

Aneurisma de la vena acigos

Claudia Balhen-Martín,* José Luis Criales-Cortés,** Gustavo Saravia-Rivera*

Resumen clínico

Paciente femenino 66 años de edad, asintomática, sin antecedentes personales patológicos ni quirúrgicos previos.

Acude a realizarse un chequeo general. En la radiografía posteroanterior y lateral del tórax se observó una imagen sugestiva de masa ocupativa localizada en el mediastino posterior del hemitórax derecho en localización paravertebral.

En el estudio de angioresonancia, con inyección endovenosa de 40 mL de gadolinio y en las reconstrucciones de tercera dimensión se observó una imagen de aspecto sacular, de contornos bien definidos, localizada en el mediastino posterior, paravertebral derecha, que refuerza con la misma intensidad que las estructuras vasculares adyacentes y con señal similar a la de la vena acigos. Esta lesión midió 44 x 43 x 36 mm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente (Figuras 1, 2 y 3). El resto de las estructuras vasculares se observaron de morfología normal. No se identificaron adenomegalias.

La vena acigos en condiciones normales tiene un diámetro transversal no mayor a 7 mm. El aumento en el calibre de la vena acigos puede ser producto de circulación colateral en las siguientes patologías: hipertensión portal, obstrucción de la vena cava superior (VCS) en su porción

infracigos, obstrucción y trombosis de la vena cava Inferior (VCI), embarazo, trombosis de la vena hepática y también por hipertensión del atrio derecho secundaria a insuficiencia cardiaca derecha y a pericarditis constrictiva.



Figura 1. Resonancia magnética con Gadolinio T1, plano coronal, con supresión grasa. Imagen sacular a nivel del mediastino posterior paravertebral derecha que corresponde a la vena acigos.

*Residente de segundo año, Curso Universitario Radiología e Imagen Hospital Santa Fe -- C.T. SCANNER de México, UNAM

**Del Centro de Diagnóstico C.T. SCANNER de México

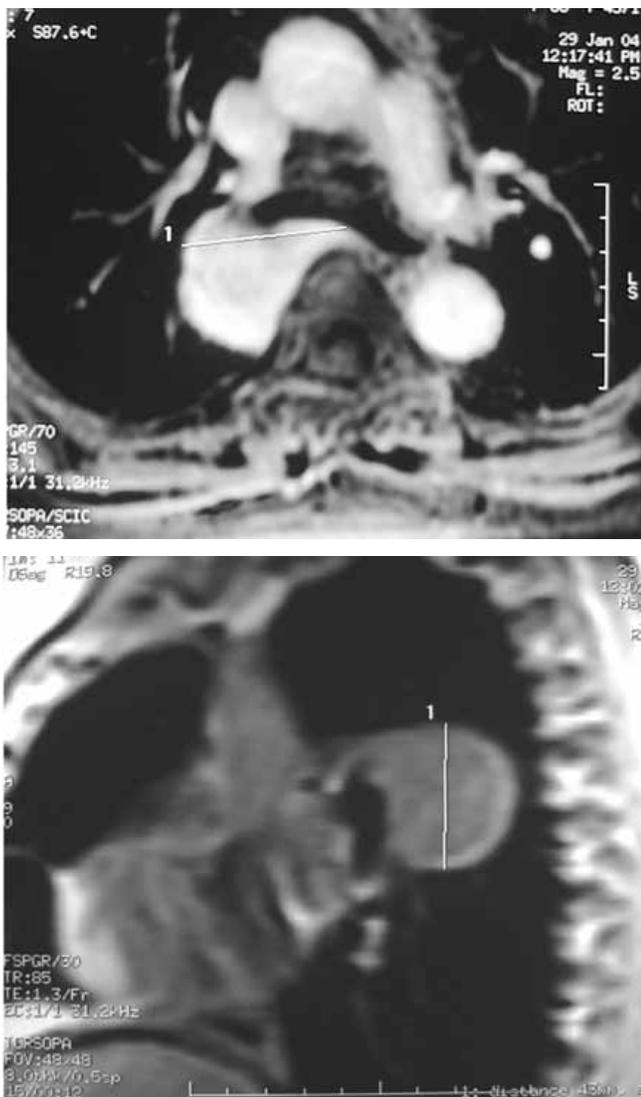


Figura 2 y 3. Angioresonancia magnética, planos axial y sagital. Imagen a nivel del receso pleuroacigoesofágico. Dilatación aneurismática de la vena ácigos, se observa con la misma intensidad de señal que las estructuras vasculares.

Discusión

El aneurisma de la vena acigos es una causa rara de masa mediastinal.

La etiología de los aneurismas de la vena acigos se desconoce, pero se cree que tienen origen congénito. Se sugiere que esta dilatación aneurismática de la vena acigos ocurre durante el desarrollo embriológico en donde la vena cardinal anterior (precursora de la VCS) se une con la vena supracardinal derecha. Otro dato que sugiere la probabilidad del origen congénito es que a diferencia de las dilataciones venosas adquiridas (venas varicosas) en los casos de dilatación venosa de origen congénito la túnica media es la afectada y no hay evidencia de fibrosis del endotelio.

En el presente caso de una paciente sin antecedentes de hipertensión venosa central, asintomática, la posibilidad del origen congénito del aneurisma de la vena acigos es altamente sugestivo, porque además se localizaba a nivel del arco de la vena ácigos que por su origen embrionario podría corresponder a un sitio anatómicamente débil.

Es importante tener en cuenta al aneurisma de la vena acigos como diagnóstico diferencial, debido a que en radiografías convencionales puede simular una masa mediastinal, sin embargo gracias a métodos de imagen no invasivos como la Resonancia Magnética se puede determinar el origen vascular del área de sospecha debido a que el aneurisma tiene la misma intensidad que las estructuras vasculares y además permite precisar el sitio anatómico en diferentes planos de adquisición.

Referencias

1. **Cardoso JM, Criales JL, Moncada R.** Tórax, pulmón, pleura y mediastino. Colección Radiología e Imagen Diagnóstica y Terapéutica. Lippincott Williams & Wilkins;1999. pp. 13-14.
2. **Danhert W.** Radiology review manual. Williams & Wilkins; 1999. pp. 325.
3. **Gallego M, et al.** Idiopathic Azygos vein aneurysm: a rare cause of mediastinal mass. Thorax 1999;54:653-655.
4. **Naidich D.** TC & RM thorax. Marban;2000. pp. 582-585.