

Caso Clínico

Aneurisma de puente venoso safeno identificado por tomografía coronaria multicorte

Saphenous vein bypass aneurysm identified by multislice coronary tomography

Juan C. Linares Casas y María Cecilia Ziadi

Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR). Rosario, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 19 de Noviembre de 2017

Aceptado después de revisión el

21 de Diciembre de 2017

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Palabras clave:

Aneurisma. Puente venoso.

Tomografía multicorte.

Keywords:

Aneurysm. Venous bypass.

Multislice computed tomography.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con antecedentes cardiovasculares profusos, donde accidentalmente se encuentra una masa circular proyectada en aurícula derecha. Los estudios ecocardiográficos y de resonancia magnética no pudieron precisar la naturaleza del tumor, lo que se obtuvo a través de una tomografía multi-corte, que estableció que se trataba de un aneurisma de un puente venoso safeno-coronario que fuera implantado quince años atrás.

Saphenous vein bypass aneurysm identified by multislice coronary tomography

ABSTRACT

This is the case of a patient with a profuse cardiovascular history, where a circular mass is accidentally found in the projection of the right atrium. The echocardiographic and magnetic resonance studies could not specify the nature of the tumor, which was obtained through a multislice computed tomography, which established that it was an aneurysm of a saphenous-venous bypass that was implanted fifteen years ago.

Los aneurismas de arterias coronarias (AAC) fueron descritos en el año 1900. El paciente del sexo masculino, de 81 años, que tuvo en 2001 un ACV isquémico del cual se recuperó sin secuelas. En 2002, en el contexto de un síndrome coronario agudo, fue sometido a cuádruple bypass coronario que evolucionó favorablemente. Cursó sin síntomas ni evidencias complementarias de isquemia. Sin embargo, el ecocardiograma practicado el 27/01/2017 mostró en aurícula derecha una imagen circular próxima a la desembocadura de la vena cava inferior con diámetros transversos de 29 mm x 26 mm (Figura 1-A y 1-B), sin poder establecer si la imagen se hallaba localizada en el interior del atrio derecho o contenida por el pericardio que la rodeaba. La resonancia magnética cardíaca (RMN) llevada a cabo poco después evidenció en el borde lateral derecho del piso de la aurícula derecha una masa redondeada de bordes netos de 17 mm x 29 mm, isodensa con respecto al miocardio, sin invasión de estructuras vecinas (Figura 1-C y Figura 1-D).

Se efectuó entonces una tomografía multicorte (TCMS) que precisó el origen de dicha estructura: el puente safeno a la arteria descendente posterior, rama de la coronaria dere-

cha, presentaba en su porción distal una dilatación aneuris-mática de 31 mm x 29 mm (Figura 2-A y 2-B), con trombosis parietal y una perfusión distal aparentemente conservada

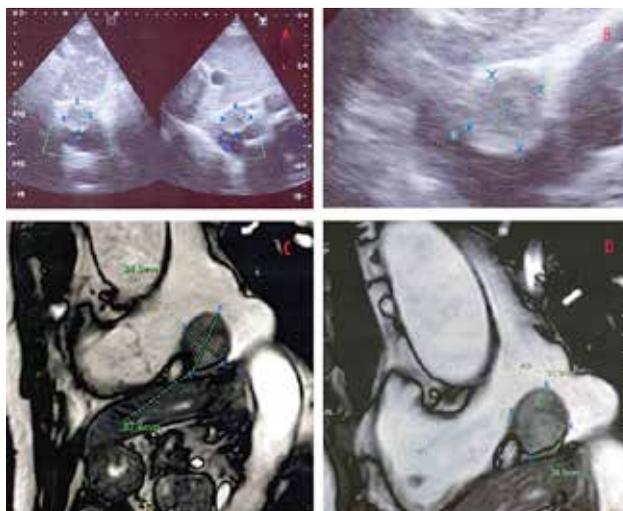


FIGURA 1-A Y 1-B: Ecocardiograma; FIGURA 1-C Y 1-D: RMN



FIGURA 2: Tomografía multicorte

(Figura 2-B). La dilatación protrúa sobre la aurícula derecha produciendo un efecto de masa ocupante (Figura. 2-C y 2-D).

Considerando la ausencia de síntomas y de isquemia en las pruebas nucleares, el alto riesgo del paciente y el rechazo del mismo a cualquier procedimiento invasivo, se optó por un manejo conservador. La evolución cardiológica fue favorable.

La dilatación aneurismática del puente safeno-coronario es una rara y tardía complicación de la cirugía coronaria que se observa en el 0.07% de los casos reportados en un centro único, pero su verdadera frecuencia se desconoce. Sin embargo, por su evolución asintomática, probablemente sea subdiagnosticado y se identifique accidentalmente con técnicas de imagen¹, como lo fue en este caso. A veces los síntomas se exteriorizan por embolización distal, drenaje fistuloso, efecto de masa sobre el vaso nativo o incluso ruptura con el consiguiente compromiso hemodinámico²⁻⁵.

Anteriormente estos pacientes eran referidos a cirugía, pero con el perfeccionamiento de las técnicas percutáneas, las estrategias terapéuticas son diversas⁶, y comprenden entre otras la implantación de un dispositivo tipo Amplatzer, stents recubiertos y coils arteriales⁷. Recientemente se han descrito otras técnicas, que incluyen la reconstrucción transluminal para “sellar” al aneurisma y restaurar el flujo distal⁸⁻¹¹. Al no existir consenso sobre el tratamiento apropiado, Ramírez y cols⁷ propusieron un algoritmo para el manejo quirúrgico o percutáneo de esta patología.

Se afirma que a menudo se requieren múltiples técnicas de imagen para establecer el tamaño de aneurisma y el área profundida por el puente afectado¹¹ para aclarar el cuadro, y que la ecocardiografía e incluso la angiografía coronaria pueden tener limitaciones diagnósticas a causa de la presencia de trombosis intraluminal⁷.

Chmielieki⁶ considera que los síntomas clínicos y la viabilidad miocárdica juegan un rol clave, y Ramírez subraya la importancia de la RMN y la TCMS⁷. Destaca este autor que el uso creciente de la angiografía coronaria por TCMS proporciona información más completa de la anatomía coronaria nativa y de los puentes, la que puede precisarse sin necesidad de cateterismo diagnóstico.

En el presente caso, la tomografía coronaria multislice fue el método que permitió arribar a un diagnóstico de precisión de la patología aneurismática.

BIBLIOGRAFIA

- Dieter RS, Patel AK, Yandow D, et al. Conservative vs invasive treatment of aortocoronary saphenous vein graft aneurysms: Treatment algorithm based upon a large series. *Cardiovasc Surg* 2003; 11: 507-13.
- Jukema JW, van Dijkman PR, van der Wall EE. Pseudoaneurysm of a saphenous vein coronary artery bypass graft with a fistula draining into the right atrium. *Am Heart J* 1992; 124: 1397-9.
- Sugimoto T, Yamamoto K, Yoshii S, et al: Large saphenous vein graft aneurysm with a fistula to the right atrium. *Ann Thoracic Cardiovasc Surg* 2006; 12: 435-7.
- García-Lara J, Pinar-Bermudez E, Hurtado JA, et al: Giant true saphenous vein graft aneurysm. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 1899.
- Hudzik B, Glowacki J, Szkodziniski J, et al: Giant saphenous vein graft pseudoaneurysm compressing the right atrium and right ventricle and presenting as decompensated heart failure. *Can J Cardiol* 2011; 27: 390 e9-11.
- Chmieliecki M, Jaguszewski M, Strozyk A, et al: Giant venous graft aneurysm identified by coronary angiography and three-dimensional computed tomography angiography. *Cardiol J* 2016; 23: 554-5.
- Ramírez FD, Hibbert B, Simard T, et al: Natural history and management of aortocoronary saphenous vein graft aneurysms: A systematic review of published cases. *Circulation* 2012; 126: 2248-56.
- Patterson T, Webb I, Redwood SR. Percutaneous luminal reconstruction of giant saphenous vein graft aneurysm. *J Am Coll Cardiol Cardiovasc Interv*, 2015; 8: e141-2.
- Vizzi V, Bucciarelli-Ducci C, Johnson TW, et al: Giant saphenous vein graft aneurysm: A complex multi-disciplinary percutaneous approach. *Int J Cardiol*, 2015; 182: 384-6.
- Ali N, Mathew T, Henderson R, Agostoni P, et al: How should I treat an asymptomatic enlarging giant saphenous vein graft aneurysm? *EuroIntervention* 2014; 9: 1244-7.
- Brooks MJ, Grigg L, Mitchell P, et al: Percutaneous closure of a giant saphenous vein graft aneurysm with an Amplatzer vascular plug. *J Am Coll Cardiol Cardiovasc Interv*, 2013; 6: 420-422.