

Aneurisma de la arteria pulmonar

Sra. Editora:

Los aneurismas de arteria pulmonar son una afección poco frecuente. En la literatura mundial sólo se encuentran documentados algunos casos aislados, y todavía no está claro su manejo.

Presentamos el caso de un paciente de 48 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo, que ingresó en nuestra institución por infarto agudo de miocardio lateral con posterior angioplastia coronaria a la arteria circunfleja. Como dato llamativo, en la radiografía de tórax se evidenció imagen sacular a nivel del segundo arco del borde izquierdo. Se decidió completar la evaluación de dicha imagen con una angiorresonancia, donde se informó dilatación aneurismática del tronco pulmonar de 53 mm y la arteria pulmonar izquierda de 23 mm (fig. 1). El paciente fue dado de alta a los 5 días, optándose por una conducta conservadora en referencia al aneurisma debido a los antecedentes clínicos (asintomático y sin datos en la literatura mundial que indiquen alto riesgo de rotura). Luego de 9 meses de seguimiento, no presentó modificaciones clínicas ni en las características anatómicas del aneurisma por angiorresonancia.

En una revisión bibliográfica, encontramos que la etiología de los aneurismas de la arteria pulmonar (AAP) puede ser congénita o adquirida. Los congénitos suelen asociarse a malformaciones cardíacas que ocasionan hipertensión pulmonar; el ducto arterioso persistente es el más frecuente. Otras causas serían las comunicaciones interauriculares e interventriculares. Los adquiridos pueden ser idiopáticos o asociados a otros procesos, como infecciosos (tuberculosis, sífilis), traumatismos, estenosis valvular pulmonar o enfermedades del tejido de colágeno^{1,2}. Por lo tanto, en gran parte de los AAP concurren una serie de situaciones fisiopatológicas previas al desarrollo del aneurisma: el aumento del flujo pulmonar, la hipertensión pulmonar y/o la coexistencia de un proceso patológico que afecte a la pared vascular. En los casos infrecuentes en que el AAP no se debe a ninguna anomalía funcional ni estructural del sistema cardiovascular, recibe el nombre de AAP idiopático. Nuestro caso correspondería a dicha entidad clínica, ya que se excluyeron las causas y los factores predisponentes para el desarrollo de un AAP.

En cuanto a la presentación clínica, varía; puede ser asintomática y ser un hallazgo casual en una radiografía de tórax, como es el caso que presen-

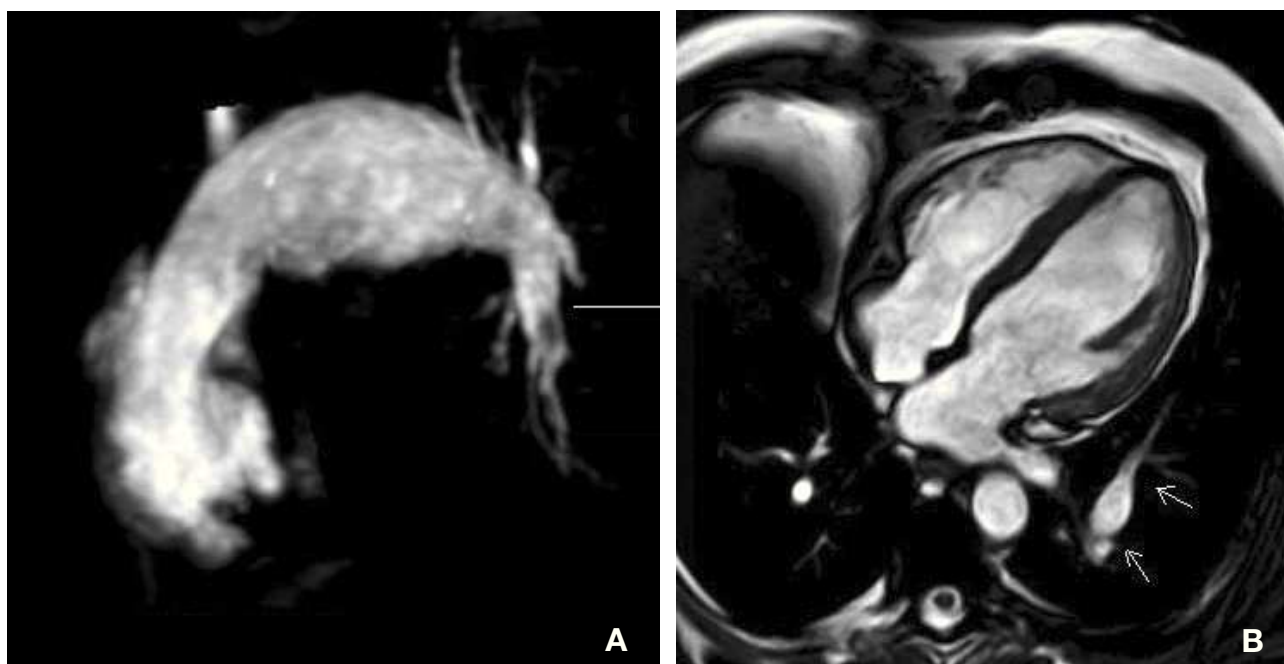


Fig. 1. Angiorresonancia de tórax donde se observa la dilatación del tronco de la arteria pulmonar y su rama izquierda. A: T1 corte axial. B: reconstrucción MPR axial.

amos. En aquellos sintomáticos lo más frecuente es disnea, hemoptisis y dolor torácico^{1,3}. La hemoptisis, generalmente, indica inestabilidad del aneurisma y es un indicador de la necesidad de intervención quirúrgica.

Con respecto al diagnóstico, el ecocardiograma trasesofágico permite visualizar el tronco y descartar hipertensión pulmonar o afección valvular pulmonar y *shunt* intracardiaco como causas secundarias del aneurisma^{4,5}. La tomografía computarizada (TC) de alta resolución o la angiorresonancia (TC) de alta resolución o la angiorresonancia permiten evaluar no sólo el tronco, sino también sus ramas^{5,6}. También se debe evaluar etiologías como sífilis, tuberculosis y colagenopatías.

En general, debido a la distinta fisiopatología de los aneurismas aórticos, el manejo es diferente⁴. Aunque no es claro, se indica tratamiento quirúrgico (prótesis, reconstrucción con pericardio o arterioplastia) en los casos con riesgo de rotura⁷. Pacientes con aneurismas de menos de 60 mm, presión pulmonar baja, ausencia de *shunt* congénito o adquirido a derecha significativos o los no asociados a colagenopatías son considerados de bajo riesgo y se opta por una conducta conservadora, como fue nuestro caso¹⁻³.

Como conclusión, los aneurismas pulmonares son extremadamente raros; frecuentemente son un hallazgo casual en una radiografía de tórax. La TC de alta resolución y la angiorresonancia son pilares diagnósticos. El tratamiento quirúrgico se indica en pacientes con riesgo de disección o rotura.

Gabriel Pérez Baztarrica, Fabián Bevacqua
y Rafael Porcile

Departamento de Cardiología y Diagnóstico por Imágenes. Hospital de la Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina. Buenos Aires. Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vistarini N, Aubert S, Gandjbakhch I, Pavie A. Surgical treatment of a pulmonary artery aneurysm. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;31:1139-41.
2. Veldtman G, Dearani J, Warnes C. Low pressure giant pulmonary artery aneurysms in the adult: natural history and management strategies. *Heart*. 2003;89:1067-70.
3. Deb S, Zehr K, Shields R. Idiopathic pulmonary artery aneurysm. *Ann Thorac Surg*. 2005;80:1500-2.
4. Guler N, Sakarya M, Eryonucu B, Demirbao R. Transesophageal echocardiographic detection of a pulmonary artery aneurysm complicated by thrombus. *Heart Lung*. 2003;32:159-61.
5. Ugolini P, Mousseaux E, Sadou Y, Sidi D, Mercier LA, Paquet E, et al. Idiopathic dilatation of the pulmonary artery: report of four cases. *Magn Reson Imaging*. 1999;17:933-7.
6. Ritter C, Weininger M, Machann M, Beissert M, Hahn D, Kenn W. Non-invasive imaging in a rare case of main pulmonary artery aneurysm. *Respir Med*. 2008;102:790-2.
7. Kuwaki K, Morishita K, Komatsu K, Abe T. Graft replacement for huge aneurysm of the main pulmonary artery. *Ann Thorac Surg*. 2000;70:1714-6.