

Hallazgo incidental tomográfico en el seguimiento por patología oncológica

María de Vedia, Jairo Hernández Pinzón, Nebil Larrañaga, Germán Espil, Shigeru Kozima

Departamento de diagnóstico por imágenes CEMIC. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2018;48(2):79-81

Recibido: 17/05/2017 / Aceptado: 17/01/2018 / Publicado ON-line: 18/06/2018

Resumen

El aneurisma de la vena porta es una entidad muy poco frecuente y, por lo general, es un hallazgo incidental en los estudios radiológicos. Los pacientes son generalmente asintomáticos o pueden tener dolor abdominal, hemorragia o ictericia. Aunque es raro, pueden tener complicaciones muy graves, como trombosis o ruptura, que pueden necesitar una intervención quirúrgica urgente para salvar su vida. Es por eso por lo que los médicos tienen que hacer un seguimiento clínico y radiológico de estos pacientes. La ecografía, el ecodoppler, la angioresonancia y la angiotomografía son los métodos más útiles para estudiar esta entidad.

Palabras claves. Tomografía, abdomen, hallazgos, incidental, diagnóstico, aneurisma, vena porta, oncología.

Tomographic incidental finding in oncologic follow up

Summary

Portal vein aneurysm is a very infrequent entity, and it is usually, an incidental finding in radiologic studies. Patients are usually asymptomatic, or they can have abdominal pain, hemorrhagic bleeding or jaundice. Although it is rare, they can have very serious complications such as thrombosis or rupture that may need an urgent surgery intervention to save their life. That is why physicians have to make a close clinical and radiological follow-up of these patients. US, Doppler-US, MRI Angiography and TC Angiography are the most useful methods to study this entity.

Key words. Tomography, abdomen, findings, incidental, diagnosis, aneurysm, portal vein, oncology.

La radiología es una de las especialidades médicas que más se ha ido modificando en las últimas décadas, consecuencia del gran avance tecnológico y científico. Los estudios por imágenes son cada vez más solicitados por los profesionales de la salud. Es por esto que se ha registrado un aumento en la detección de hallazgos incidentales, es decir, aquellos que no están relacionados con el motivo de realización del estudio. La principal problemática de esta situación es poder diferenciar qué hallazgos son relevantes de aquellos que no lo son, para así poder definir una conducta adecuada.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 81 años, asintomática y sin hallazgos relevantes al exa-

Correspondencia: María de Vedia
Galván 1402. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel: 1535825429
Correo electrónico: merydevedia@gmail.com

men físico, que se encuentra en seguimiento por cáncer de colon con metástasis hepática. Se le realiza una tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, en la que se evidencia una dilatación sacular de 31 mm de diámetro a nivel de la vena porta (Figura 1). El diagnóstico radiológico fue el de un aneurisma de la vena porta. Se tomó una conducta expectante y la paciente continuó asintomática, en seguimiento tanto clínico como mediante imágenes.

Discusión

El aneurisma de la vena porta es una entidad infrecuente, con menos de 200 casos reportados hasta el año 2015.¹ Representa el 3% de los aneurismas venosos y se localiza con mayor frecuencia en la confluencia esplénica mesentérica, pudiendo ser intra o extrahepático.²

Su etiología puede ser congénita (por debilidad de la pared vascular) o adquirida (cirrosis, pancreatitis, trauma, invasión neoplásica, etcétera.).³

Los pacientes suelen estar asintomáticos o referir dolor abdominal inespecífico. En el caso de comprimir estructuras adyacentes, pueden presentar ictericia secundaria a compresión de las vías biliares o hemorragia gastrointestinal en el caso de que se produjera una fístula con el tracto digestivo.⁴⁻⁵

Los aneurismas de la vena porta suelen mantenerse estables a lo largo del tiempo y se recomienda su seguimiento radiológico si se trata de un hallazgo incidental.³ Se han descrito múltiples complicaciones, entre las que se destacan la hipertensión portal, la ruptura en el 2,2%,

trombosis en el 30% y la compresión de estructuras adyacentes mencionada anteriormente.⁶ En caso de que alguna de ellas ocurra o el aneurisma aumente de tamaño, puede estar indicada la cirugía.³

La ecografía es el método de mayor utilidad para su diagnóstico, evidenciándose una imagen anecoica cercana al hilio hepático. El doppler color es esencial para diferenciarlo de lesiones quísticas. Cuando el aneurisma se complica además con una trombosis, deberá realizarse su diagnóstico diferencial con masas sólidas, ya que pueden visualizarse como imágenes ecogénicas.⁶

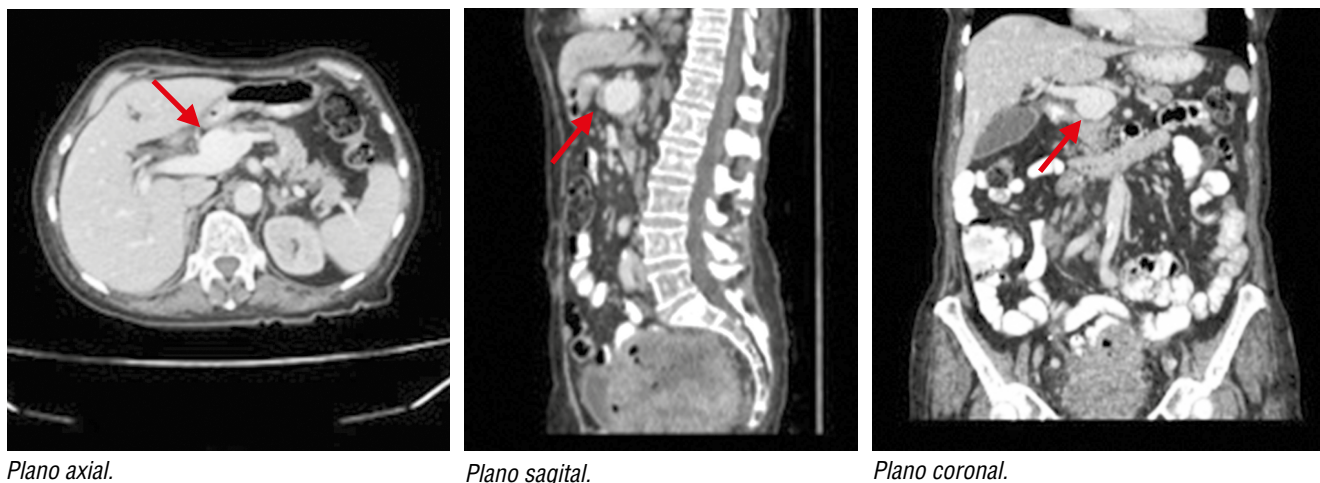
La angiografía y la tomografía computada son también técnicas de utilidad para su detección cuando la ecografía no es concluyente. Se considera que el diámetro máximo portal es de 15 mm en pacientes sin patología hepática y de 19 mm en pacientes cirróticos, por lo que valores mayores a los 20 mm son considerados aneurismáticos. Las ramas intrahepáticas son consideradas patológicas si superan los 7 mm en pacientes sanos y 8,5 mm en pacientes con enfermedad hepática.²

Conclusión

Si bien los aneurismas de la vena porta son entidades muy infrecuentes y que generalmente son asintomáticos, es importante que el médico tratante lleve un control clínico y radiológico estrecho del paciente, para así evitar complicaciones que puedan ser fatales.

La ecografía doppler es el mejor método para el seguimiento de esta patología ya que evita la radiación en pa-

Figura 1. Tomografía computada de abdomen y pelvis en plano sagital, axial y coronal, donde se evidencia la dilatación aneurismática de la vena porta a nivel de su raíz de 31 mm (flechas).



cientes que se ven expuestos constantemente a ella debido a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En cuanto a los hallazgos incidentales en oncología, el verdadero desafío consiste en poder diferenciar aquellos hallazgos que son relevantes de los que no lo son, para poder así ayudar a los pacientes evitando sobrediagnósticos.

Referencias

1. Laurenzi A, Ettore GM, Lionetti R, Meniconi RL, Colasanti M, Vennarecci G. Portal vein aneurysm: What to know. *Digestive and Liver Disease* 2015; 47: 918-923.
2. González de la Huebra Labrador T, Gálvez González E, Villanueva Delgado M, Corrales Pinzón R, El Karzazi Tarazona K, Garrote Pascual A. Lo que el hilio hepático esconde. Presentación electrónica educativa. SERAM 2014. Poster n°: S-0778.
3. Rafiq SA, Sitrin MD. Portal vein aneurysm, case report and review of the literature. *Gastroenterology Hepatology (NY)* 2007; 3: 296-298.
4. Koc Z, Oguzkurt L, Ulasan S. Portal Venous System Aneurysms: Imaging, Clinical Findings, and a Possible New Etiologic Factor. *American Journal of Roentgenology* 2007; 189: 1023-1030.
5. Andraus W, Campos Amico Ê, Autran Machado M, Bacchella T, Machado MC. Portal vein aneurysm. *Clinics* 2007; 62: 2.
6. Schwope RB, Margolis DJ, Raman SS, Kadell BM. Portal vein aneurysms: a case series with literature review. *J Radiol Case Rep* 2010; 4: 28-38.