



Aneurismas Viscerales un Hallazgo Incidental de Importancia Abordaje Diagnóstico Radiológico



Castrillón Ricardo; Castro María Paz; Muñoz Vanesa; La Mura Joaquín; Parada Carolina, Diluca Pablo; Lylyk Pedro

Los aneurismas de arteria visceral (AAVs) se definen como una dilatación focal de 1,5 veces el diámetro del calibre normal del vaso, tiene una baja incidencia (0.01 a 2%) afectando el eje celiaco.

El tamaño de los AAVs, su crecimiento, los síntomas, el embarazo y otras enfermedad subyacentes son factores que definen su pronto tratamiento debido al alto riesgo de ruptura que conllevan, con una mortalidad del 25%.

Fig 1



VR arteria esplénica

Fig 2



Art gastroduodenal MPR

Fig 3



Art. Mesentérica superior MPR

La arteria esplénica es la más afectada ya que presenta mayor grado de aterosclerosis, aunque también influyen factores inflamatorios y traumáticos. (Fig 1, Fig 2, Fig 3)

Fig 4



Aneurisma art esplénica MPR

Fig 5



VR arteria esplénica

Métodos diagnósticos

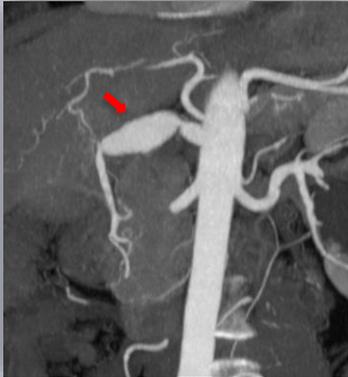
La Angiotomografía (AngioTC) es el método más utilizado para el diagnóstico de AAVs con una sensibilidad del 67%, nos brinda información detallada de la vasculatura abdominal a través de reconstrucciones en 3D, MPR y MIP (Fig 6 y Fig 7).

La angiografía digital (AD) es el método Gold Standard con una sensibilidad del 100% para el diagnóstico debido a su capacidad de evaluación en tiempo real. Aporta información anatómica de vasos colaterales y la extensión de los mismos, además permite el tratamiento inmediato.

Conclusiones

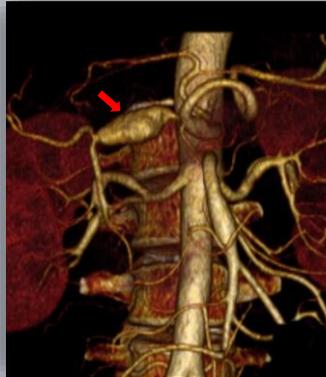
La AngioTC ha logrado establecer protocolos de diagnóstico específicos y ciertos para el diagnóstico y tratamiento inmediato de los AAVs. Es importante para los radiólogos conocer los hallazgos imagenológicos y los métodos de diagnósticos específicos para el correcto y temprano diagnóstico de estos aneurismas

Fig 6



Aneurisma art esplénica MPR

Fig 7



VR arteria esplénica

Los signos de riesgo de ruptura son:

- Crecimiento acelerado, con un aumento de 6-12 mm/año.
- Morfología sacular o excéntrica
- Ausencia de trombo o adelgazamiento parietal
- Ulceración de la pared. (Fig 4 y Fig 5).