



Aneurismas de porta extrahepática, un hallazgo poco frecuente

Ricardo Ignacio Gómez Miranda (MIR), Juan Ignacio Gracia García (MIR), Elena Heredia Lacasa (MIR), Javier Sainz Sánchez (MIR), Paula Bas Alcolea (MIR), Amalia Aranaz Murillo (MIR), Luis Sarría Octavio de Toledo (FEA, Jefe de sección de Radiología Digestiva)

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivo Docente:

Revisión acerca de los aneurismas de porta extra-hepática a propósito de dos casos de nuestro servicio.

Revisión del tema:

Los aneurismas venosos verdaderos son un hallazgo muy poco frecuente, siendo especialmente excepcionales en la vena porta, tan solo un 3% de todos los aneurismas venosos con una incidencia del 0.06% ⁽¹⁾. Descritos por primera vez en la literatura en el año 1956 por Barzilai y Kleckner, en los últimos años se ha incrementado el número de casos reportados a pesar de tratarse de una patología infrecuente. No obstante, sigue sin haber un claro consenso acerca de la actitud a seguir en su manejo.

A la hora de definir el aneurisma de vena porta (AVP) tenemos que tener en cuenta que en condiciones normales el calibre de las ramas portales intrahepáticas no supera los 9 mm de diámetro. En el caso de la vena porta extrahepática se considera normal un diámetro inferior o igual a 15 mm en sujetos sanos y menor a 19 mm en el caso de pacientes con cirrosis hepática ⁽³⁾. Por tanto, cualquier aumento del diámetro portal por encima de estos valores lo consideraremos un AVP.

La etiología sigue sin estar clara habiéndose propuesto un mecanismo congénito de formación secundario a regresión incompleta de la vena vitelina primitiva distal derecha, o bien la etiología adquirida secundaria principalmente a hipertensión portal en el contexto de una cirrosis hepática.

Otros mecanismos menos frecuentes involucrados en la formación de aneurismas adquiridos son la pancreatitis severa, el antecedente traumático, o la infiltración de la vena porta en contexto oncológico. ⁽⁴⁾

Los lugares más frecuentes para la aparición de esta lesión en el sistema portal son la vena porta principal, la confluencia entre la vena esplénica y mesentérica superior y las venas intrahepáticas en sus ramas y lugares de bifurcación^(2,5).

De cara al diagnóstico la presentación clínica es inespecífica, siendo los pacientes asintomáticos hasta en el 50% de los casos. Pueden cursar con dolor abdominal como consecuencia de compresión de estructuras adyacentes (destacando la vía biliar), sangrado, o la presencia de síntomas relacionados con complicaciones como la formación de trombos (hasta en un 20-30% de los casos según las fuentes consultadas), roturas, etc.

La ecografía es de utilidad como prueba de imagen inicial destacando la valoración mediante estudio doppler color de cara a evaluar la localización, morfología y presencia de posibles trombos. La Resonancia Magnética Nuclear puede ser también un medio preciso y fiable para su diagnóstico ^(1,6).

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste es la exploración mediante la cual se encuentran estos aneurismas con mayor frecuencia, en parte por el aumento de solicitudes de este tipo de exploraciones por otras causas, permitiendo su caracterización precisa en tamaño y situación ^(2,6) así como la presencia de complicaciones asociadas.

Al existir una casuística tan limitada, el manejo y el seguimiento no están claros hoy en día y merece la pena exponerlos a la comunidad para su conocimiento.

En general se recomienda el seguimiento y manejo conservador en el caso de aneurismas de $< 30\text{mm}$ que no asocian complicaciones. En el caso de aneurismas $> 30\text{ mm}$ o bien aquellos con complicaciones asociadas (trombosis, aneurismas sintomáticos, riesgo de rupturas o ruptura confirmada) se puede plantear el manejo quirúrgico o a cargo de los radiólogos intervencionistas vasculares.

Presentamos dos casos de aneurisma de porta extrahepática por estas razones y por la calidad de las imágenes obtenidas.

El primer caso se trataba de una paciente a la que en un estudio mediante TC abdominal por otra causa se le diagnosticó un AVP a nivel de la confluencia porto-mesentérica (imágenes 1-2). Se trataba de un aneurisma no complicado que no presentó modificaciones en sus características según se evidenció en los controles posteriores en el seguimiento de su otra patología. Dado el carácter incidental del hallazgo, y la ausencia de clínica y de complicaciones, se optó por el manejo conservador.

El segundo caso era una paciente a la que se le diagnosticó la existencia de un shunt portosistémico hepático entre rama portal y vena suprahepática derechas. En este contexto se diagnosticó la existencia de un AVP (imágenes 3-4) también a nivel de la confluencia porto-mesentérica. A pesar de que la paciente se encontraba asintomática, la existencia del shunt portosistémico puede favorecer



que se produzcan cambios en el tamaño del aneurisma como resultado de las alteraciones en el flujo vascular, así como la aparición de complicaciones que puedan requerir un manejo quirúrgico o intervencionista del aneurisma. En esta clase de pacientes el seguimiento ha de ser más estrecho de cara a adecuar la actitud terapéutica en función del comportamiento evolutivo del AVP.

Conclusión:

Los AVP son una entidad infrecuente cuyo diagnóstico se ha incrementado de forma incidental por el aumento de la realización de técnicas de imagen de abdomen.

Se ha propuesto que puedan ser de etiología congénita o adquirida, y sigue sin existir un claro consenso en cuanto al manejo de los mismos.

Es importante su diagnóstico y seguimiento dada la posibilidad de que presenten complicaciones potencialmente graves para el paciente.

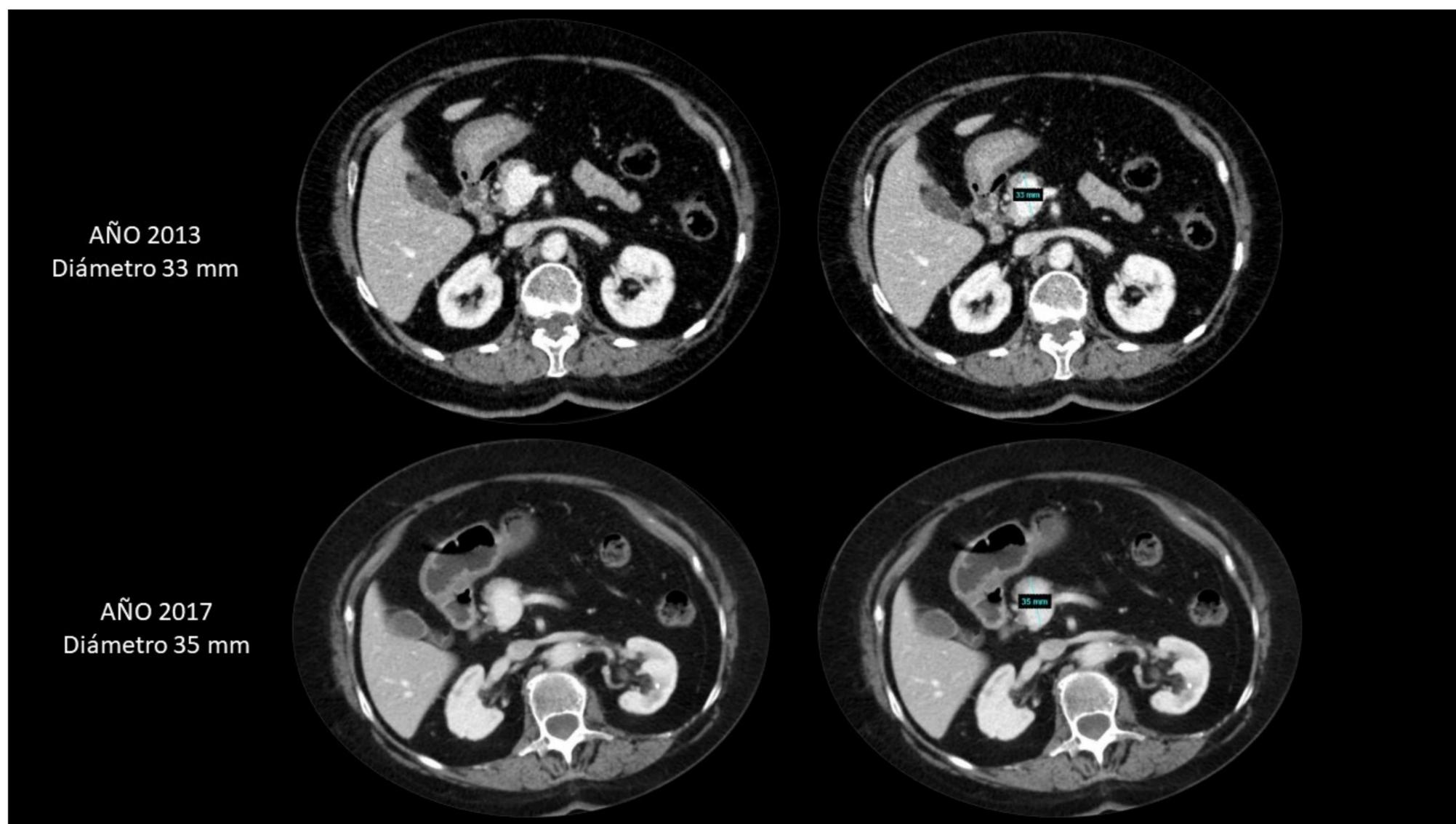


Imagen 1. Corte axial de TC abdominal en fase portal a la altura de la confluencia porto-mesentérica identificando aneurisma a dicho nivel que no experimentó cambios significativos en su tamaño desde el diagnóstico en el año 2013 (33 mm de diámetro máximo), a control posterior en el año 2017 (35 mm).

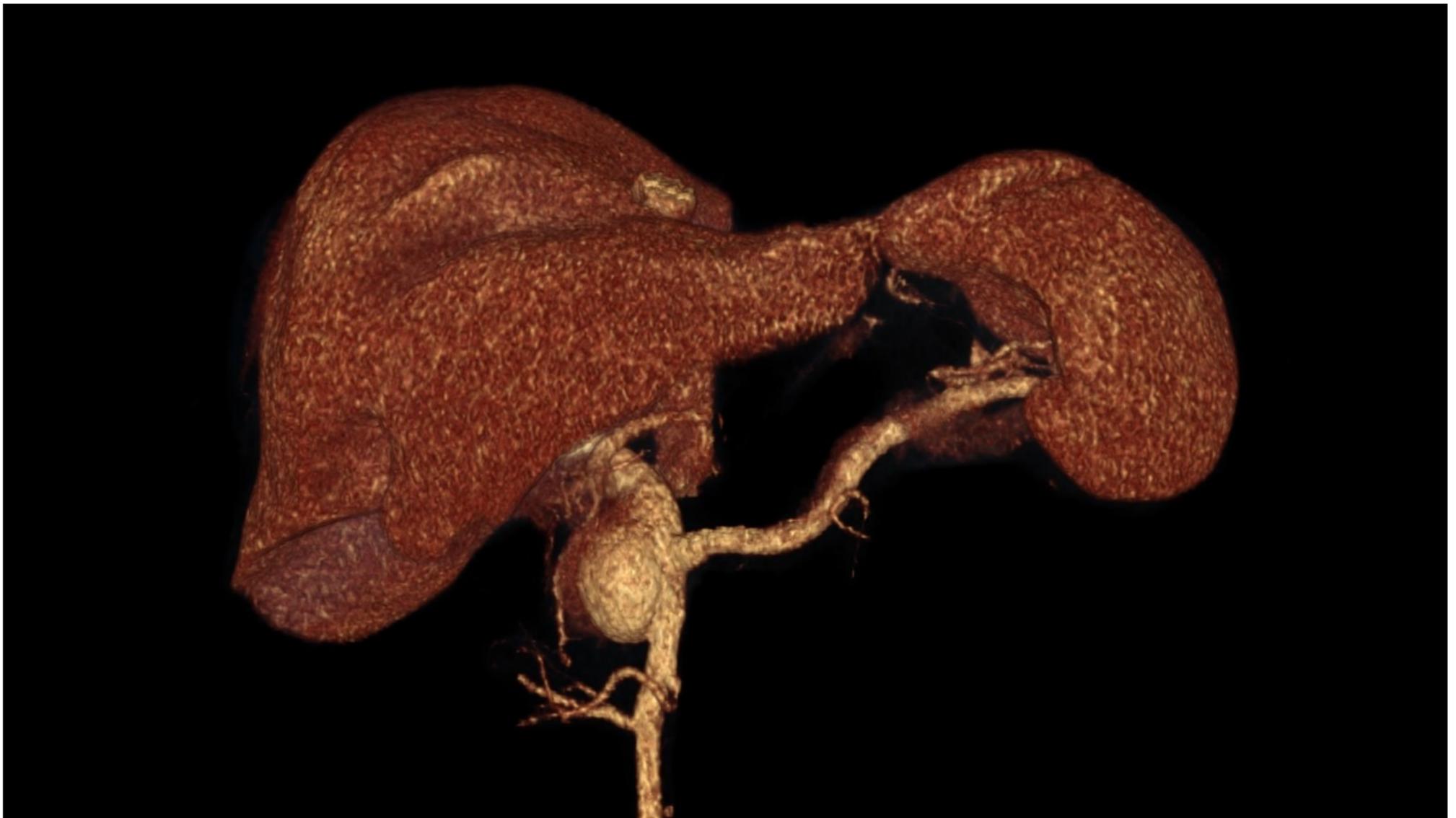


Imagen 2. VR3D en el que se demuestra la formación aneurismática de la Vena Porta a nivel de la confluencia porto-mesentérica.

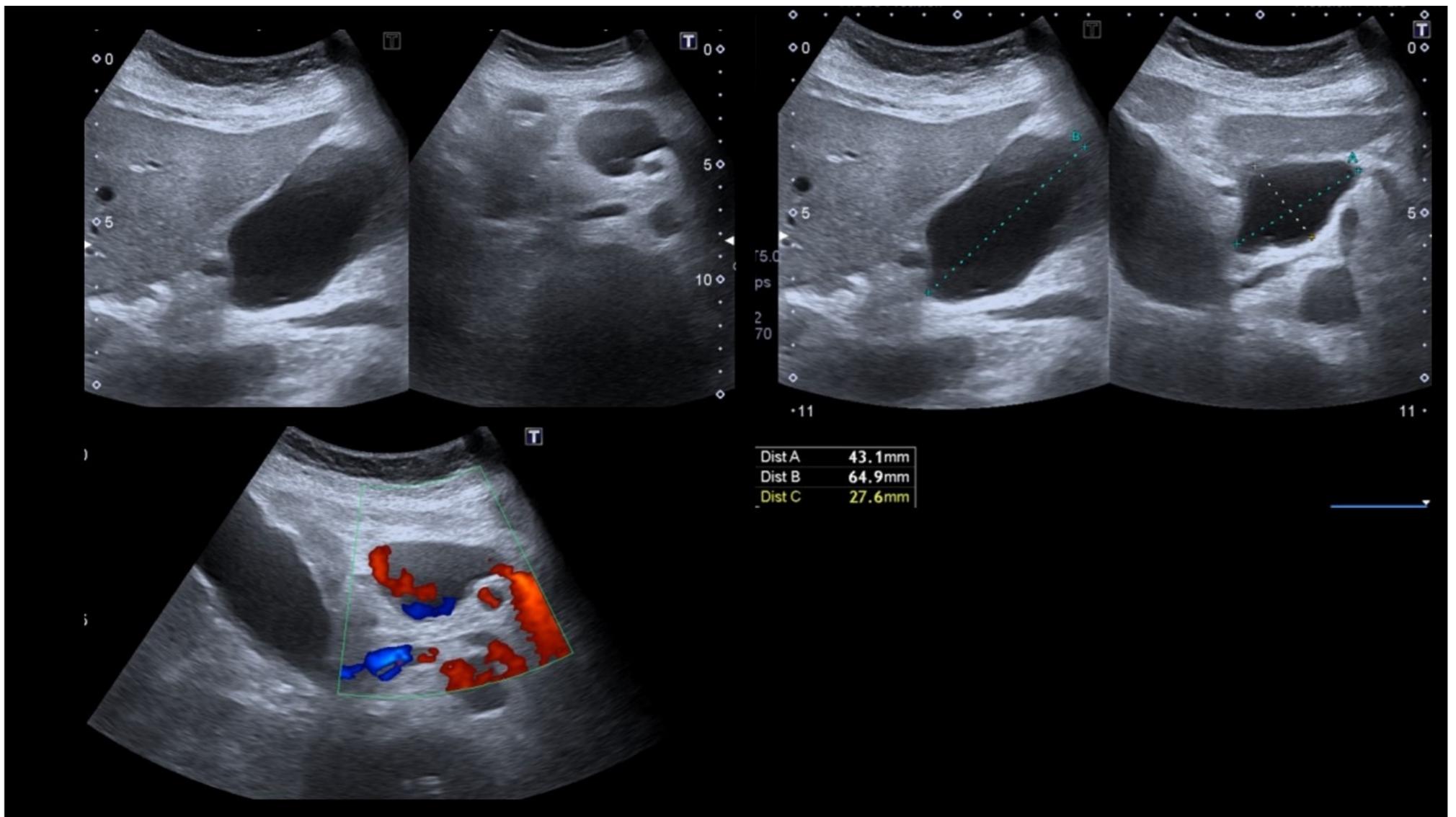


Imagen 3. Aneurisma de porta extrahepática, adyacente al eje esplenoportal, con un eje máximo longitudinal de 64 mm.

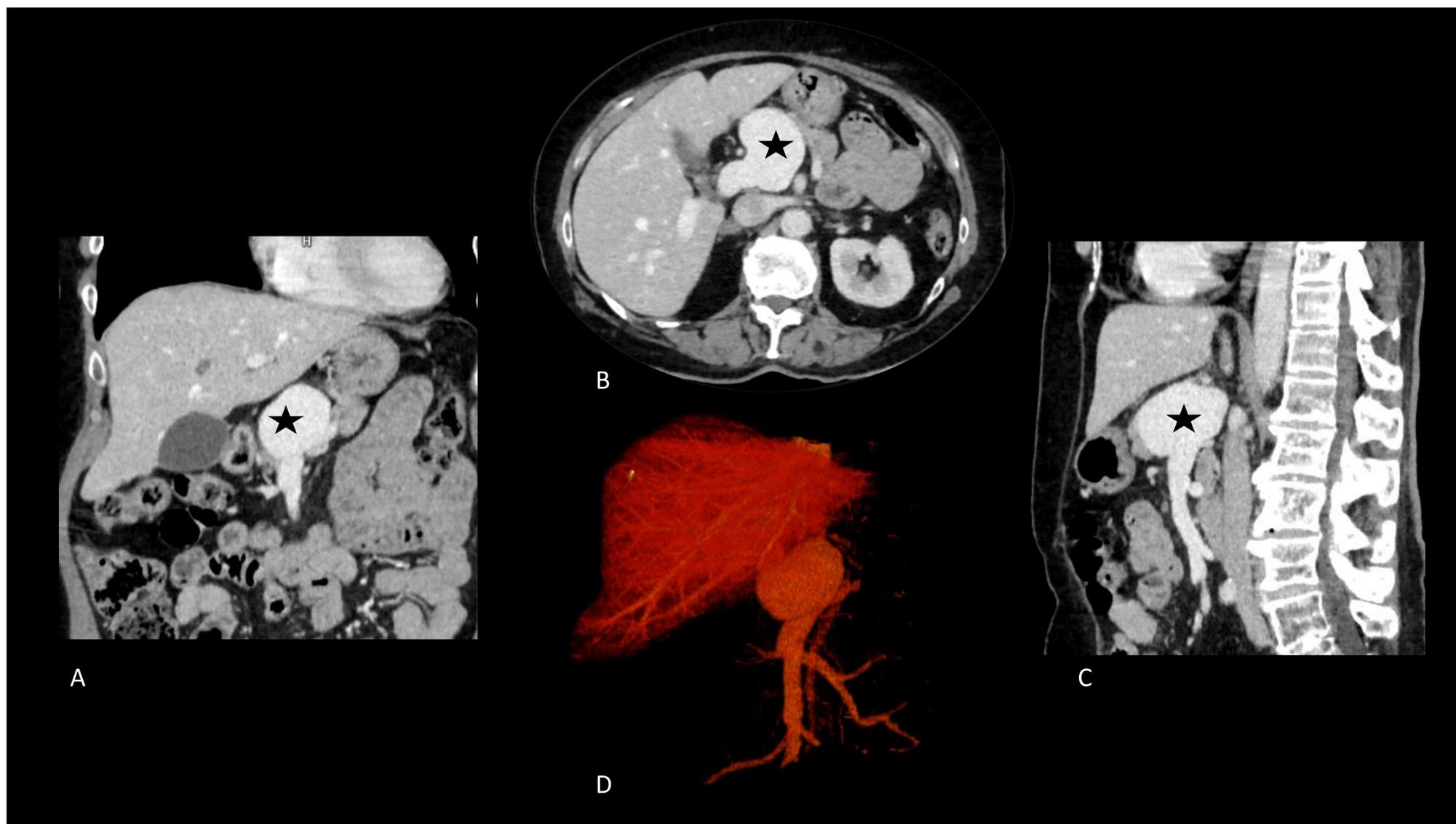
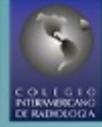


Imagen 4. Adquisición helicoidal de TC abdominal tras la administración de contraste i.v. en fase portal en cortes coronal (A), axial (B), sagital (C) y VR3D.

Se identifica aneurisma fusiforme en confluencia porto-mesentérica de 53x43 mm. ★



BIBLIOGRAFÍA:

1. Gaba RC, Hardman JD, Bobra SJ. Extrahepatic Portal Vein Aneurysm. Radiology Case Reports [Internet]. 2009;4(2):291. Available from: <http://dx.doi.org/10.2484/rcr.v4i2.291>
2. de Vedia M, Hernandez Pinzón J, Larrañaga N et al. Hallazgo incidental tomográfico en el seguimiento por patología oncológica. Acta gastroenterol latinoam. 2018;48(2):2–6.
3. Hernando Sanz A, Navarro-Aguilar V, López-Andújar R. Portal vein aneurysm, an update on the subject. A case report. Rev Esp Enferm Dig. 2021;113:77–8.
4. Laurenzi A, Ettorre GM, Lionetti R et al. Portal vein aneurysm: What to know. Digestive and Liver Disease. 2015;47(1):918–23.
5. Fulcher A, Turner M. Aneurysms of the portal vein and superior mesenteric vein. Abdominal Imaging. 1997;22(3):287–92.
6. Atasoy KC, Fitoz S, Akcyar G, Aytac S, Erden I. Gray-Scale and Colour Doppler Ultrasonographic Findings with CT and MRI Correlation. Aneurysms of the Portal Venous System. 1998;22:414–7.