

ANEURISMAS VISCERALES: LOCALIZACIONES Y PRESENTACIONES POCO FRECUENTES

Hospital interzonal Dr. O. Alende
Mar del Plata

AUTORES:

MARÍA DEL PILAR ANDÍA

ANA PAULA FORNARA GUERRERO

NICOLÁS EDUARDO ROVERANO

JULIETA ILEANA RAMOS PACHECO

JORGE LUIS ROMERO

Objetivos del aprendizaje:

Reconocer aneurismas arteriales en ramas aórticas, en localizaciones inusuales, mediante las diferentes técnicas de imagen para su diagnóstico, pues, de ello, depende un tratamiento temprano, que mejore la calidad de vida del paciente, y prevenga complicaciones que amenacen la vida.

Revisión del tema:

Existen aneurismas situados en algunas de las ramas de la aorta torácica y abdominal, que afectan al eje celíaco, arteria mesentérica superior, arteria mesentérica inferior, arterias renales, o la ramificación de estos troncos arteriales.

Por frecuencia:

- Arteria esplénica 60 – 80 %
- Arterias renales 30 %,
- Arteria hepática 20 %
- Arteria mesentérica superior, eje celíaco, arteria gástrica y gastroepiploica, arterias gastroduodenal y ramas pancreáticas, arterias yeyunales e ileocólicas y arteria mesentérica inferior, en menos del 5 %.

Suelen ser asintomáticos y resultan siendo, en la mayoría de los casos, hallazgos durante el estudio de otras patologías.

Los sintomáticos suelen dar dolor abdominal y/o masas pulsátiles abdominales, dolor precordial o shock hipotensivo secundario a ruptura.

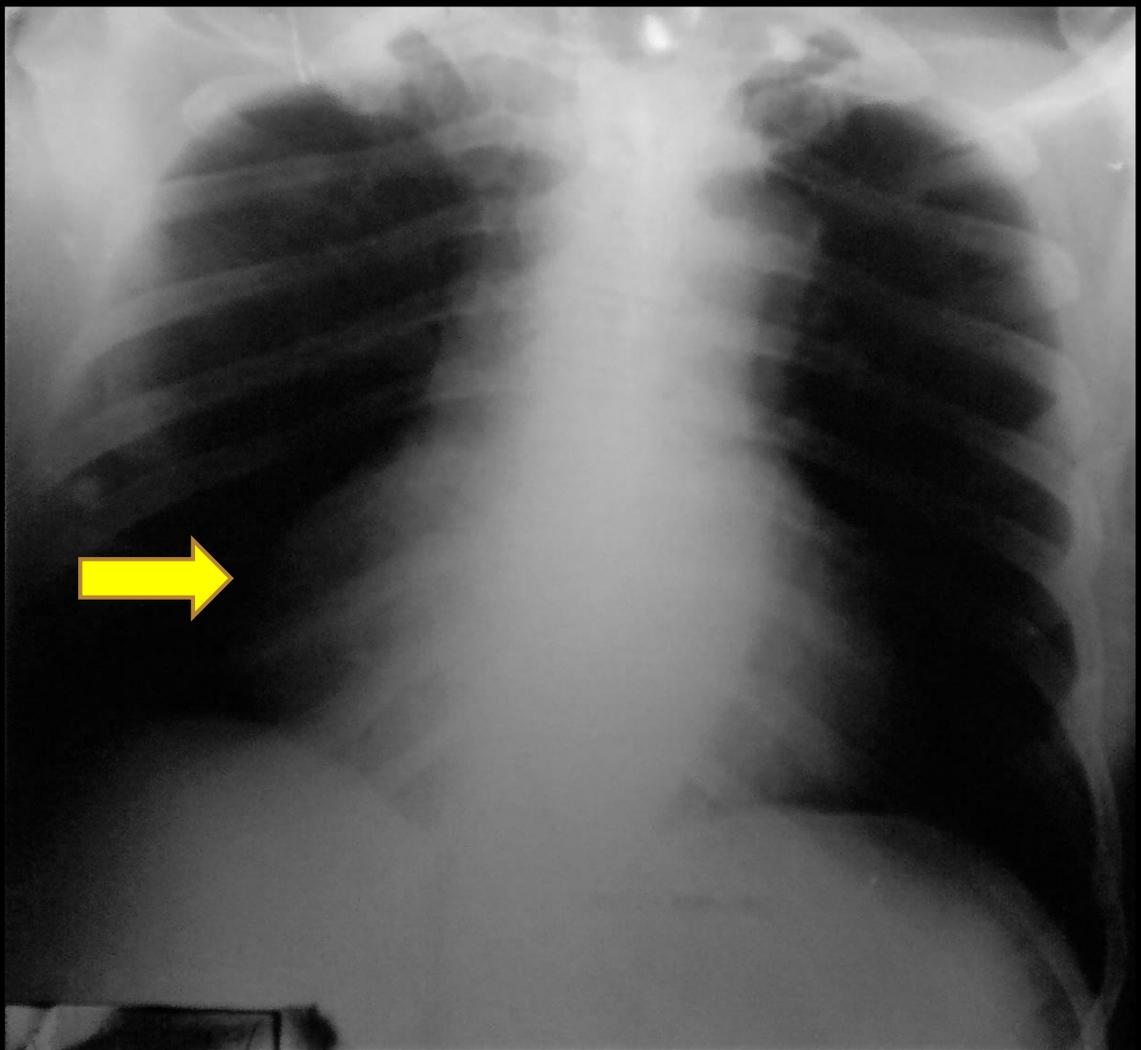
Se describen como aneurismas verdaderos degenerativos, por arteriosclerosis, displasia fibromuscular o enfermedades del colágeno, y como pseudoaneurismas o aneurismas falsos, cuando son secundarios a traumatismos (incluidos los iatrogénicos), inflamación, infección o vasculitis, entre otras causas.

Los aneurismas verdaderos tienen las capas que las componen intactas, mientras que los pseudoaneurismas, presentan disrupción de las capas íntima y media.

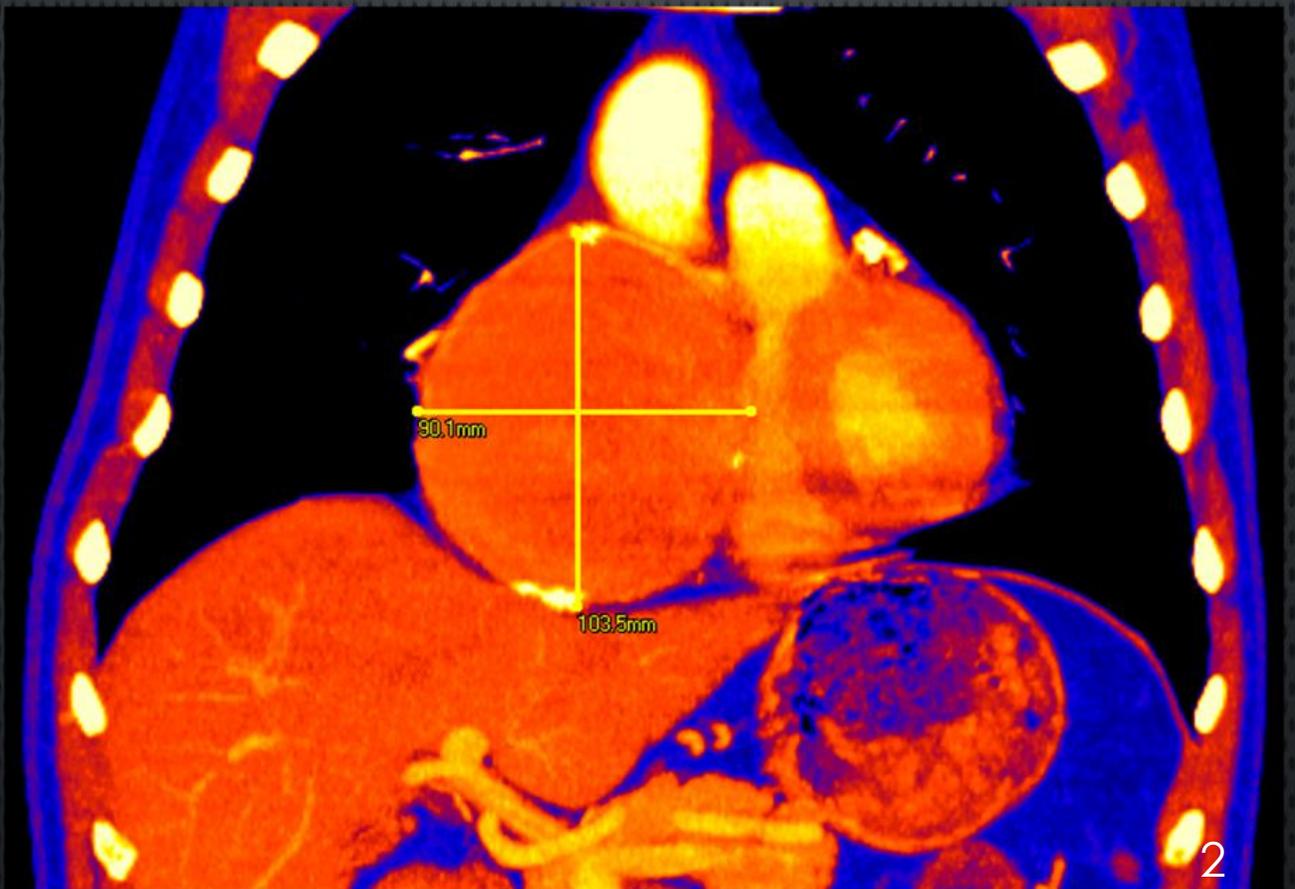
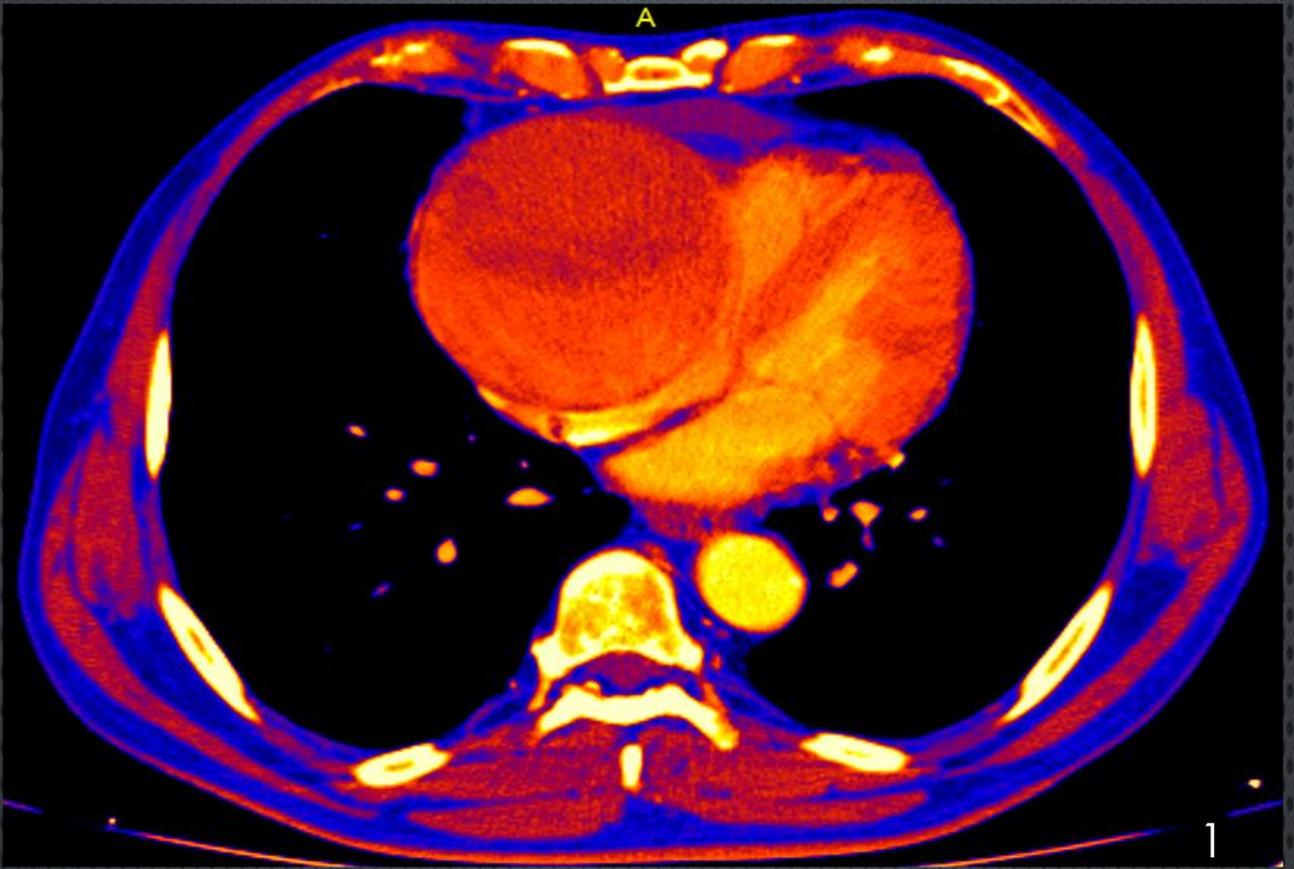
Para su diagnóstico, la radiología convencional, la ecografía, el eco doppler color, y la tomografía computada con contraste intravenoso con sus diferentes reconstrucciones multiplanares y el modo MIP, así como la arteriografía, juegan un papel fundamental para su diagnóstico y planificación terapéutica.

Presentamos 2 casos representativos de aneurismas y pseudoaneurismas que se presentaron en nuestra institucion.

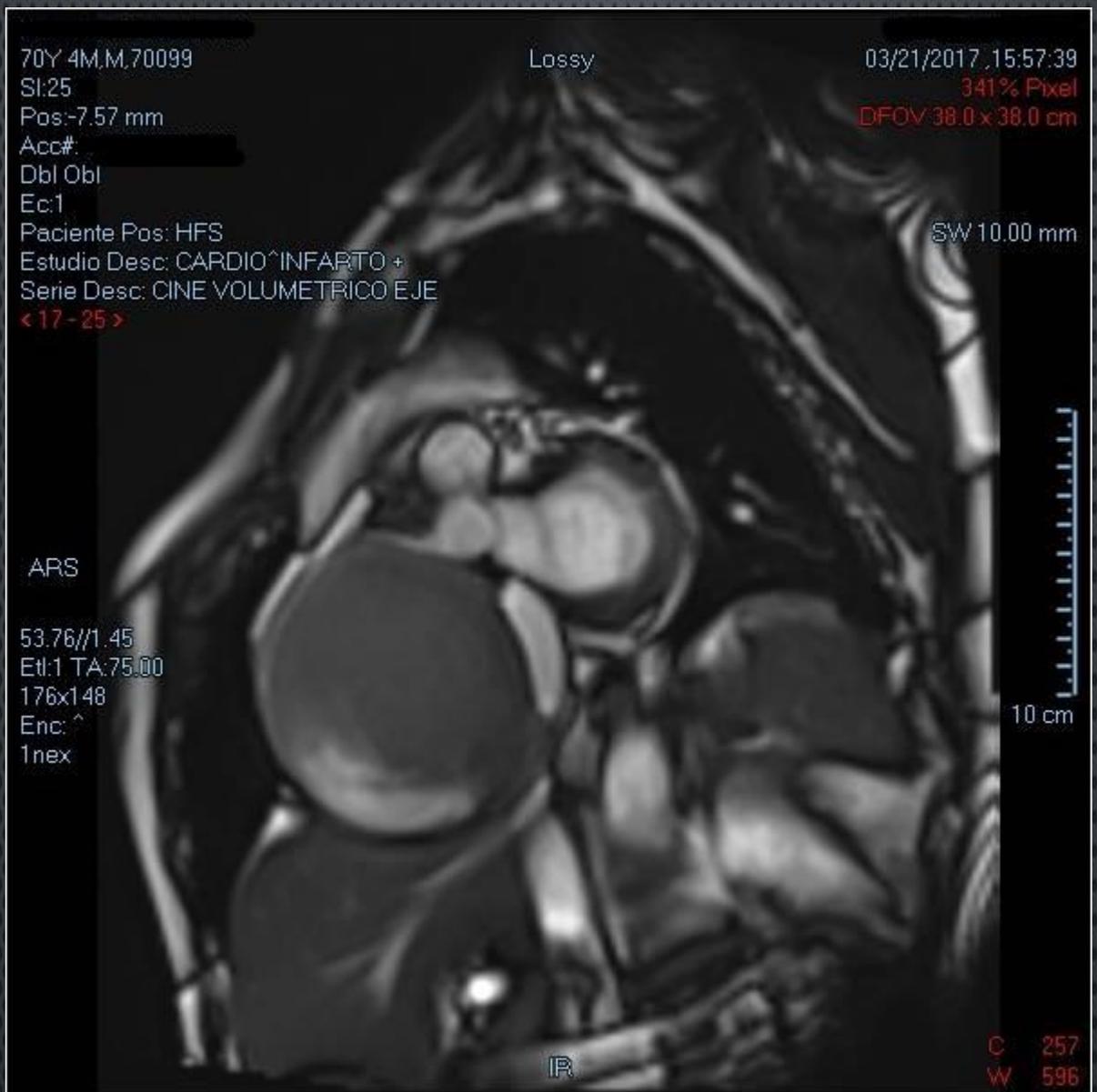
1. Radiología de tórax (D) : Paciente que se presenta a guardia con angor. Se evidencia ensanchamiento de la silueta cardiaca a nivel inferior derecho.



Ante dicho hallazgo, se decidió continuar métodos de mayor complejidad (TAC y RMN).

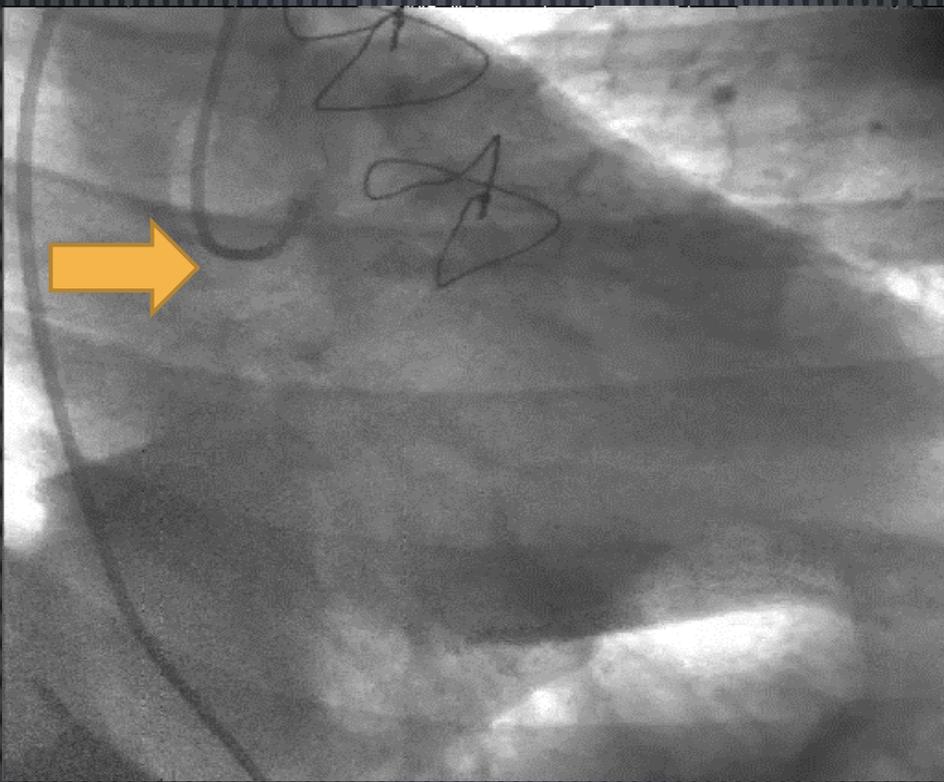


TCH : 1.Corte axial donde se objetiva, en proyección de aurícula y ventrículo derecho, formación sacular, de 90 mm x 13,5 mm.2- Vista coronal donde se evidencia su relación con cámara cardiaca derecha.

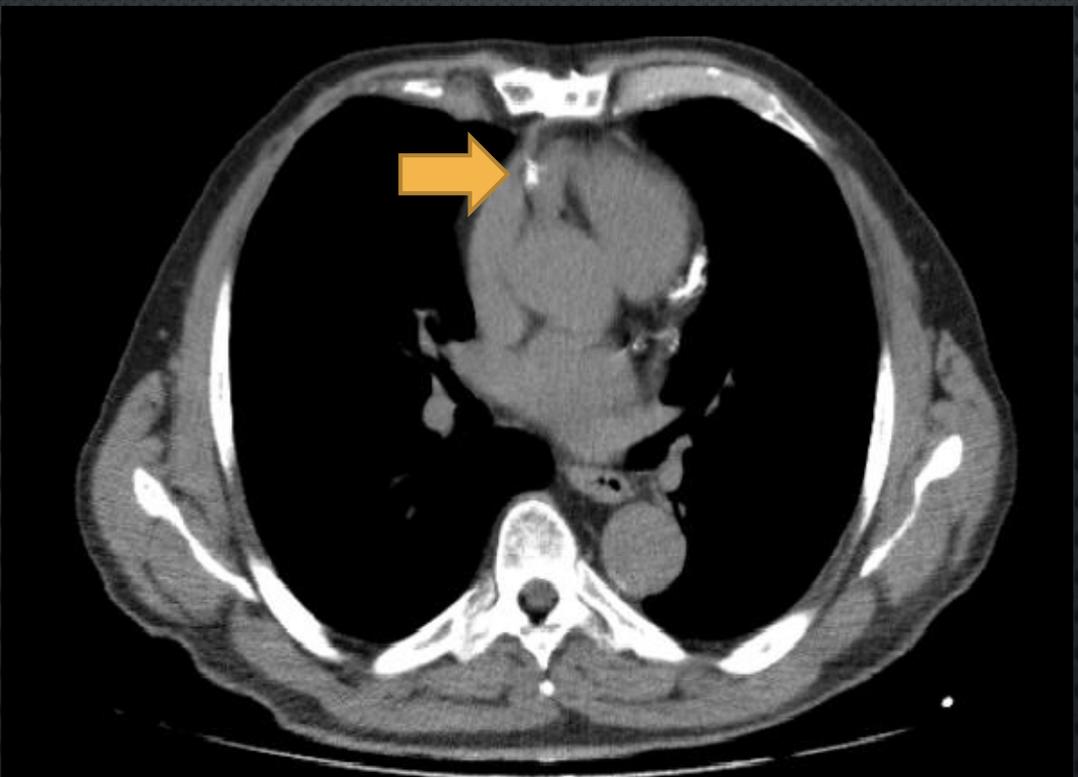


En corte parasagital de RMN cardíaca, se visualizan similares hallazgos que en TCH.

Ante la sospecha de aneurisma de arteria coronaria derecha, se procedió a la realización estudio angiográfico (cin coronariografía), con fines diagnósticos y, eventualmente, terapéuticos.



Arteriografía confirmó la existencia de un aneurisma de arteria coronaria derecha, la cuál fue, posteriormente, excluida de la circulación, mediante embolización con coils.



TCH control : se observa resolución total , y coil en sitio dónde se realizó la embolización.

Otro exponente de estas entidades, se manifestó en el contexto del estudio de un paciente con una masa abdominal, por la cuál se solicitó una tomografía con contraste endovenoso.

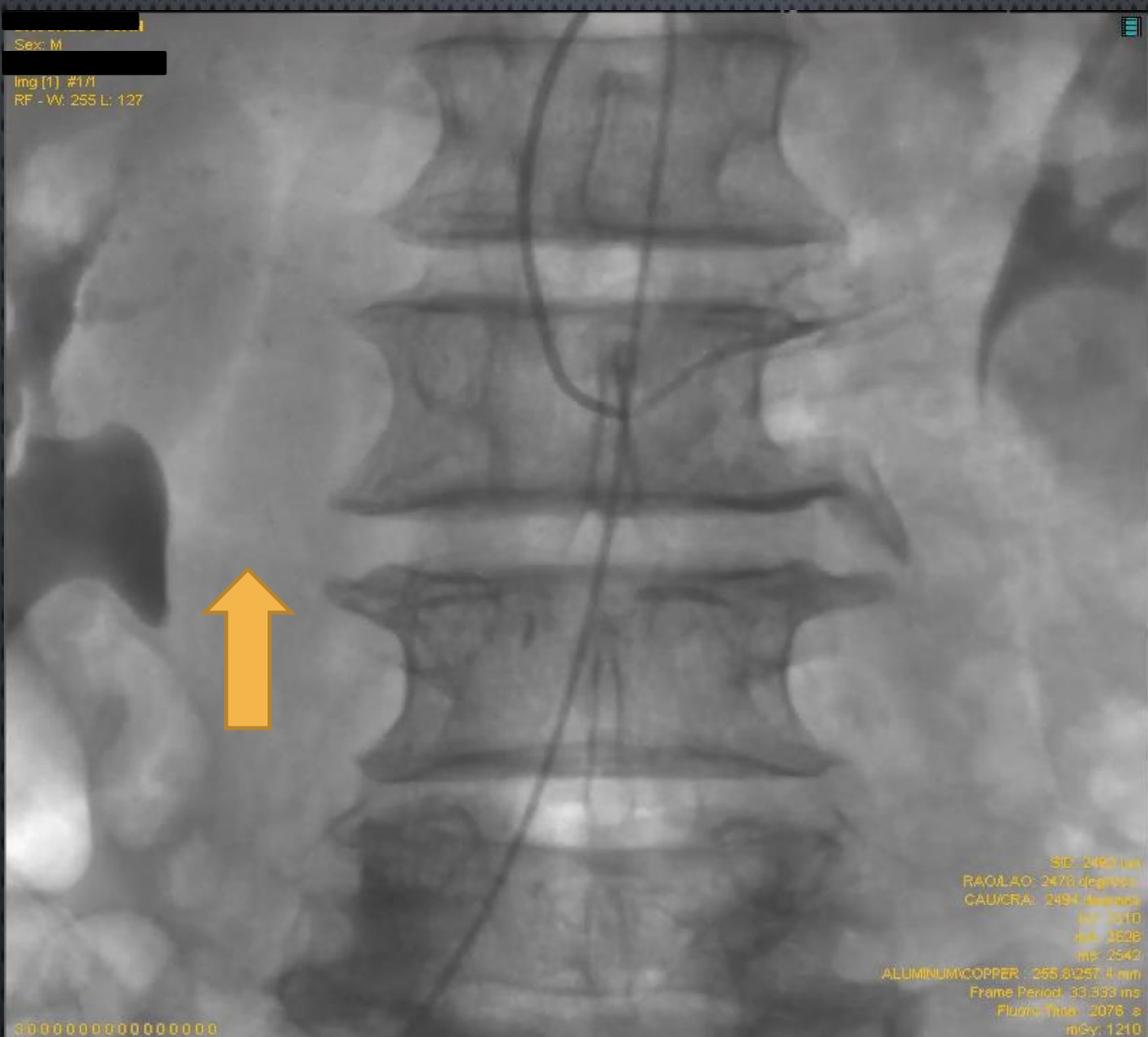


Se objetiva, adyacente a cabeza pancreática, masa redondeada hiperdensa, en fase arterial, de aprox 60 mm de diam, circundada por anillo incompleto hipodenso y focos cálcicos en la periferia.



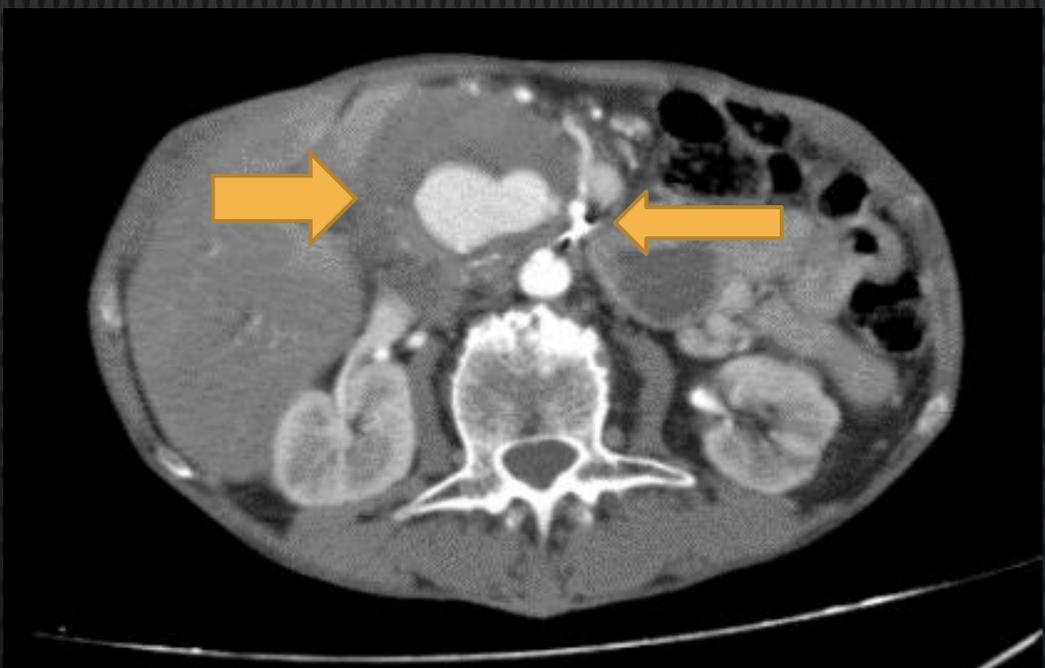
Reconstrucción en 3D

Siendo los hallazgos imagenológicos, sugestivos de patología arterial (pseudoaneurisma), se decidió realizar arteriografía, que fue, posteriormente, excluido mediante embolización arterial superselectiva, con microcatéter y coil.





En la tomografía de control postembolización, se visualiza la presencia de signos de pancreatitis previa (atrofia de parénquima pancreático, dilatación del conducto pancreático principal y calcificaciones difusas). Dicho proceso fue la causa de la formación del pseudoaneurisma.



Corte más distal , dónde se objetiva marcado avance del componente embólico que contiene luz del pseudoaneurisma. También es posible ver coil de embolización.

Conclusión:

El diagnóstico de los aneurismas y pseudoaneurismas viscerales, se ha incrementado por el uso masivo de las diferentes técnicas de imagen, siendo importante el reconocimiento de las anomalías arteriales, para asegurar un tratamiento temprano, evitando complicaciones.

El tratamiento endovascular se ha convertido, en muchos casos, de primera línea, planeando la exclusión vascular, de acuerdo a la localización, y sin afectar el flujo de órganos tóraco – abdómino – pelvianos.

AGRADECIMENTOS:

- **SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL DR.ALENDE
, MAR DEL PLATA**
- **SERVICIO DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL DR.
ALENDE MAR DEL PLATA**