

Aneurisma de la arteria pulmonar. Presentación de un caso

Juan Carlos Palma Nieto*, Claudia Sciaccaluga Morelli,
Joquín Antón Martínez** y Víctor Manuel Ramos del Amo***

Secciones de *Cardiología y **Medicina Interna y ***Unidad de Urgencias.
Hospital Comarcal del INSALUD Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. Cáceres.

actitud médica / aneurisma / arteria pulmonar / cirugía cardíaca / ecocardiografía Doppler / espirometría / evolución / factores pronósticos / hipertensión pulmonar / radiología / tomografía axial computarizada

El aneurisma de la arteria pulmonar es una rara entidad clínica que presenta una baja incidencia y prevalencia y que es de difícil diagnóstico, ya que suele presentarse con síntomas poco específicos o incluso en enfermos asintomáticos, y se detecta en estudios radiológicos simples como un ensanchamiento o masa mediastínica, que puede confundirse con adenopatías. Puede ser uni o bilateral y presentarse aislado o en el contexto de otras enfermedades.

El diagnóstico de certeza se basa en la realización de eco-Doppler y estudios radiológicos como tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética, siendo conflictiva la valoración terapéutica ya que puede optarse, según los casos, por una actitud expectante o agresiva.

Palabras clave: Arteria pulmonar. Aneurisma. Dilatación. Hipertensión pulmonar.

PULMONARY ARTERY ANEURYSM. A CASE REPORT

The pulmonary artery aneurysm is a rare clinical entity that presents a low incidence and prevalence, of difficult diagnosis to be presented with poorly specific symptoms or also without symptoms, being detected in radiological studies as a widening or mediastinic mass. It can be uni or bilateral and presenting itself isolated or in the context of other sicknesses.

The diagnosis of certainty is based in the realization of Echo-Doppler and other studies as a tomography or a magnetic resonance, the therapeutic option being so difficult, and according to cases, by an expectant or aggressive attitude.

Key words: Pulmonary artery. Aneurism. Dilatation. Pulmonary hypertension.

(*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 148-150)

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de la arteria pulmonar es la dilatación patológica del tronco de dicha arteria o de una o ambas ramas principales.

Esta patología es poco diagnosticada por su baja prevalencia y porque puede pasar desapercibida en ocasiones por su evolución clínica, o por confundirse radiológicamente con adenopatías u otro tipo de masas mediastínicas¹. Con cierta frecuencia resulta ser un hallazgo autopsico.

El pronóstico es tan variable como su etiología, lo que de alguna manera impide mantener un criterio uniforme para elegir el tratamiento adecuado. La importancia de adecuar el diagnóstico de los aneurismas de la arteria pulmonar reside en poder identificar las situaciones en las que la evolución puede resultar fatal:

enfermedad de Behçet, síndrome de Hughes-Stovin y los aneurismas micóticos postendocarditis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 68 años, con antecedentes de asma extrínseca, HTA, artrosis, obesidad e hipercolesterolemia. Consulta por disnea de pequeños esfuerzos y «taquicardias» de varios meses de evolución. Entre los antecedentes familiares destaca una hermana que padeció una muerte súbita.

En la exploración está consciente y orientada, con una presión arterial de 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 lat/min, afebril y con buen estado general, sin cianosis ni tiraje. Yugulares normales. No se palpan bocio ni adenopatías. No se detectan alteraciones en la piel. En la auscultación pulmonar, se aprecian escasos sibilantes aislados. Los tonos cardíacos están alejados y se detecta un soplo sistólico 2+/6 de intensidad en borde esternal izquierdo no irradiado.

ECG: ritmo sinusal. Bloqueo incompleto de rama derecha.

Radiografía de tórax: se observa un ensanchamiento mediastínico de densidad líquida (fig. 1).

Correspondencia: Dr. J.C. Palma Nieto.
Sección de Cardiología. Hospital Campo Arañuelo.
C/ Del Hospital, s/n. 10300 Navalmoral de la Mata. Cáceres.

Recibido el 12 de enero de 1998.

Aceptado para su publicación el 9 de junio de 1998.



Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observa «ensanchamiento» del mediastino medio, simulando una masa.

Espirometría: VEF_1 : 57%; CVF/VEF_1 : 65%. Incapacidad ventilatoria mixta leve.

Ecocardiograma-Doppler: cavidades izquierdas de dimensiones normales, raíz de aorta normal, ventrículo derecho en límite superior de la normalidad. Diámetro del tronco de la arteria pulmonar: 50 mm. Regurgitación pulmonar ligera.

Ecografía abdominal: normal.

TAC: dilatación aneurismática del tronco de la arteria pulmonar (7,6 cm) y ambas ramas principales (3,5 cm cada una).

Resonancia nuclear magnética: informada como dilatación arterial pulmonar por encima de las sigmoideas. Cono pulmonar: 3,2 cm; diámetro máximo 8,5 cm antes de la bifurcación; AP derecha: 4 cm; AP iz-

quierda: 3,5 cm. Hipovascularización periférica indicativa de hipertensión pulmonar (fig. 2).

La enferma fue valorada por un servicio de cirugía torácica de otro centro hospitalario donde se le indicó cateterismo y resección quirúrgica; la paciente rechazó ambas cosas. De todos modos la evolución fue benigna, manteniéndose sin complicaciones a lo largo de 4 años.

DISCUSIÓN

Los aneurismas de la arteria pulmonar se describen desde hace más de 70 años, aunque la mayor parte de las publicaciones hacen referencia a casos aislados o series pequeñas en las que se incluyen las causas más diversas².

A pesar de detectarse con mayor frecuencia en el sexo masculino, curiosamente en los artículos de la última década son más frecuentemente descritos en la población femenina. No es raro que los aneurismas congénitos o idiopáticos pasen desapercibidos, se detecten accidentalmente, o que los enfermos consulten por síntomas asociados poco específicos: tos, palpitaciones, etc.¹. En otras ocasiones, la primera manifestación es una hemoptisis masiva por ruptura vascular, o resulta ser un hallazgo autópsico³.

A excepción de los aneurismas «idiopáticos» o congénitos, parecería obligada la presencia de algunos supuestos clínicos previos para que se produzca el aneurisma: hiperflujo con hipertensión pulmonar, y la coexistencia de una patología que afecte la pared vascular⁴. De hecho, no hemos podido encontrar en la bibliografía pacientes en los que se excluyera claramen-

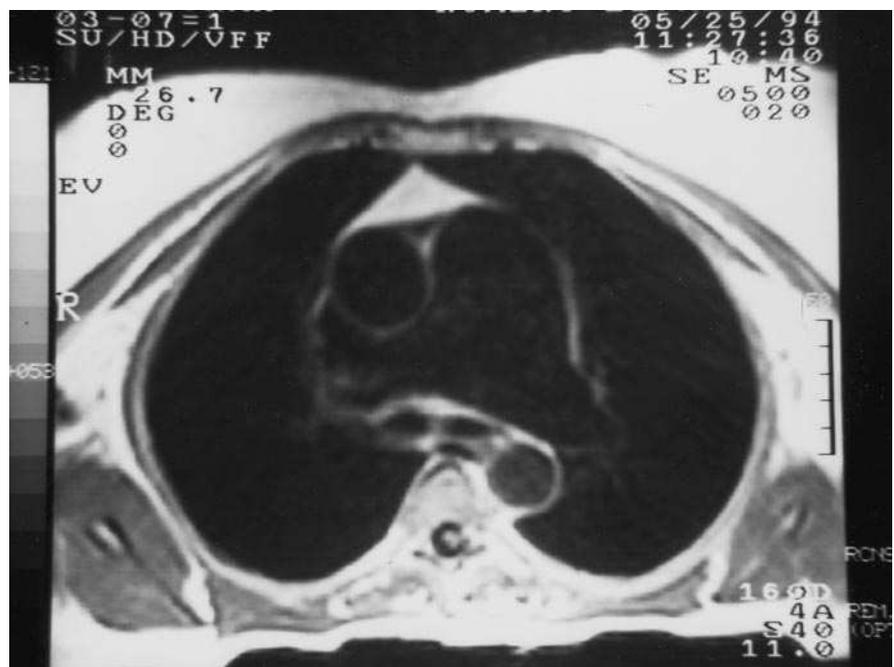


Fig. 2. Resonancia magnética en la que destaca el compromiso tanto del tronco como de las ramas principales de la AP.

te la presencia de hipertensión pulmonar. En el caso que nos ocupa, la negativa de la enferma nos impidió el diagnóstico de certeza de hipertensión pulmonar asociada, pero el eco-Doppler y la resonancia fueron bastante concluyentes.

El característico compromiso morfológico de la pared arterial, y el aspecto sacular de la lesión, diferencian al aneurisma genuino de la dilatación simple de la arteria que puede ocurrir con el aumento de presión vascular pulmonar. Entre las afecciones de la pared vascular, se han descrito en la enfermedad de Behçet, vasculitis de aparición infrecuente y que afecta varios territorios vasculares, en la enfermedad de Erdheim (degeneración quística de la capa media arterial) de causa desconocida y en el síndrome de Hughes-Stovin que consiste en la asociación de aneurismas pulmonares con trombosis o embolia pulmonar y trombosis venosa sistémica³.

Hughes y Stovin describen este síndrome en 1959⁵, publicándose un número muy limitado de casos. Su patogenia es desconocida y la enfermedad cursa con diferentes fases: una fase asintomática, posteriormente síntomas de hipertensión endocraneal por trombosis yugular o de senos duros, trombosis venosas sistémicas recurrentes y finalmente síntomas respiratorios con semiología semejante al tromboembolismo pulmonar y hemoptisis.

Últimamente, se mencionan con mayor frecuencia los aneurismas que se asocian a la enfermedad de Osler-Weber-Rendu¹, que consiste en un proceso hereditario autosómico dominante que se manifiesta por telangiectasias pospuberales en cara, manos y mucosas, con tendencia a la hemorragia (telangiectasia hereditaria hemorrágica).

Los aneurismas pulmonares afectan generalmente al tronco y ramas principales⁶, y pueden ser múltiples, multilobulados y ocupados por trombos en su interior. Pueden asociarse, aunque no necesariamente, con afectación valvular pulmonar (estenosis o insuficiencia) y la presencia de soplos pulmonares que nos alerten sobre su existencia es infrecuente e imprecisa.

El diagnóstico del aneurisma se ve facilitado por métodos incruentos. Ante la sospecha clínica o radiológica, debería realizarse un ecocardiograma con registro Doppler que permita descartar compromiso valvular y una TAC torácica que confirme el diagnóstico de aneurisma pulmonar. En nuestro caso, una resonancia magnética permitió aumentar el detalle del hallaz-

go, haciéndose prácticamente imprescindible en algunos casos⁷. En nuestra opinión, la realización sistemática de estudios angiográficos debería reservarse como preliminar del tratamiento quirúrgico, ya que no aporta datos más precisos en los aneurismas de evolución presumiblemente benigna.

Frente a la sospecha de un aneurisma pulmonar, se presenta el dilema de realizar un tratamiento quirúrgico precoz o la vigilancia del enfermo hasta la aparición de síntomas³.

El tratamiento médico es limitado y estará reservado para aneurismas de evolución «benigna» como los idiopáticos y apunta al control de la hipertensión pulmonar. La indicación quirúrgica será perentoria e ineludible en aquellos aneurismas inestables, con hemoptisis, en los que se describe un alto riesgo de rotura y mayor mortalidad⁸: los micóticos y los asociados a enfermedad de Behçet, síndrome de Hughes-Stovin y enfermedad de Osler-Weber-Rendu, fundamentalmente. Según la localización y la causa, se optará por la resección, la aneurismorrafia o la embolización del aneurisma y, cuando no sea posible otra elección, la lobectomía de los más periféricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung CW, Doherty JU, Kotler R, Finkelstein A, Dresdale A. Pulmonary artery aneurysm presenting as a lung mass. *Chest* 1995; 108: 1.164-1.166.
2. Gorodezky M, Maroto JM, Contreras R, Cardenas M. Aneurismas de la arteria pulmonar. Análisis de siete casos. *Arch Inst Cardiol Mex* 1975; 45: 555-563.
3. Antela A, Pazos G, López-Ibor L, Requena JF, García JF, Masa L et al. Aneurismas arteriales múltiples y su relación con el síndrome de Hughes-Stovin: a propósito de un caso. *Arch Bronconeumol* 1989; 25: 25-27.
4. Canela P, Vergara A, Otero E, González V. Dilatación idiopática de la arteria pulmonar. Presentación de un caso. *Rev Clin Esp* 1985; 176: 158-159.
5. Hughes JP, Stovin PGI. Segmental pulmonary artery aneurysms with peripheral venous thrombosis. *Br J Dis Chest* 1959; 53: 19-27.
6. Casillas Ruiz JA, Mestres Caldentey M, Martínez Ferrer J, Pardo J, Malpartida F. Aneurisma de la arteria pulmonar derecha. *Rev Esp Cardiol* 1980; 33: 191-195.
7. Puckette TC, Jolles H, Proto AV. Magnetic resonance imaging confirmation of pulmonary artery aneurysm in Behçet disease. *J Thoracic Imaging* 1994; 9: 172-175.
8. Bartter T, Irwin RS, Nash G. Aneurysms of the pulmonary arteries. *Chest* 1988; 94: 1.065-1.075.