

ANEURISMA DE LA ARTERIA PULMONAR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A.M. Tierra Rodríguez¹, E. Juárez Moreno², E. Castro Rodríguez², R. Fernández Mellado², A. Jiménez Romero², J. Ortiz de Saracho y Bobo².

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Neumología.

Resumen

La dilatación aneurismática de la arteria pulmonar es una patología rara y clínicamente inespecífica, por lo que el diagnóstico se basa en pruebas de imagen, como la TC o la angiopulmonografía. Puede ser idiopática (menos frecuente) cuando la etiología es indeterminada o secundaria a diversas patologías, muchas de ellas identificables con técnicas de imagen complementarias, como el ecocardiograma.

Debido a que la mayoría de los pacientes se diagnostican como hallazgo casual, están asintomáticos o estables, o tienen bajo riesgo de rotura, son muy pocos los que precisan de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Aneurisma de la arteria pulmonar, tromboembolismo pulmonar, ecocardiograma, tomografía computarizada.

ANEURYSM OF THE PULMONARY ARTERY. TWO CASES.

Abstract

Aneurysm dilation of pulmonary artery is a very rare disease and the clinic is non-specific. Final diagnosis relies on imaging tests as computed tomography and nuclear magnetic resonance. They can be idiopathic (less frequent, when an indeterminate etiology occurs) or secondary to several pathologies, most of which can be identified with other imaging tests like echocardiogram.

As in most patients the disease is a casual finding, are asymptomatic or with haemodynamic stability or have a low risk of rupture, only a few need surgery.

Key words: Pulmonary artery aneurysm, pulmonary thromboembolism, echocardiogram, computed tomography.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de la arteria pulmonar son una entidad clínica poco frecuente (menos del 1% de los aneurismas torácicos) y suelen diagnosticarse como un hallazgo casual en pacientes asintomáticos o en autopsias (1 por cada 14.000)¹. Pueden ser idiopáticos o secundarios a estenosis valvular pulmonar, *shunts*, hipertensión arterial pulmonar (HAP), enfermedad tromboembólica (TEP), vasculitis, neoplasias, infecciones² o conectivopatías³. El diagnóstico definitivo se basa en las pruebas de imagen que demuestren la dilatación aneurismática de la arteria pulmonar, con o sin afectación de sus ramas⁴. A pesar de que actualmente no hay consenso en su manejo, la mayor

parte de ellos no precisan de tratamiento quirúrgico⁵.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Caso 1: mujer de 52 años, hipertensa y exfumadora de 10 paquetes/año. Refiere disnea progresiva de varios meses de evolución y tos con expectoración escasa, sin mejoría tras tratamiento broncodilatador. En la radiografía de tórax, se aprecia una dilatación a nivel de la ventana aortopulmonar. Se realiza una TC torácica (Figura 1), mediante la cual se confirma una dilatación

Recibido: 2 de febrero de 2016. Aceptado: 21 de junio de 2016.

Ana María Tierra Rodríguez
any-lind@hotmail.com

aneurismática de 47,6 mm de la arteria pulmonar, que se extiende hacia la pulmonar izquierda (27 mm). El ecocardiograma muestra una estenosis de la válvula pulmonar moderada y confirma, al igual que el cateterismo cardíaco izquierdo-derecho, el aneurisma de la arteria pulmonar principal.

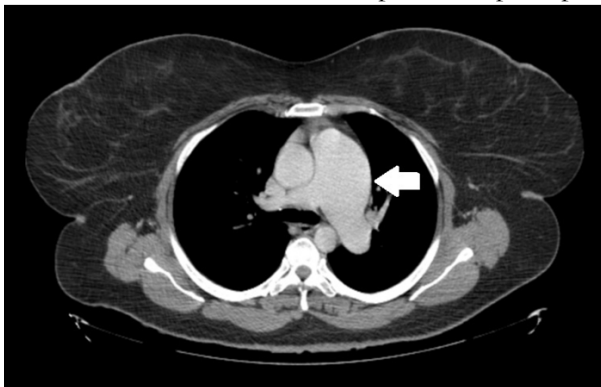


Figura 1. Dilatación aneurismática arteria pulmonar.

Caso 2: paciente varón, de 63 años, asintomático con antecedentes de Wolf Parkinson White e hipertensión arterial, en estudio de hipertensión arterial pulmonar. Presenta en la TC torácica con contraste (Figura 2) defectos de repleción en las arterias lobares de LII, LSD y LID, compatibles con un TEP, con aumento del calibre de la arteria pulmonar izquierda (34 mm). En la TC torácica de control tras tratamiento anticoagulante, se confirma la resolución del TEP, la persistencia de datos sugestivos de HAP y la dilatación aneurismática de la arteria pulmonar izquierda.



Figura 2. Defectos de repleción en las arterias lobares compatibles con TEP.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los pacientes con aneurismas arteriales pulmonares son asintomáticos, aunque pueden presentar clínica inespecífica, como disnea, tos, dolor torácico, fiebre o hemoptisis⁶. Cada uno de nuestros pacientes ha sido ejemplo de dicha presentación. La radiografía de tórax es poco específica, por lo que el diagnóstico de certeza se basa en pruebas de imagen de alta resolución, como la TC torácica o la angiorresonancia. Estas pruebas, además de visualizar el árbol arterial pulmonar, pueden identificar la causa del aneurisma, como TBC, colagenopatías o TEP.

Nuestro segundo paciente mostró en el estudio la presencia de un TEP, al cual atribuimos la causa de la dilatación pulmonar. El ecocardiograma, además de confirmar las alteraciones del tronco de la arteria pulmonar, también es útil para descartar patologías asociadas a las dilataciones aneurismáticas, como valvulopatías pulmonares (en el primer caso, la presencia de estenosis pulmonar moderada), hipertensión pulmonar (como en el segundo paciente, que presenta HAP y TEP) y *shunt*.

Aunque no hay consenso en el manejo, la actitud a seguir la define la situación clínica del paciente y la etiología del aneurisma, así como su tamaño y progresión. En pacientes de bajo riesgo, se opta por una actitud conservadora, mientras que se reserva el tratamiento quirúrgico para los casos inestables, de mayor mortalidad⁷ o con alto riesgo de rotura, basados en la ley de Laplace^{8,9}. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas según la localización y la causa, como endarterectomía¹⁰, embolización, aneurismorrafia, arterioplastia, reconstrucción con parche de pericardio⁵ o incluso lobectomía para aquellos más periféricos^{11,12}.

En nuestros dos pacientes, debido a su estabilidad clínica y bajo riesgo de rotura aneurismática, se optó por una actitud expectante y seguimiento en consulta con controles de imagen periódicos, manteniéndose ambos estables y sin complicaciones tras seis meses. En el caso asociado a la hipertensión pulmonar, se inició tratamiento específico con buena respuesta clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deterling RA, Clagett T. Aneurysm of the pulmonary artery: review of the literature and report of a case. *Am Heart J*. 1947; 34: 471-99.
2. Dransfield MT, Johnson JE. A Mycotic Pulmonary Artery Aneurysm Presenting as an Endobronchial Mass. *Chest* 2003; 124: 1610-1612.
3. Nguyen ET, Silva CI, Seely JM et al. Pulmonary artery aneurysms and pseudoaneurysms in

- adults: findings at CT and radiography. *AJR Am J Roentgenol.* 2007; 188: W126-34.
4. Casillas JA, Mestres M, Martínez J et al. Aneurisma de la arteria pulmonar derecha. *RevEsp-Cardiol* 1980; 33: 191-195.
 5. García A, Byrne JG, Bueno R et al. Aneurysm of the main pulmonary artery. *Ann Thorac-CardiovascSurg.* 2008; 14: 399-401.
 6. Martínez E, Rodríguez F, Gómez JA et al. Idiopathic pulmonary artery aneurysm in a Young woman. *Radiología* 2010; 52 (3): 255-7.
 7. Bartter T, Irwin RS, Nash G. Aneurysms of the pulmonary arteries. *Chest* 1988; 94: 1.065-1.075.
 8. Senbakkavaci O, Kaneko Y, Bartunek A et al. Rupture and dissection in pulmonary artery aneurysms: incidence, cause, and treatment- review and case report. *J ThoracCardiovasc-Surg.* 2001; 121: 1006-8.
 9. Butto F, Lucas Jr RV, Edwards JE. Pulmonary arterial aneurysm. A pathologic study of five cases. *Chest.* 1987; 91: 237-41.
 10. Schmidt KI, Fries P, Feldner SK et al. Successful Thrombolysis After Pulmonary Endarterectomy. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 2051-3.
 11. Palma JC, Sciacaluga C, Antón J et al. Aneurisma de la arteria pulmonar. Presentación de un caso. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 148-150.
 12. Sakuma M, Demachi J, Suzuki J et al. Peripheral pulmonary artery aneurysms in patients with pulmonary artery hypertension. *Intern Med.* 2007; 46 (13): 979-984.