

# Endofibrosis de la arteria ilíaca externa

IGNASI D'IZAGUIRRE I MAURA<sup>(1)</sup>

JORDI ALDOMÀ I

PUIGDOMENECH<sup>(2)</sup>

AMELIA RIBAS I PALMER<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Centre de Medicina de l'Esport de Barcelona (Permanyer)  
Secretaria General de l'Esport

<sup>(2)</sup> Centre Diagnòstic Pedralbes.  
CETIR-Grup Mèdic

<sup>(3)</sup> CETIR- Grup Mèdic

Un ciclista de 23 años de edad y de categoría "élite" y que compete en carretera, nos consulta por un dolor a nivel del músculo vasto externo del cuádriceps de la pierna derecha. Este dolor es de aparición aguda, claudicante, relacionado con la intensidad de la sollicitación física, se mantiene constante hasta que no disminuye la intensidad de la pedalada y por este motivo le impide afrontar los momentos más intensos de la competición. El cuadro se presenta por primera vez hace un año, en el transcurso de una carrera "contra-reloj".

Actualmente en cada carrera presenta una crisis de dolor, idéntica de características, compatible con isquemia a nivel local y que le obliga a aflojar la intensidad de la pedalada. Ahora hace un mes y medio que evita altas intensidades de trabajo al ir en bicicleta y no tiene crisis de dolor, pero cuando pedalea a fuerte intensidad le vuelve a pasar.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hace falta destacar que no nos encontramos delante de un problema neurológico, o un síndrome compartimental, pero un dolor en el muslo, de aparición en esfuerzos máximos en ciclistas, y que desaparece cuando el sujeto

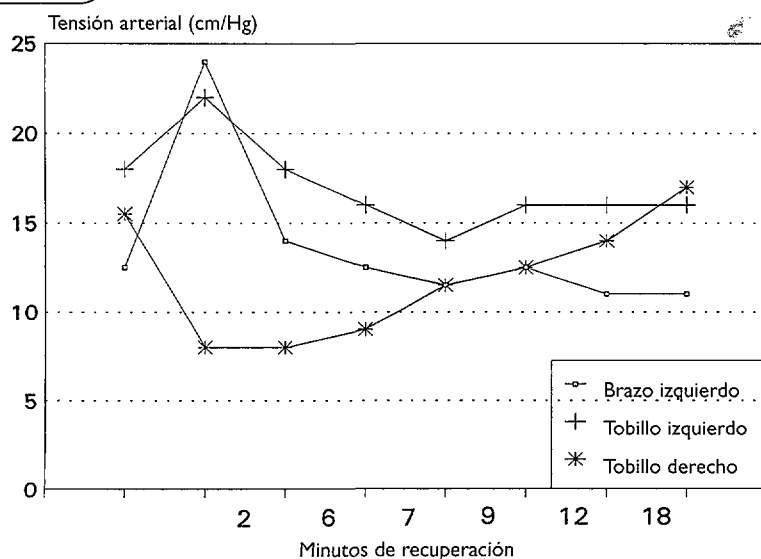
enlentece la marcha evoca el cuadro de endofibrosis que presentamos. También hace falta pensar en el caso de un ciclista de élite, que no nos encontremos ante un cuadro de sobreentrenamiento local mal tratado.

## EXPLORACIÓN

La exploración es anodina. Pulsos presentes y simétricos en las cuatro extremidades. Normal en la aorta abdominal. No existe soplo abdominal al flexionar la articulación coxo-femoral. No se detecta disminución de los pulsos al flexionar la articulación coxo-femoral contra el vientre. La temperatura y color de las piernas es normal. El resto de la exploración por aparatos es normal. La tensión arterial de reposo es normal y los índices de la tensión arterial muñeca-brazo descritos por YAO son superiores a 1 en condiciones de reposo. El índice de YAO es una de las formas más sencillas de medir la magnitud de la tensión arterial sistólica y su traducción en isquemia (Por debajo de 0,4 el índice tobillo-brazo indica una isquemia muy grave con claudicación a los pocos pasos, entre 0,7 y 1,0 indica una estenosis arterial a largas distancias).

Se realiza una prueba ergométrica máxima, progresiva comenzando a 50 vatios y con incrementos de 25 vatios cada minuto hasta la claudicación por dolor. Se controlan las tensiones arteriales en brazo y tobillo al final de la prueba hasta el minuto 18 después de la finalización de la misma, y con caída significativa de la presión maleolar de la pierna derecha y por tanto del índice tobillo-brazo por debajo de 0,35 en el momento de finalizar la prueba ergométrica para recuperar valores superiores a 1 en el minuto 9 después de finalizar la prueba. La recogida del valor de la tensión arterial se realiza por parte de dos observadores que cada dos minutos obtienen los valores de la tensión arterial

Figura 1



sistólica en el brazo y el tobillo, aceptando como valor el correspondiente al primer latido detectado a nivel de la tibial posterior o anterior (Figura 1).

Atendiendo que es sospecha Endofibrosis de la íliaca externa derecha se realiza ultrasonografía doppler y angiografía RM, dada la inocuidad de ambas técnicas. La ultrasonografía doppler muestra una alteración de la onda sistólica derecha (Figura 2), a nivel de la arteria íliaca externa. Comparamos con la imagen contralateral (Figura 3). Se practica angiografía RM, que demuestra una estenosis próxima a la raíz de la arteria íliaca externa, inmediatamente por debajo de la salida de la hipogástrica. En este caso no fue necesario administrar contraste y, mediante técnicas no cruentas se puede

Figura 2

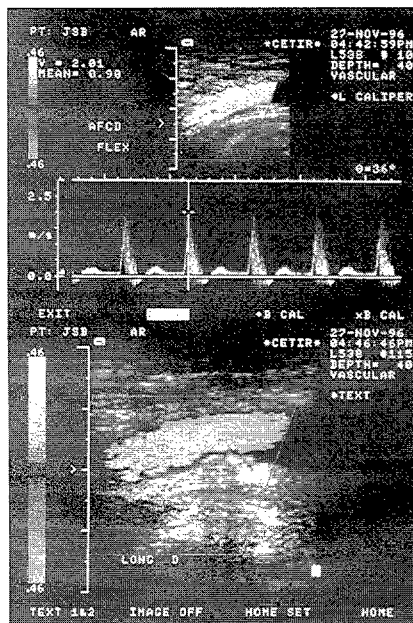


Figura 3

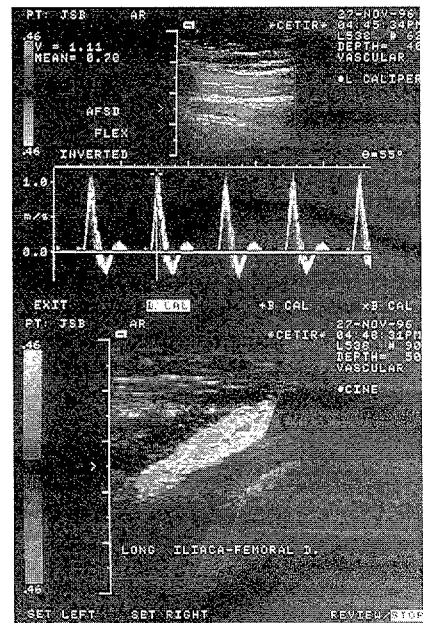
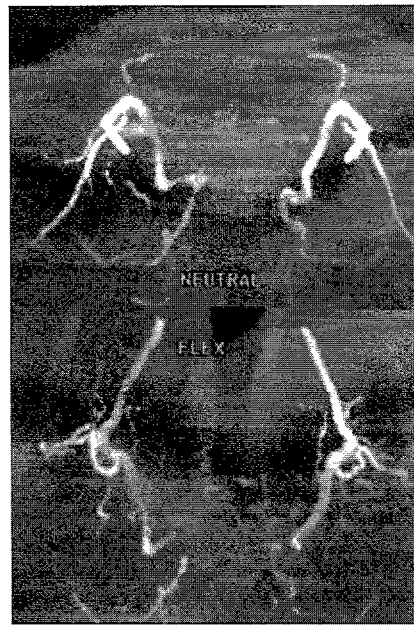


Figura 4



Figura 5



valorar el grado de afectación de la luz arterial (Figura 4). Comparamos con la imagen contralateral (Figura 5).

Posteriormente se practica intervención quirúrgica: plastia con vena safena interna derecha sobre íliaca externa derecha, sobre la circunfleja y al inicio de la arteria del cuádriceps.

El informe anatómo-patológico confirma el diagnóstico de endofibrosis. El post-operatorio no tuvo incidencias. Tratamiento con AAS de 100 mg/24 horas, que se mantendrá indefinidamente.

Al año siguiente se reinicia la actividad deportiva a nivel competitivo con normalidad hasta la actualidad. Con

posterioridad y durante la temporada se realizan nuevos controles en el gabinete de medicina del esfuerzo en los que se aprecia unos correctos índices de YAO en las dos piernas tanto en reposo como durante y después del esfuerzo.

#### Bibliografía

1. WALTER, J. ET AL. A propos de l'endofibrose iliaque chez deux coureurs cyclistes. *Helv. Chir. Acta.*, 1984, 51, pp. 793-795.
2. CHEVALIER, J.M. ET AL. L'endofibrose iliaque externe du cycliste de compétition: une patologia artérielle méconnue. *Ann. Chir. Vasc.*, 1986, 1, n° 3, pp. 297-303.
3. MOSIMANN R. ET AL. Stenotic intimal thickening of the external iliac artery: illness of the competition cyclist? *Vasc. Surg.*, 1985, 19, pp. 258-263.
4. CHEVALIER, J.M. L'endofibrose iliaque externe du cycliste de compétition. *Technopaties du cyclisme. Laboratoires CIBA-GEYGI. Rueil-Malmaison, France*, 1989.