraciones. Se realizó control vascular y apertura del saco identificando orificio en la cara anterior de la aorta de 3 × 3 cm cuya pared tenía placa de ateromas calcificados. Se colocaron pinzas vasculares de aorta y se decidió reparar con parche con injerto de dacrón. Se verificó posteriormente la hemostasia y se retiraron las pinzas. Se afrontó el saco aneurismático sobre el injerto y se procedió al cierre de las heridas por planos.



Figura 1. Angiotomografía: pseudoaneurisma infrarrenal de aorta.



Figura 2. Angiotomografía y reconstrucción tridimensional: pseudoaneurisma aórtico infrarrenal.

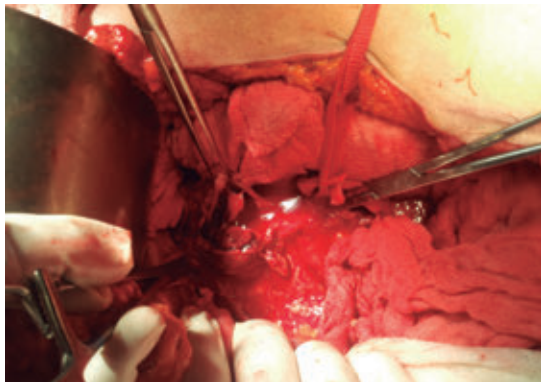


Figura 3. Saco de pseudoaneurisma.

DISCUSIÓN

La mayoría de las complicaciones vasculares asociadas con la colecistectomía laparoscópica

suelen deberse a lesión directa o por diatermia. En cuanto a su manejo, el tratamiento endovascular ha demostrado ser exitoso incluso en casos de pseudoaneurisma asociado con traumatismo torácico tardío de 15 años de antigüedad.⁶ Una serie de 9 pacientes con pseudoaneurismas tardíos reportó que 2 de ellos fueron tratados satisfactoriamente de manera conservadora y sin cambios en las pruebas radiológicas de control.⁷ Sin embargo, es importante señalar que el tratamiento debe ser, en todo caso, individualizado tomando en consideración las características del paciente. La cirugía puede ser efectuada mediante técnica abierta que permita ortorrafia, resección con colocación de injerto o aortoplastia con parche. En casos de localización infrarrenal, como el nuestro, el tratamiento predilecto consiste en resección del pseudoaneurisma y colocación de injerto siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan. El diagnóstico puede ser establecido con angiotomografía o con angiografía.

REFERENCIAS

1. Sierra-Juárez MA, Córdova-Quintal PM. Pseudoaneurisma. Lesión inadvertida, un reto para la comunidad médica no vascular. *Rev Mex Angiol* 2012;40:72-76.
2. Karamoshos K, Mykonu G, Evagelou J, Skaragas G, Christodoulou A. Sizable pseudoaneurysm of the abdominal aorta after laparoscopic cholecystectomy: a report of a serious complication. *Surg Endosc* 2003;17:661.
3. Levy MM. Infected aortic pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Ann Vasc Surg* 2001;15:477-80.
4. Brito-Queiroz A, Simao da Silva E, Aun R, Augusto-Benitti D, Bertoldi V, Puech-Leao P. Abdominal aortic pseudoaneurysm diagnosed 42 years after abdominal gunshot wound. *Clinics* 2011;66:1113-1114.
5. Madanur MA, Battula N, Sethi H, Deshpande R, Heaton N, Rela M. Pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2007;6:294-8.
6. Hernando-Rydings M, Martínez-López I, González-Sánchez S, Saís-Jerez A, Serrano-Hernando FJ. Pseudoaneurisma postraumático tardío de aorta torácica. *Angiología* 2012;64:247-249.
7. Katsumata T, Shinfeld A, Westaby S. Operation for chronic traumatic aortic aneurysm: when and how? *Ann Thorac Surg* 1998;66:774-8.