

UTILIDAD DE LA ANGIOTC PARA LA VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA VASCULAR ABDOMINAL

SALA, Lourdes; GÓMEZ, Oscar; LIONI, María E.; CESAR,
Estanislao

IMAT – Fundación NiBA



Objetivos:

1. Exponer diferentes entidades patológicas y variantes anatómicas en la vasculatura abdominal en las cuales la AngioTC es una herramienta útil para su diagnóstico, pronóstico y/o seguimiento.
2. Describir los hallazgos radiológicos de las patologías vasculares abdominales más frecuentes evidenciadas por este método de estudio.

Revisión del tema:

La patología vascular abdominal con frecuencia se presenta como una situación clínica que requiere un diagnóstico rápido y certero para la instauración de un tratamiento temprano, o en algunas oportunidades patologías menos urgentes pero que requieren de un seguimiento apropiado.

Para esto la AngioTC proporciona una información diagnóstica de alta calidad, confiable y rápida, con una sensibilidad y especificidad cercana al 100%.

UTILIDAD DE LA ANGIOTC PARA LA VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA VASCULAR ABDOMINAL

No. 907

Se muestran las imágenes de patologías agudas, crónicas y variantes anatómicas de la vasculatura abdominal.

Entre ellos destacamos:

- ✓ Aneurisma de aorta infrarrenal.
- ✓ Rotura de aneurisma.
- ✓ Aortitis.
- ✓ Trombosis de la vena mesentérica superior.
- ✓ Aneurisma de la arteria esplénica.
- ✓ Disección aórtica.
- ✓ Variantes anatómicas

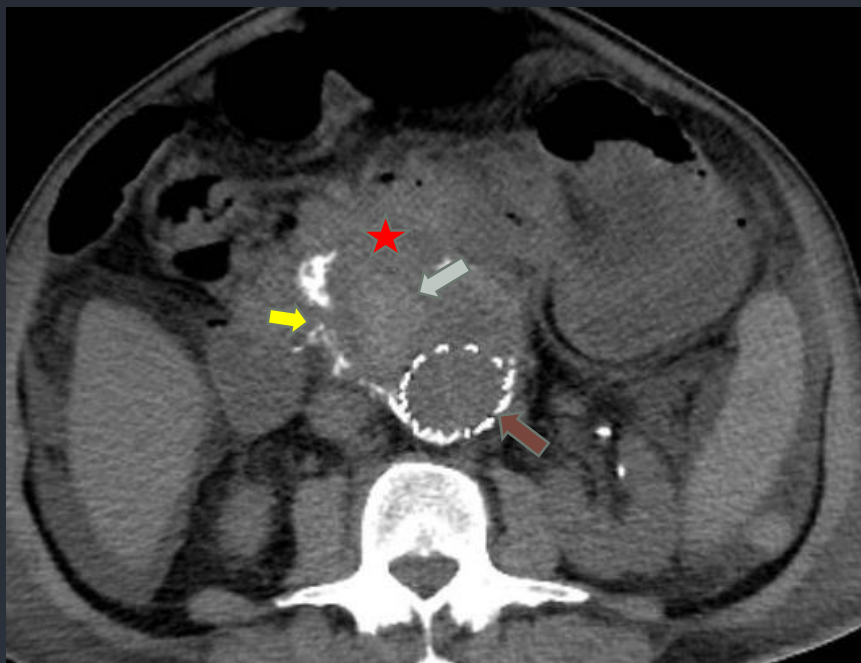
ANEURISMA DE AORTA INFRARRENAL



El aneurisma de aorta abdominal se define como la dilatación segmentaria de la aorta más de 3cm medida en un plano ortogonal al vaso.

En la imagen se muestra la forma correcta de angular el plano axial (línea roja) para tomar una medida real del diámetro de la aorta.

ROTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL



Se muestra un hematoma retroperitoneal (asterisco rojo) secundario a la ruptura de la pared (flecha amarilla) de un aneurisma aórtico. Nótese la sangre aguda espontáneamente hiperdensa (flecha azul) y la endoprótesis que se colocó al paciente como tratamiento (flecha verde).

AORTITIS INFECCIOSA

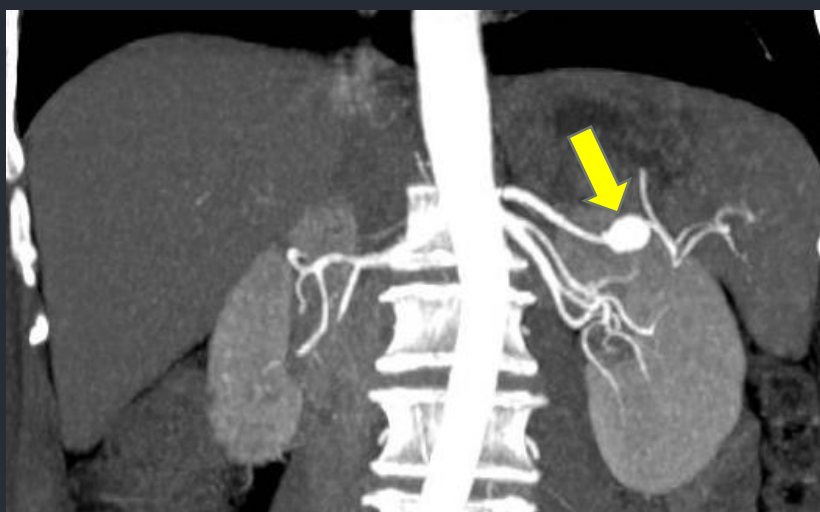
Proceso inflamatorio e infeccioso de la pared aórtica producido por un microorganismo (los más frecuentes son *Staphylococcus* sp. y *Streptococcus* sp. [40%]).

La inflamación produce destrucción de la pared arterial distendiéndola y debilitándola. Con lo cual, evoluciona rápidamente hacia un aneurisma infectado con alto riesgo de rotura y mortalidad



Corte sagital MPR que evidencia tejido de partes blandas (flecha roja) rodeando a la aorta infrarrenal por encima de su bifurcación

ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA

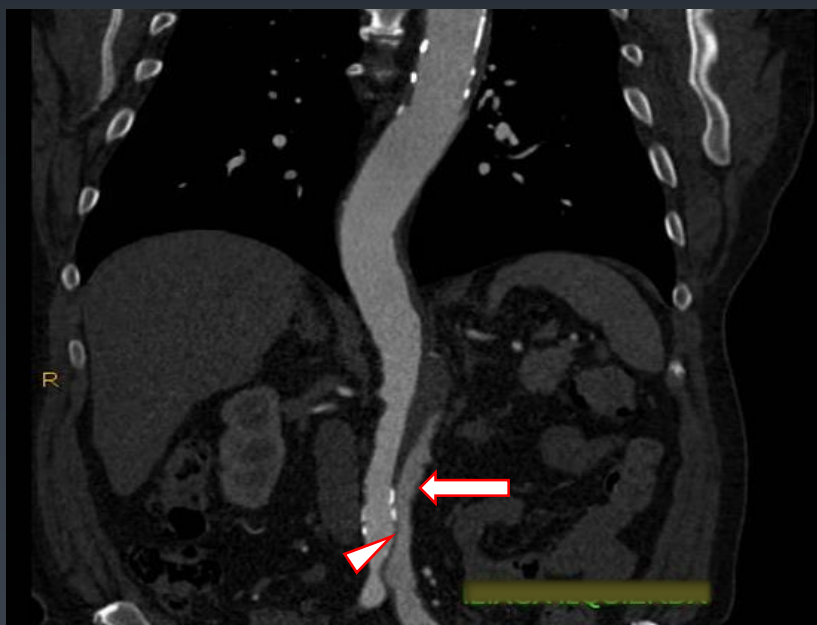


Arriba: reconstrucción coronal MPR Mip donde se visualiza dilatación aneurismática de arteria esplénica (flecha amarilla).

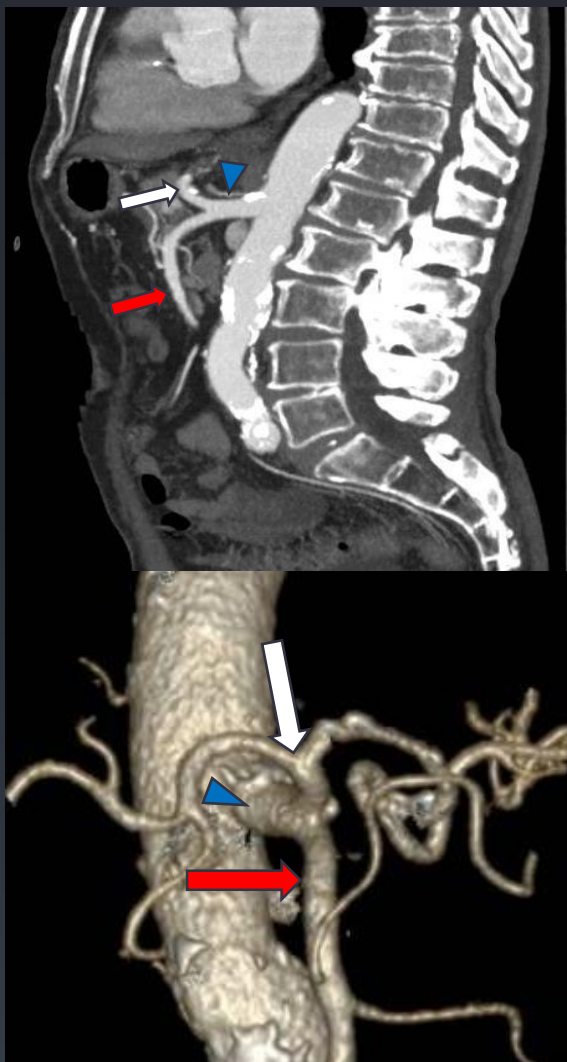
Abajo: reconstrucción 3D donde se evidencia el aneurisma en la bifurcación del hilio esplénico

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA

Es la rotura de la íntima que origina la entrada de sangre en la pared aórtica separando las capas de la media, formando así un falso conducto (flecha blanca) definido entre la capa media externa y adventicia por fuera y el complejo íntimo-medial o “flap” (cabeza de flecha) por dentro. El nuevo canal formado muestra flujo en su interior que regresa distalmente a la luz del vaso a través del orificio de reentrada.

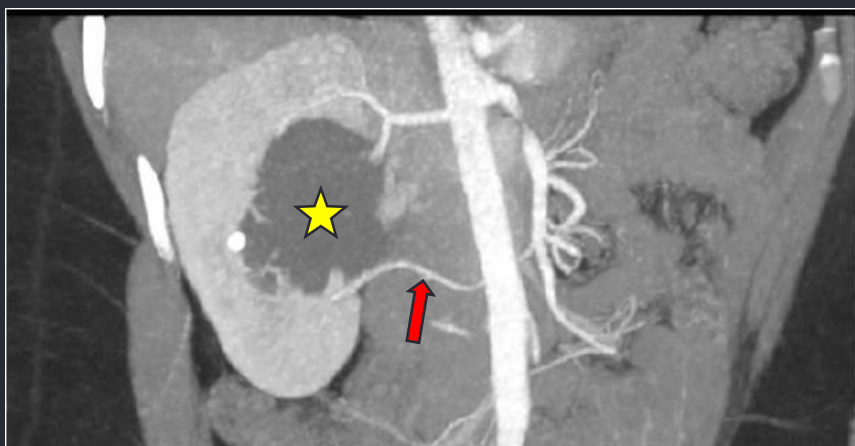


VARIANTES ANATÓMICAS



Tronco común celiaco-mesentérico: variante en la cual el tronco celíaco (flecha blanca) y la arteria mesentérica superior (flecha roja) tienen un origen común (cabeza de flecha)

VARIANTES ANATÓMICAS



Arteria polar inferior derecha (flecha roja). Nótese que la misma está causando dilatación de la pelvis renal (asterisco amarillo) por compresión del uréter proximal.



Arteria hepática derecha saliendo directamente de la aorta (flecha) en lugar de salir de la hepática común (como es lo habitual).

Conclusión:

La AngioTC se ha convertido en la técnica de elección en la evaluación de la vasculatura abdominal y su patología frente a otros métodos de estudio. Dado que es una técnica no invasiva, así como explorador independiente y presenta una alta resolución espacial, sensibilidad y especificidad.

Bibliografía

- Frauenfelder T, Wildermuth S, Merincek B, et al. Nontraumatic emergent abdominal vascular conditions: advantages of multi-detector row CT and three-dimensional imaging. *Radiographics* 2004; 24:2 481-496.
- Pearce WN, Slaughter MS, Le Maire S, et al. Aortic diameter as a function of age, gender and body surface area. *Surgery* 1993; 114:691-7.
- Rakita D, Newatia A, Hines J, et al. Spectrum of CT findings in rupture and impending Rupture of abdominal aortic aneurysms. *RadioGraphics* 2007; 27: 497-507.
- Cullacciati Asi A , Biurrun Mancisidor C, Vega eraso J et al. Seram 2012. Poster N° 1537. Aortitis Infecciosa: hallazgos en TC con CEV en seis casos y revisión de la literatura.
- Casado Méndez P, Trevín Fernández G, Méndez López V et al. Variantes anatómicas de origen de los ramos viscerales de la arteria aorta descendente infradiafragmática. *Revista Médica Electrónica* 2016;38:2 145- 155.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242016000200004&lng=es&tlng=es.
- Dobrin PB. Pathophysiology and pathogenesis of aortic aneurysm: current concepts. *Surg Clin North Amer* 1989;69:687-703.
- Garcia Roa M, Sánchez Muñoz M , Azcón F et al. Seram 2012. Poster N° 1155. Angiografía por TC en el estudio de la anatomía vascular abdominal y sus aplicaciones clínicas.