

Caso Clínico

Diciembre 2018

Ferrario, Maria Cecilia MD (1); Pegoraro, Diego MD (2);
Gutiérrez, Fernando MD (3)

¹Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

²Instituto Radiológico, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

³Departamento de Radiología Cardiorádica, Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis, MO,
USA



Caso Clínico

- Paciente de 54 años
- Refiere episodios aislados de náuseas y mareos interpretados como accidentes isquémicos transitorios
- Disnea grado I
- En los exámenes de laboratorio se evidenció policitemia

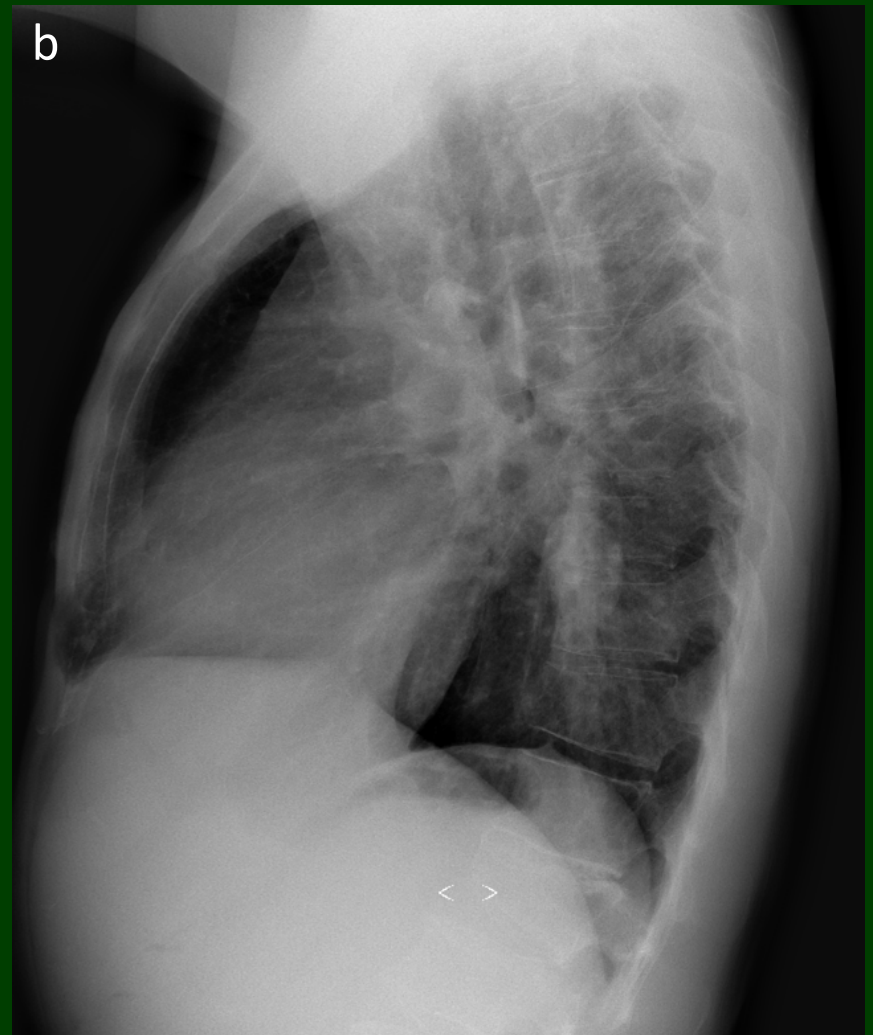
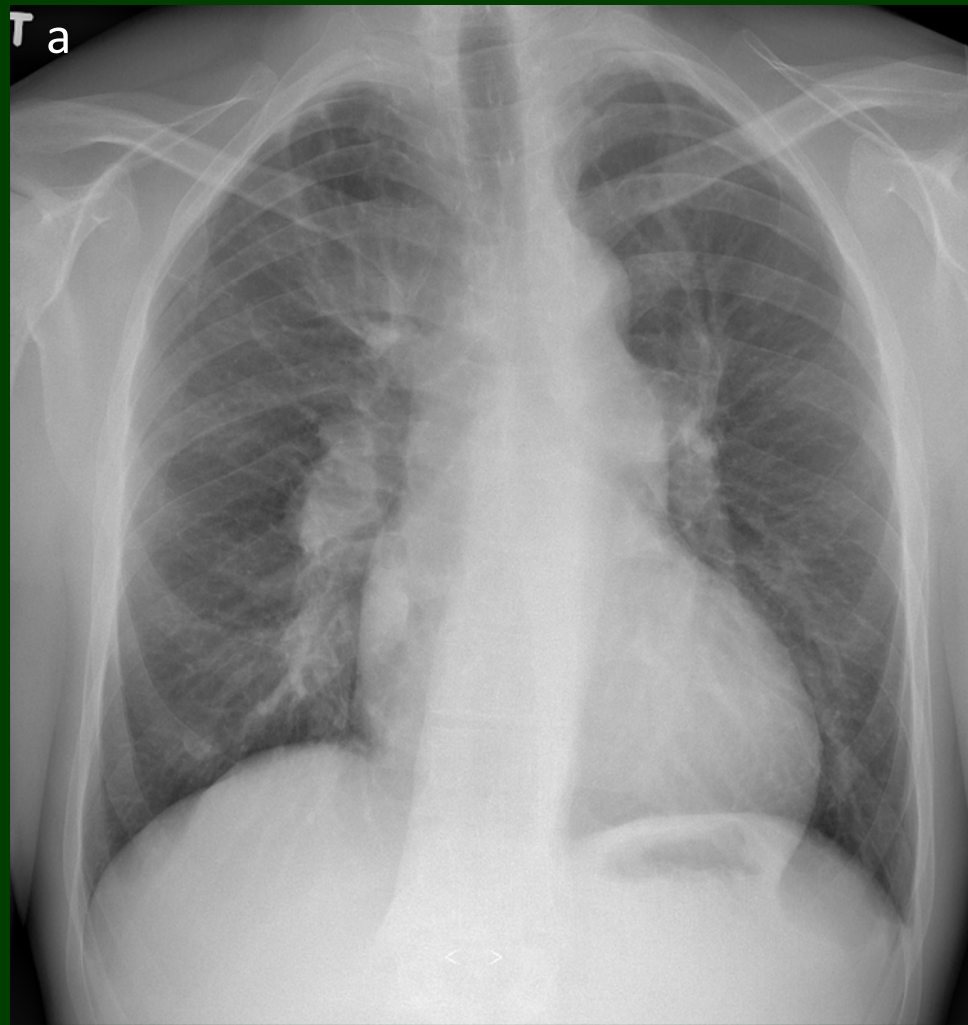


Figura 1 . Radiografía de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral muestra dilatación bilateral de las arterias pulmonares centrales, redistribución de flujo y ligera cardiomegalia a predominio de cavidades cardiacas derechas.

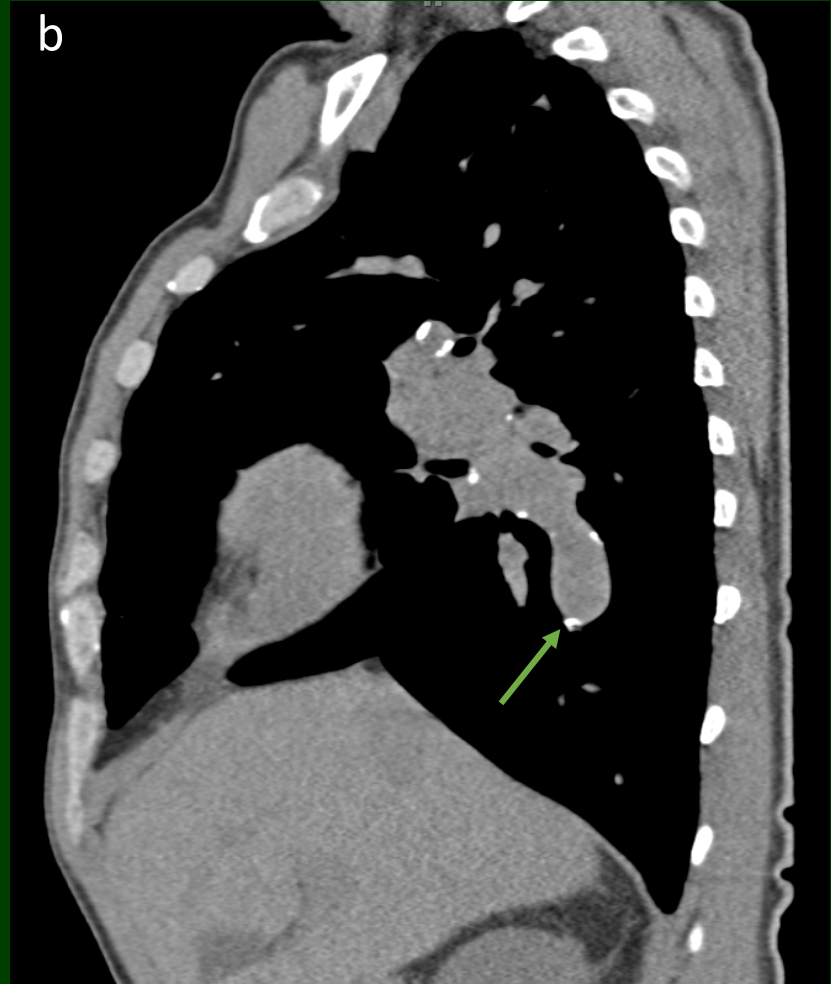
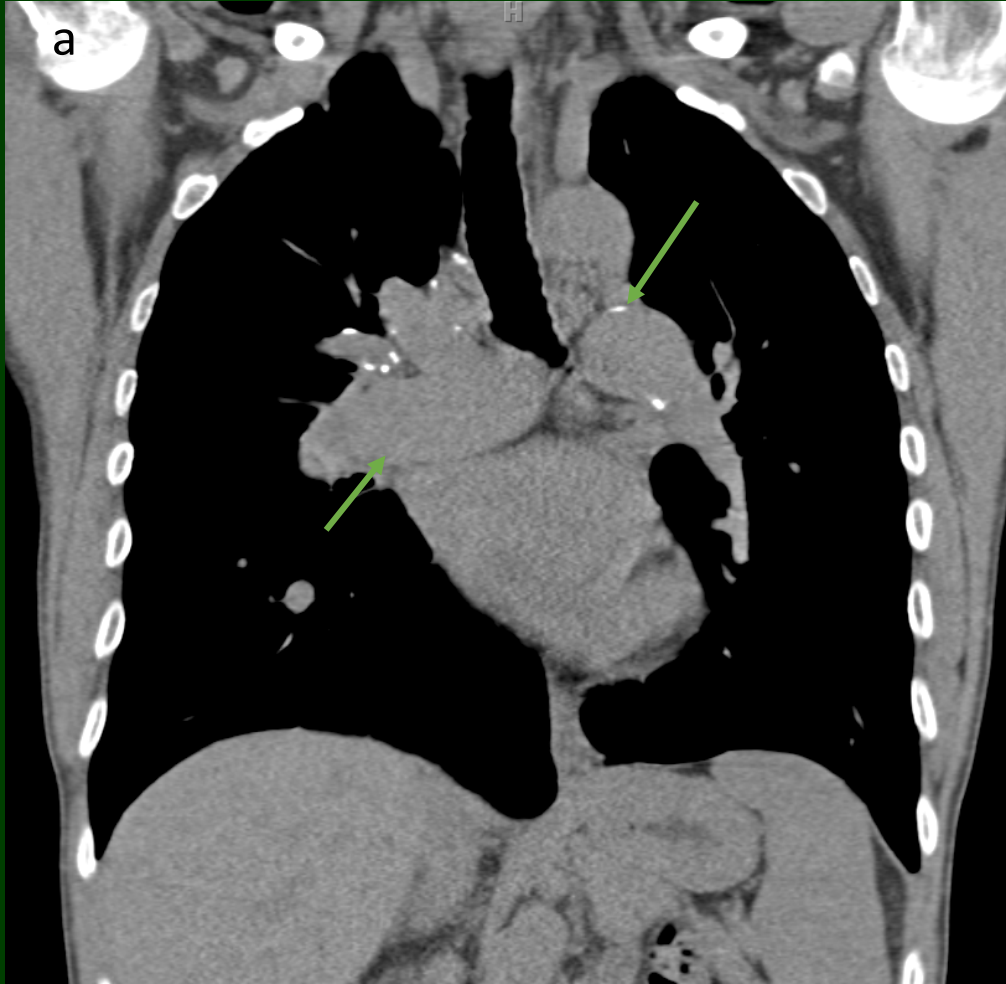


Figura 2. Tomografía computada (TC) de tórax sin contraste con reconstrucciones multiplanares coronal (a) y sagital (b) muestran severa dilatación de las arterias pulmonares centrales con áreas de calcificación periférica (flechas).

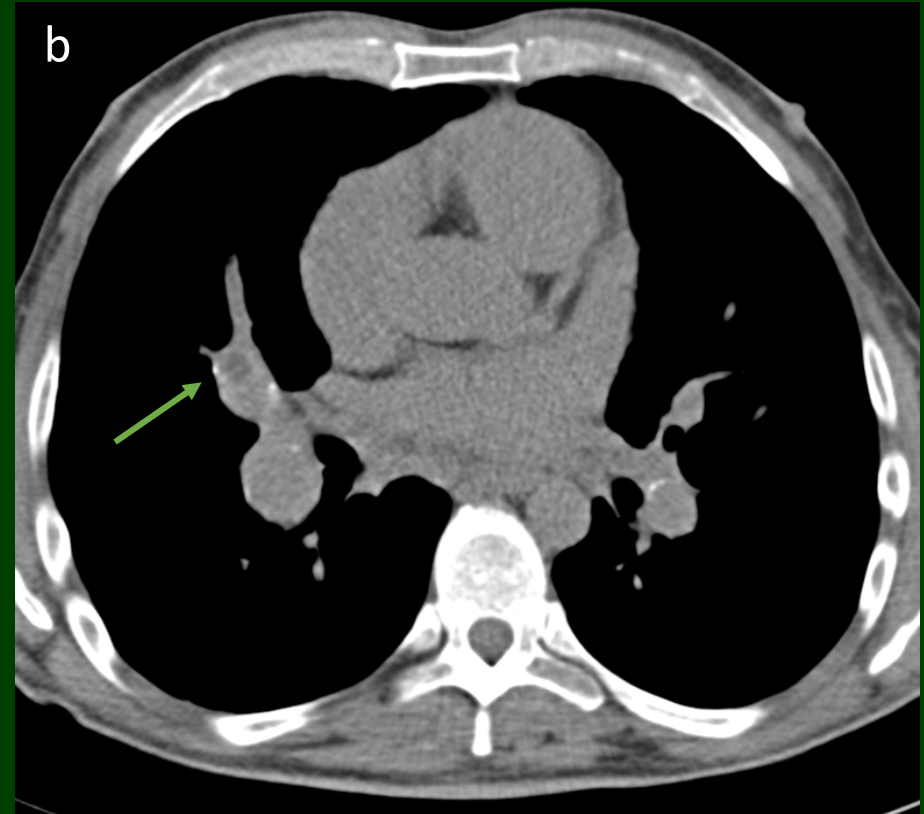
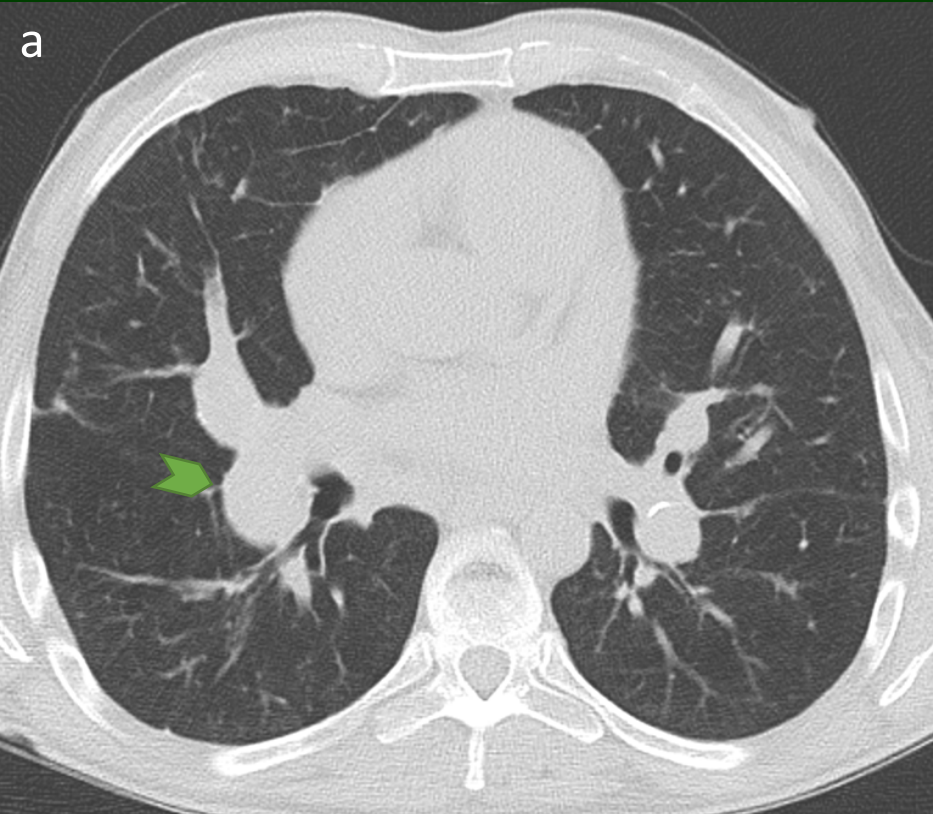
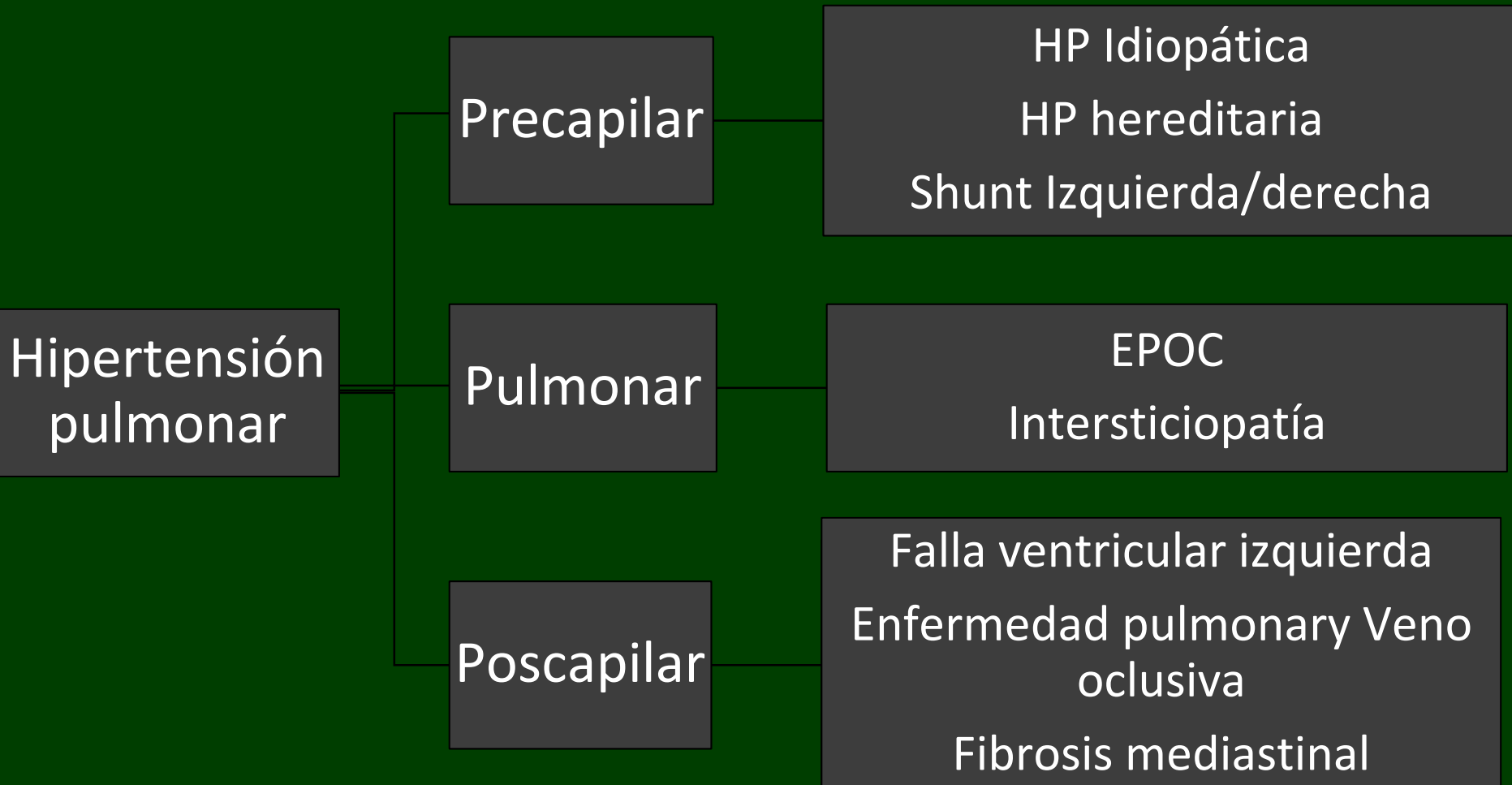
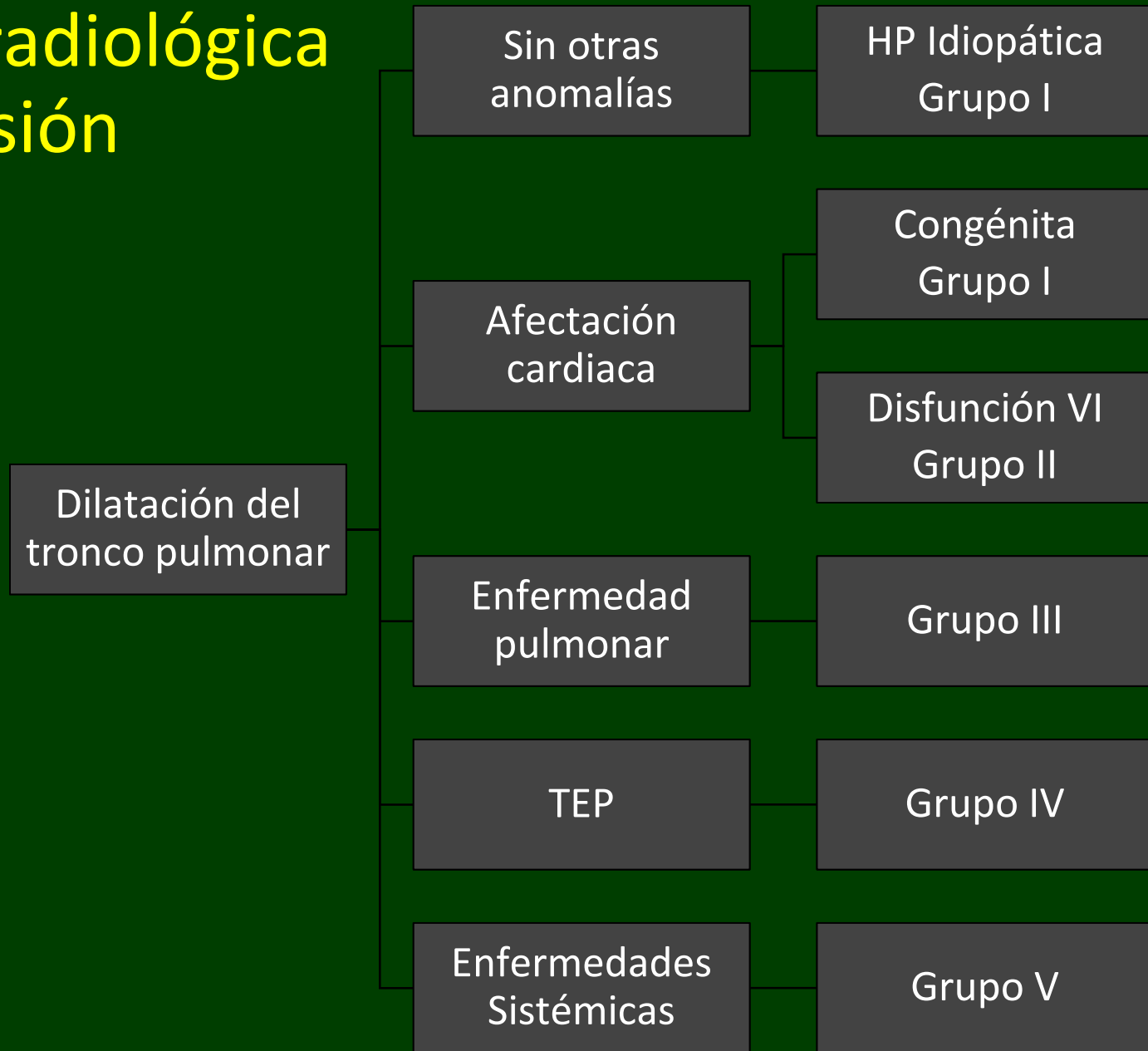


Figura 3. TC de tórax sin contraste en cortes axiales con ventana pulmonary (a) y mediastínica (b) muestran un aumento en la relación arteria-bronquio (cabeza de flecha), calcificaciones parietales bilaterales de las arterias pulmonares e hipodensidad focal endoluminal periférica en la arteria para el lóbulo medio compatible con tromboembolismo crónico (flecha larga).

Diagnósticos diferenciales



Evaluación radiológica de hipertensión pulmonar



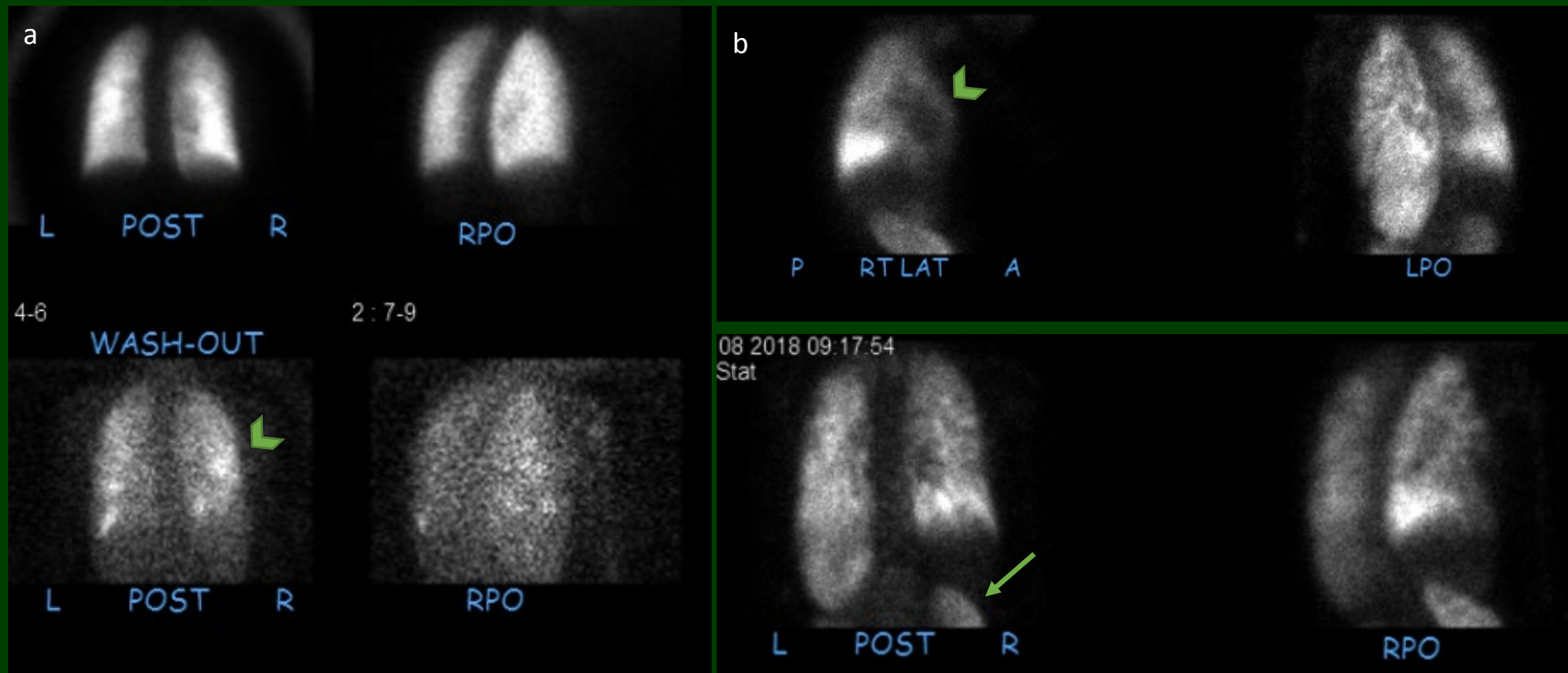


Figura 4. Ventilación (a)/Perfusión (b)

Distribución heterogénea del radiotrazador en la ventilación (a).

Múltiples defectos de perfusión en ambos pulmones (b). El más prominente se visualiza en el lóbulo medio en concordancia con área de retención del radiotrazador en el wash out de la ventilación (cabeza de flecha en a y b). Adicionalmente, durante la perfusión, se observa actividad en ambos riñones (flecha) consistente con shunt derecha-izquierda.

Diagnóstico final

Síndrome de
Eisenmenger

Descripción

El síndrome de Eisenmenger es la complicación de un shunt de alto flujo y alta presión de izquierda a derecha que lleva a hipertensión arterial pulmonar crónica con posterior reversión del flujo en dicha comunicación.

Causas:

- Comunicación interventricular (más frecuente)
- Comunicación interauricular
- Ducto arterioso persistente

Presentación clínica:

- Fatiga, disnea, dolor torácico y síncope
- Reversión del shunt: Cianosis, Eritrocitosis, hemoptisis, dedos en palillo de tambor

Referencias

- Aluja Jaramillo, Felipe, et al. "Approach to pulmonary Hypertension: From CT to Clinical Diagnosis" *Radiographics* (2018); 38;357-373
- Frazier, Aletta Ann, et al. "From the Archives of the AFIP: Pulmonary Vasculature: Hypertension and Infarction" *Radiographics* 20.2 (2000): 491-524
- Grosse, Claudia, and Alexandra Grosse. "CT Findings in Diseases Associated with Pulmonary Hypertension: A Current Review." *Radiographics* 30.7 (2010): 1753-1777.
- Simonneau, Gerald, et al. "Updated clinical classification of pulmonary hypertension" *Journal of the American College of Cardiology* 62.25 (2013): D34-D41