

Resonancia magnética nuclear en el diagnóstico del aneurisma disecante de aorta tipo A



Fig. 1 Paciente de 63 años, hipertenso severo, que presentó dolor torácico anterior súbito irradiado a cuello, con electrocardiograma y enzimas cardíacas normales. Se internó en la Unidad Coronaria, donde se lo encontró hipertenso (190/120 mmHg), con asimetría de los pulsos arteriales periféricos. Se lo trató con Atenolol 5 mg. ev y luego 100 mg por vía oral. Ante la fuerte presunción diagnóstica de aneurisma disecante de la aorta, se efectuó tomografía computada de tórax que no aclaró el diagnóstico. Luego se practicó una resonancia magnética nuclear, como se ve en las dos imágenes adjuntas. En el corte sagital (Fig. 1) se ve claramente la falsa luz en la aorta descendente y en la luz verdadera de la aorta se visualiza flujo lento (flecha inferior). En el corte coronal (Fig. 2) se observa el "flap" de disección, efectuándose diagnóstico de aneurisma disecante de la aorta tipo A, sin compromiso de la válvula aórtica. Se confirmó con ecocardiograma transesofágico y estudio hemodinámico. Se realizó tratamiento quirúrgico, evolucionando satisfactoriamente.

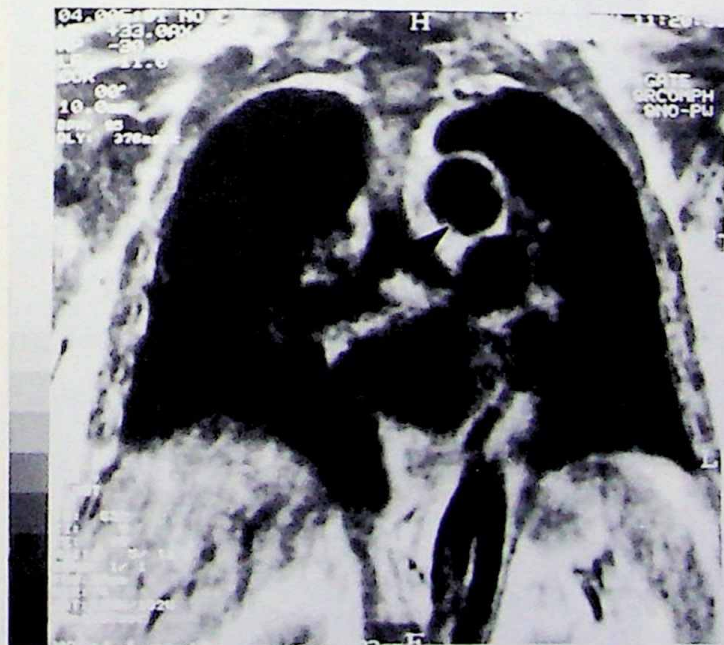
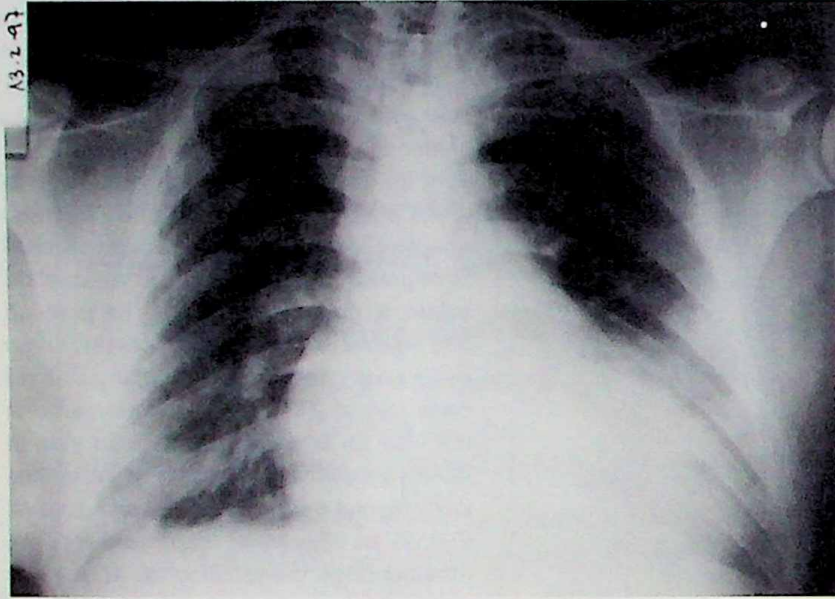


Fig. 2

Eduardo A. Sampó
División Unidad Coronaria
Hospital de Clínicas José de San Martín
Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires

Captación pulmonar de MDP-TC99M en un paciente con hiperparatiroidismo secundario

Paciente de 45 años de edad, sexo masculino, que se interna por intenso dolor en cadera izquierda. En hemodiálisis desde 1993 por insuficiencia renal crónica. Soplo sistólico 3/6 de insuficiencia mitral. Ecocardiograma con sospecha de vegetaciones endocárdicas. Punción de articulación coxofemoral positiva para cocos. Rx de tórax (Fig. 1): Cardiomegalia. Pequeño derrame pleural bilateral. Infiltrados inespecíficos en ambas bases.



Laboratorio: Hto 19%, Hb 6.1 mg%, Ca 9.7 mg%, P 9.8 mg%, PTH 959 pg/ml. Se efectúa centellografía ósea corporal total que muestra hipercaptación en cadera izquierda (artritis séptica) y fijación anormal del trazador en tórax bilateral (Fig. 2 y 3) que se interpreta como acumulación de difosfonato marcado en mineral depositado en matriz ósea neoformada, no observable en la radiografía simple de tórax (Fig. 1).

La condición del paciente no justificó la obtención de una biopsia destinada a comprobar el tipo de tejido que capta el difosfonato. Entre las causas de acúmulo de metildifosfonato en partes blandas y en especial en pulmón se encuentran: hipervitaminosis D, metástasis de osteosarcoma, fibrotórax y derrames pleurales de larga data, tumores pulmonares primitivos, secuela de terapia radiante, e hiperparatiroidismo primario y secundario

Fig. 1.- Radiografía simple de tórax.

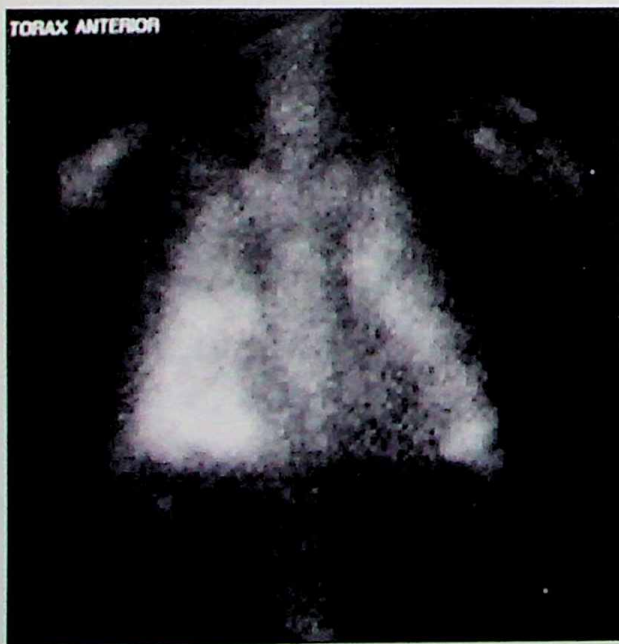


Fig. 2.- Centellografía ósea de tórax. Imagen anterior

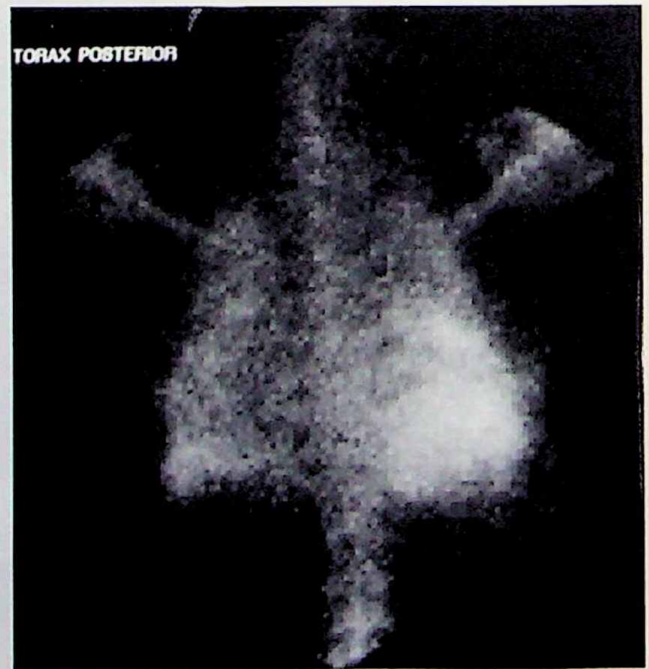


Fig. 3.- Centellografía ósea de tórax. Imagen posterior.