

Hallazgo en TC: aneurisma de la arteria renal (AAR)

Algaraña, Analía. Diez, Miguel. Barroso, David.
Melión, Fabián. Codromaz, Fernando.

Hospital “Alejandro Gutiérrez”. Venado Tuerto, Santa Fe.



Introducción

- El AAR es una patología rara, más frecuente en mujeres.
- En su mayoría son extraparenquimatosos y derivan de una displasia fibromuscular.
- La gestación y la HTA aumentan el riesgo de crecimiento y ruptura aneurismática.
- Habitualmente son asintomáticos, por lo que suelen descubrirse fortuitamente en estudios por imágenes realizados por otro motivo.

Objetivos

- A) Redefinir conceptos clínico-patológicos de esta entidad poco frecuente.
- B) Establecer criterios para unificar la conducta a seguir frente al hallazgo incidental de un AAR.

Revisión del Tema

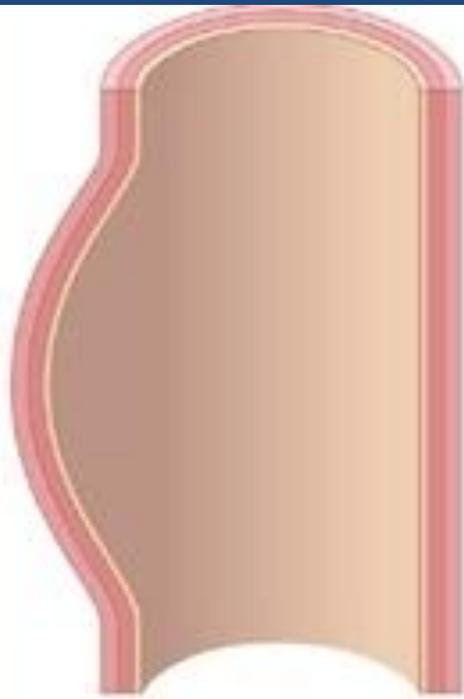
- La incidencia de AAR se estima en 0,1% de la población general.
- Existen factores de riesgo implicados en su origen. Ellos son: enfermedad fibrodisplásica, aterosclerosis, estenosis de la arteria renal, defectos hereditarios del tejido conectivo, vasculitis y traumatismos.

- Los AAR se clasifican en extrarrenales e intrarrenales.
- Los AAR extrarrenales (85%) pueden ser congénitos, ateroscleróticos por displasia fibromuscular o micóticos. También pueden ser secundarios a traumatismos y a veces se asocian con neurofibromatosis.
- Los AAR intrarrenales derivan de las arterias interlobulares y ramas periféricas. Pueden ser congénitos, ateroscleróticos o asociarse a vasculitis, como la panarteritis nudosa.

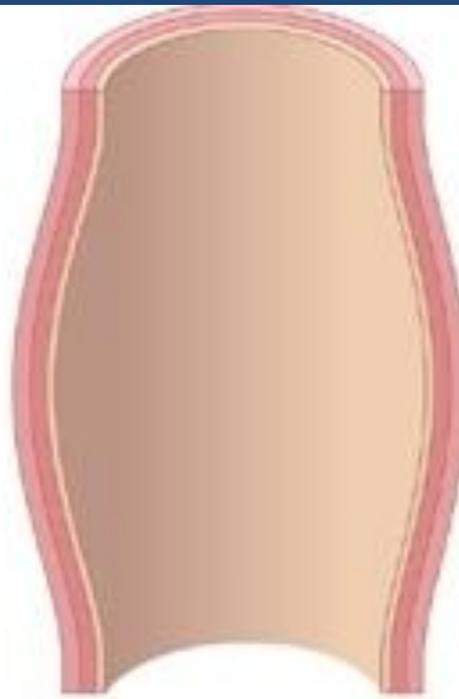
- A su vez, los AAR se clasifican, según su forma, en saculares, fusiformes y disecantes.
- Los saculares son los más frecuentes (90%). Más del 75% se sitúan en la rama principal de la arteria renal o en sus ramas principales de bifurcación. Se asocian a fibrodisplasia de la capa media, siendo la aterosclerosis una causa secundaria de participación en su formación, la cual determina diferentes grados de calcificación.

- Los fusiformes se muestran como una dilatación uniforme de la arteria renal. Generalmente no se calcifican. Afecta a personas jóvenes e hipertensas. Se asocia a trombosis e isquemia renal.
- Los disecantes se producen por un desgarro de la lámina media interna. Suele ser una complicación de lesiones ateroscleróticas de la pared o extensión de un aneurisma disecante de la aorta. La complicación más temida es la ruptura, con hemorragia masiva y shock.

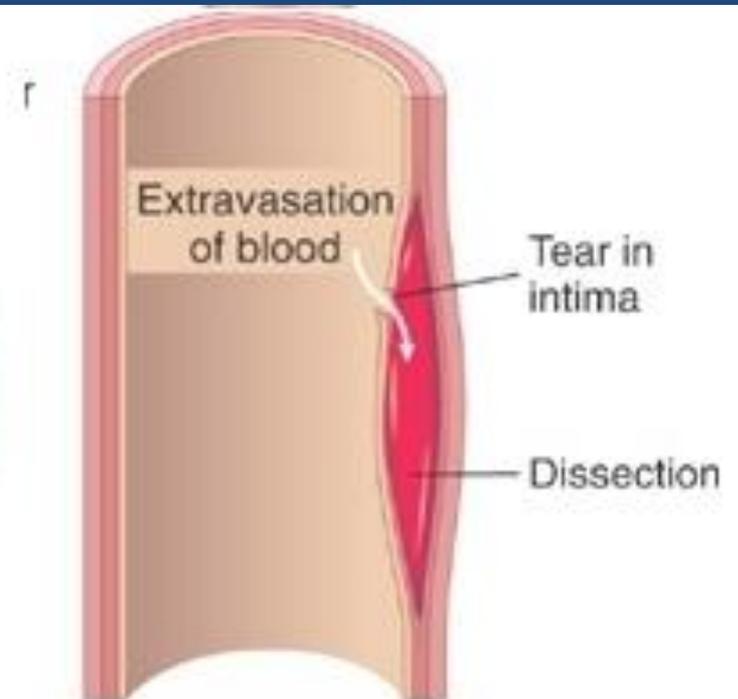
Tipos de aneurismas



1. A. sacular



2. A. fusiforme



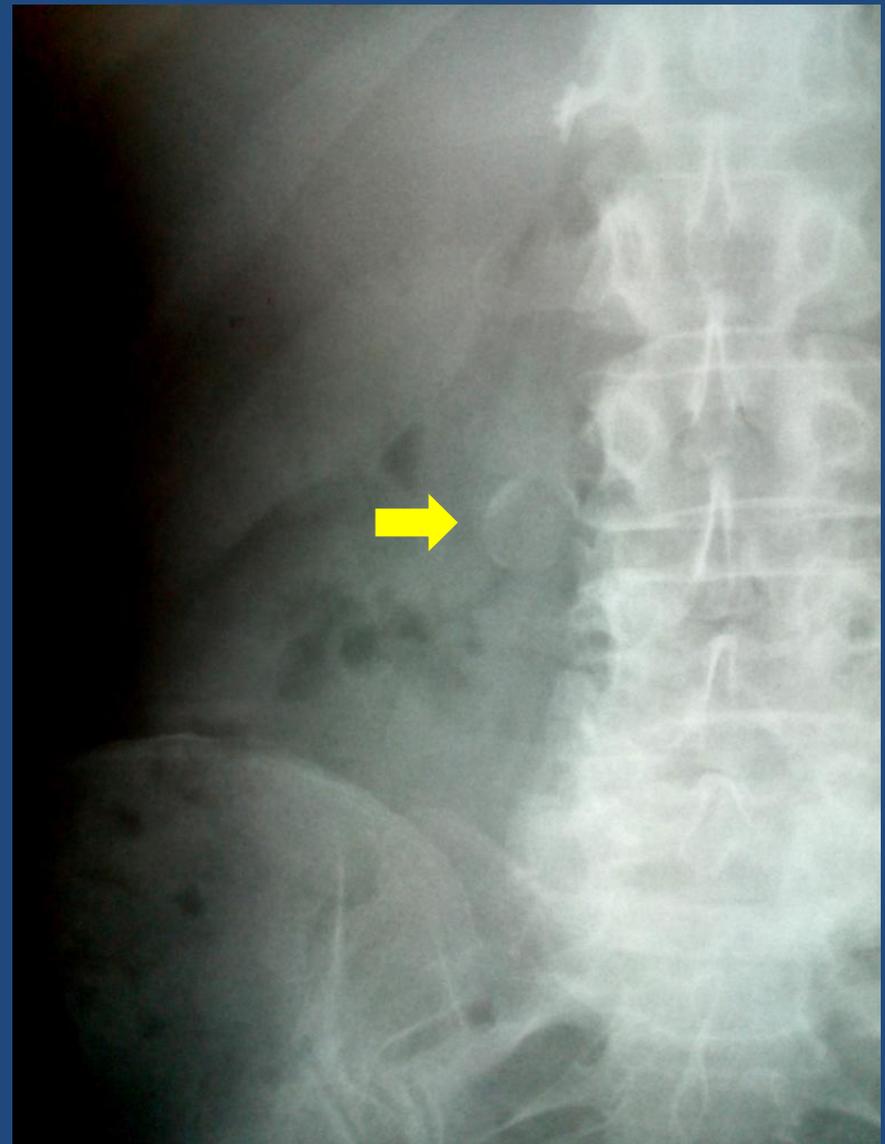
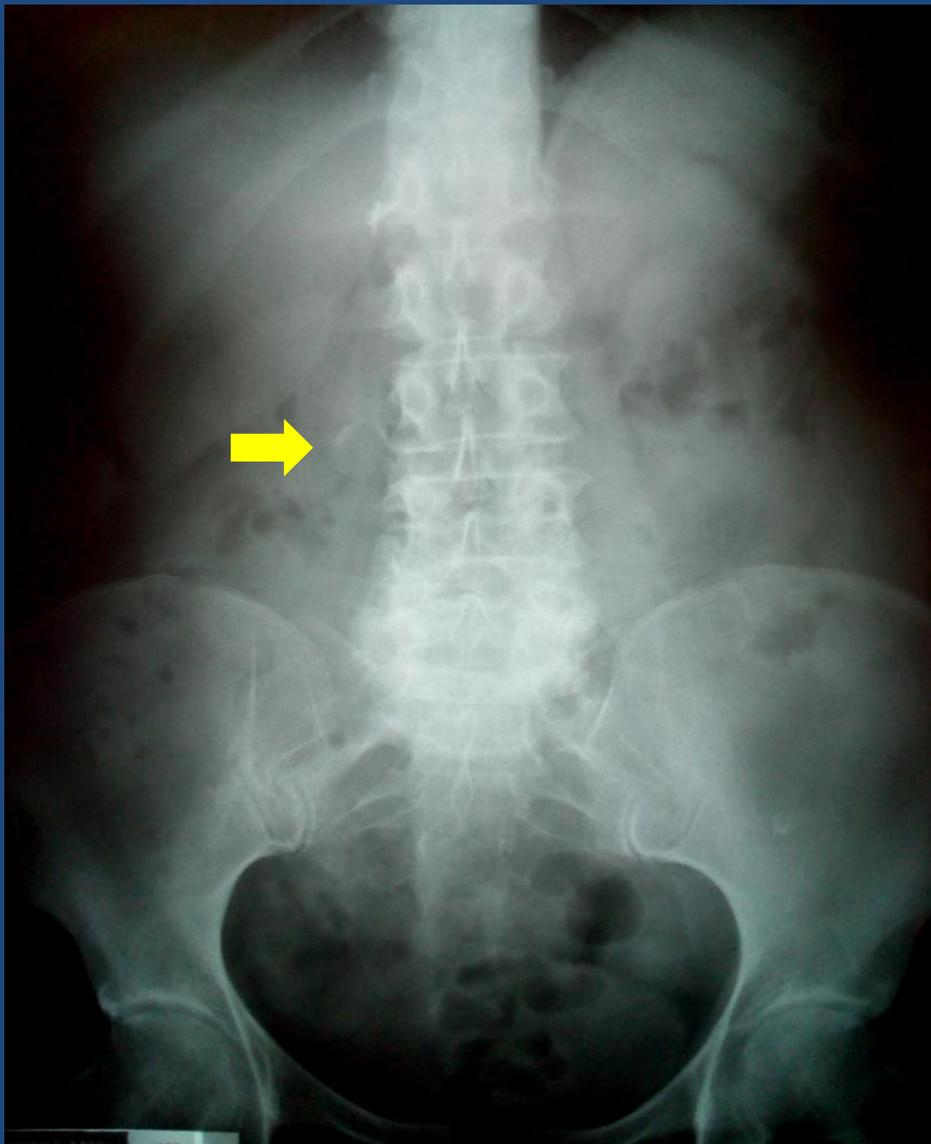
3. A. disecante

Cuadro Clínico

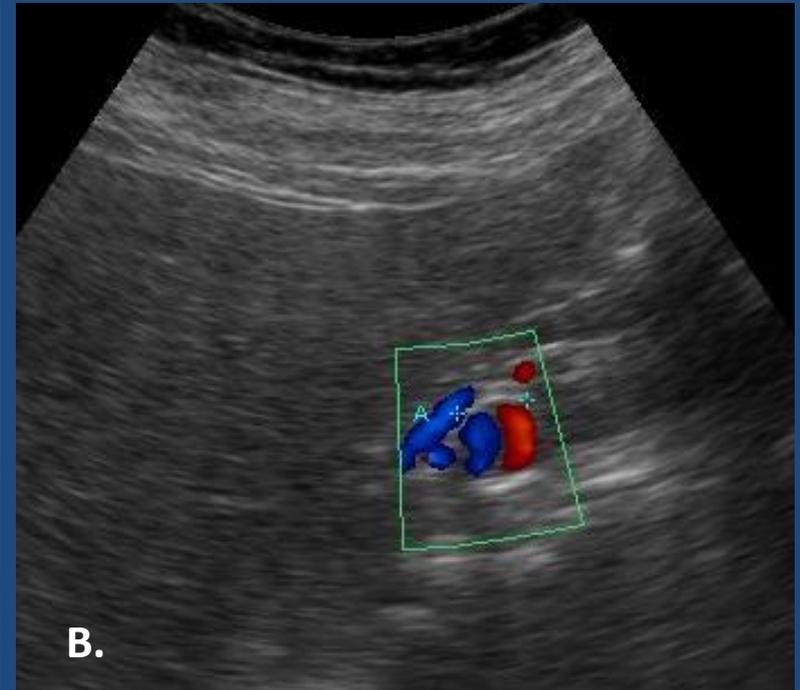
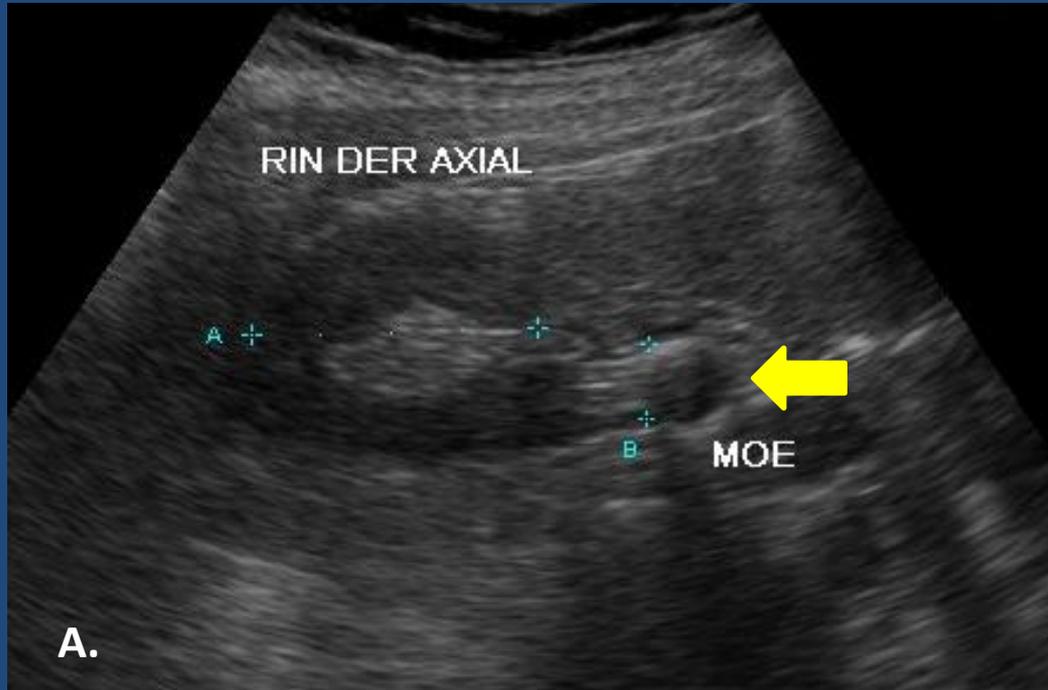
- Generalmente , los AAR son asintomáticos.
- Pueden presentarse con dolor abdominal o lumbar, ocasionado por compresión de estructuras vecinas o por infarto tras embolización distal.
- También se asocian con HTA y hematuria.
- La complicación más grave es la ruptura, provocando hemorragia con shock hipovolémico o pérdida del riñón.
- Existe una alta incidencia de ruptura de AAR durante el período final del embarazo, con alta mortalidad materno-fetal.

Diagnóstico

- Un AAR puede sospecharse en una RX simple de abdomen si se encuentra calcificado.
- El ecodoppler renal es un método incruento y de relativo bajo costo, muy útil en su evaluación, aunque presenta dificultad para detectar pequeños aneurismas situados en ramas distales. También debe considerarse que es un método operador-dependiente.



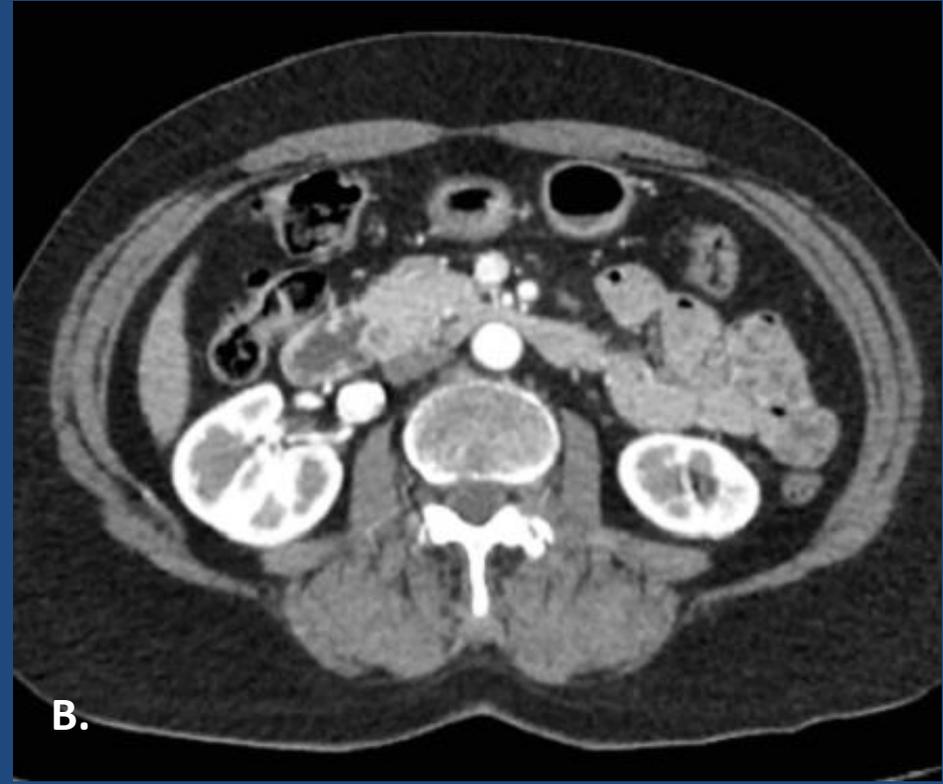
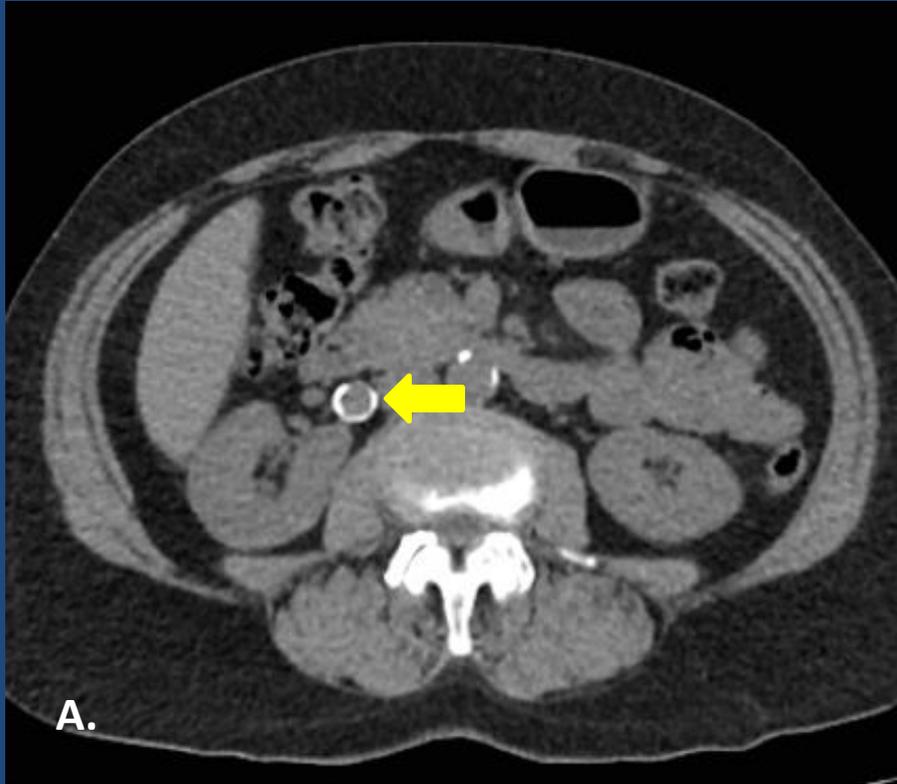
Radiografía simple: masa renal derecha,
con calcificación anular (flecha)



Ecografía:

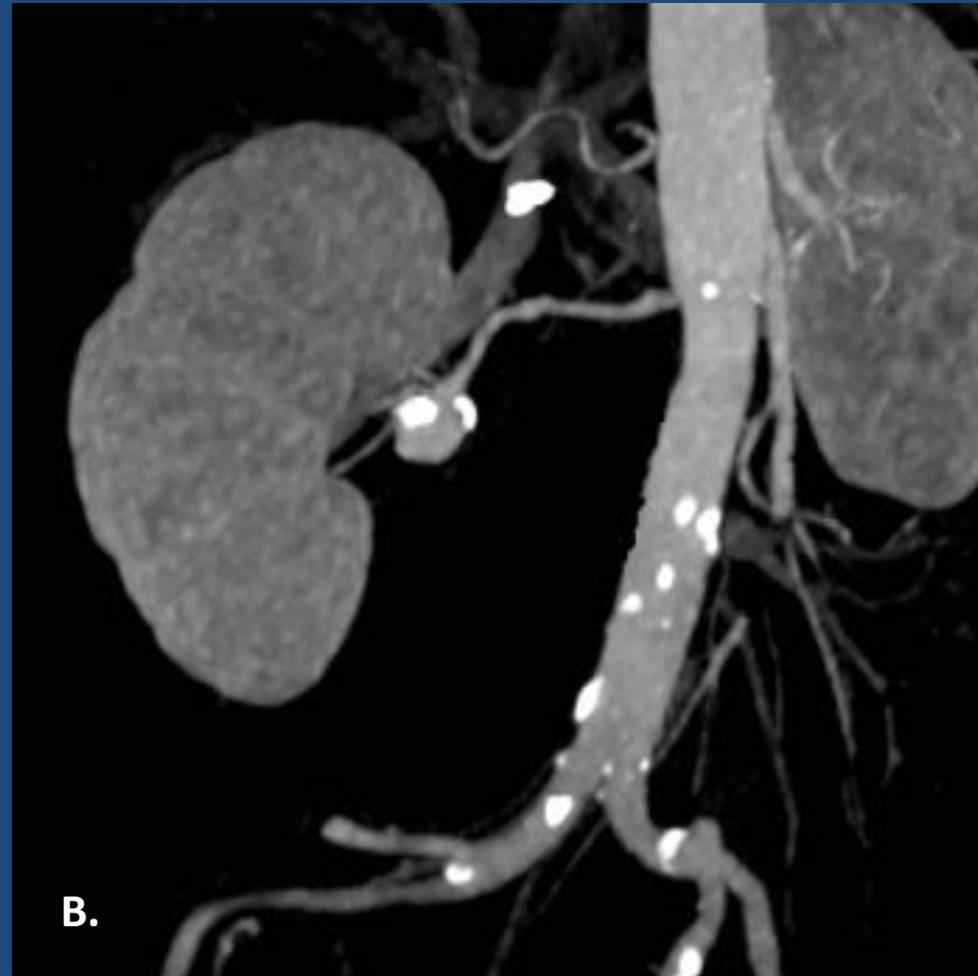
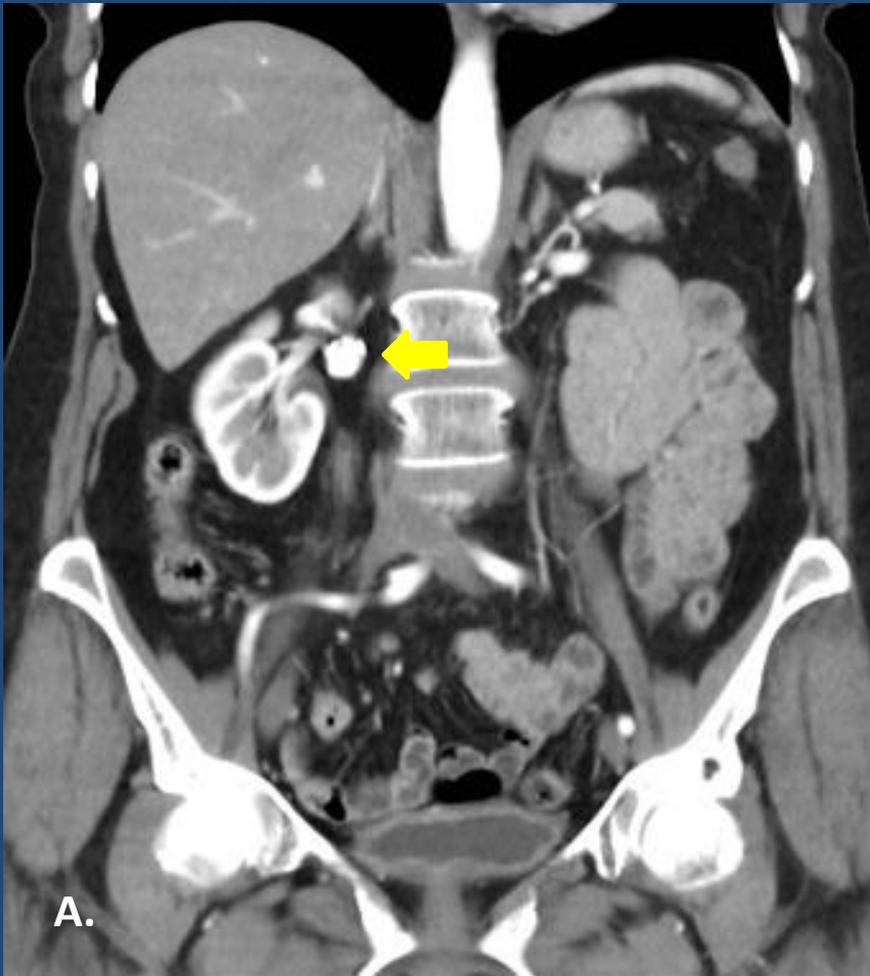
- A. Masa extrarrenal derecha, con calcificaciones periféricas (flecha amarilla).
- B. Al doppler color, se observa flujo en remolino dentro de la lesión (signo de ying/yang).

- La angioTC es la prueba de elección diagnóstica actual, siendo un método no invasivo, que también permite la detección de complicaciones y el control evolutivo de pacientes con diagnóstico previo de AAR en tratamiento médico.
- Este método permite definir el tamaño de un AAR y la presencia de calcificación de sus paredes, que son parámetros considerados con fines terapéuticos.



TC de abdomen:

- A. Corte axial sin contraste, que muestra AAR derecha, calcificado (flecha amarilla).
- B. Corte axial con contraste EV, que muestra el intenso realce de la lesión.



TC de abdomen:

- A. Corte coronal que muestra ARR derecha (flecha).
- B. Reconstrucción MIP de AAR.



TC: Reconstrucciones 3D
AAR derecha.

Tratamiento

- Existen una serie de causas que favorecen la ruptura de AAR, tales como la hipertensión arterial, el tamaño superior a 1,5-2 cm. de diámetro, la no calcificación de sus paredes, el embarazo y el estado puerperal.
- Los pacientes que no tengan estos factores de riesgo pueden realizar un seguimiento con TC una vez por año.
- El tratamiento definitivo es endovascular o quirúrgico.

Conclusiones

- En los últimos años, el hallazgo incidental de AAR es más frecuente.
- La TC es un excelente método para definir criterios que identifican a los pacientes con AAR que pueden recibir tratamiento médico y control evolutivo.

Bibliografía

- Lee J, et al. Body TC con correlación RM. Marbán. Madrid, España, 2007.
- Pedrosa C. Diagnóstico por imagen. Marbán. Madrid, España. 2009.
- Welsh P. Aneurismas de la arteria renal. Rev. Arg. Cardiol., 50, N° 6, 350-355. 1982.
- Resel Estévez L. Clínicas urológicas de la Complutense. 1, 229-243 Ed. Complutense. Madrid, España. 1992.
- Alcázar de la Osa JM, et al. Angiología. 1998: 6, 255-284. Madrid, España. 1998.
- Rodríguez Corchero J, et al. Actas Urol. Esp. 28 (9): 672-676. 2004.
- Hislop S, et al. Tratamiento de los aneurismas de la arteria renal en el estado de Nueva York: resultados de la reparación abierta y endovascular. Ann Vasc Surg 2009; 23: 214-221. 2009.