

Caso	(492) Pseudoaneurisma como complicación de COVID-19 evolucionado.
Autores	Javier Bernad Andreu, Plaza Díaz S, Domingo Senán A, Escobar Villalba A, Calero García Rosa M ^a , Borrueal Nacenta S.
Centro	Hospital Universitario 12 De Octubre.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón, 57 años con antecedentes de DM 2, hipertrigliceridemia y HBP. Ingresó en UCI por insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía bilateral por SARS-cov 2. Durante su estancia se realizaron varios TC de tórax visualizándose extensa afectación bilateral en forma de vidrio deslustrado, consolidaciones basales, engrosamiento intersticial y neumatoceles en LSI (42mm) y LII (45mm), este último con nivel líquido en su interior y realce periférico sugestivo de cambios inflamatorios.

El paciente presentó shock séptico con bacteriemia por E-Coli, precisando NA a dosis altas. Se realizó drenaje del neumatocele sobreinfectado guiado por TC, donde se confirmó crecimiento de E. Coli multirresistente, en relación con neumonía necrotizante. Tres meses después del ingreso, el paciente evolucionó desfavorablemente, presentando episodio de hemoptisis amenazante (400cc). Se realizó angio-TC de tórax, donde se objetivó pseudoaneurisma de 12x10mm, dependiente de rama segmentaria anterior del LSI, adyacente al margen posteromedial de neumatocele de LSI. No se objetiva hipertrofia de arterias bronquiales. Mejoría con manejo conservador (suspensión de anticoagulación, anchafibrin y protamina).

Dos días más tarde vuelve a presentar episodio de hemoptisis. Se desestima manejo invasivo por elevada comorbilidad y mal pronóstico a corto plazo y el paciente fallece a las pocas horas.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de evolución desfavorable de una bronconeumonía bilateral por SARS-cov 2. El paciente presentó sobreinfección bacteriana, desarrollando una neumonía necrotizante por E. coli con formación de neumatoceles, uno de ellos sobreinfectado. Los neumatoceles son cavidades quísticas con la pared fina y predominio subpleural, que pueden formarse como complicación de una neumonía producida por diferentes microorganismos, entre ellos E.coli. Existen etiologías no infecciosas como los barotraumas o la inhalación de gases.

La mortalidad es baja, aunque pueden verse complicaciones como neumotórax o su infección secundaria. El tratamiento suele ser conservador. Los neumatoceles infectados se tratarán como un absceso pulmonar. Además, nuestro paciente presentó hemoptisis masiva, como consecuencia de la formación de un pseudoaneurisma. La hemoptisis masiva suele tener su origen en las arterias bronquiales, aunque hay situaciones en las que la circulación afectada es la

pulmonar, como en este caso. Un pseudoaneurisma es una dilatación focal de un vaso que no afecta a todas las capas y tiene un mayor riesgo de rotura que un aneurisma.

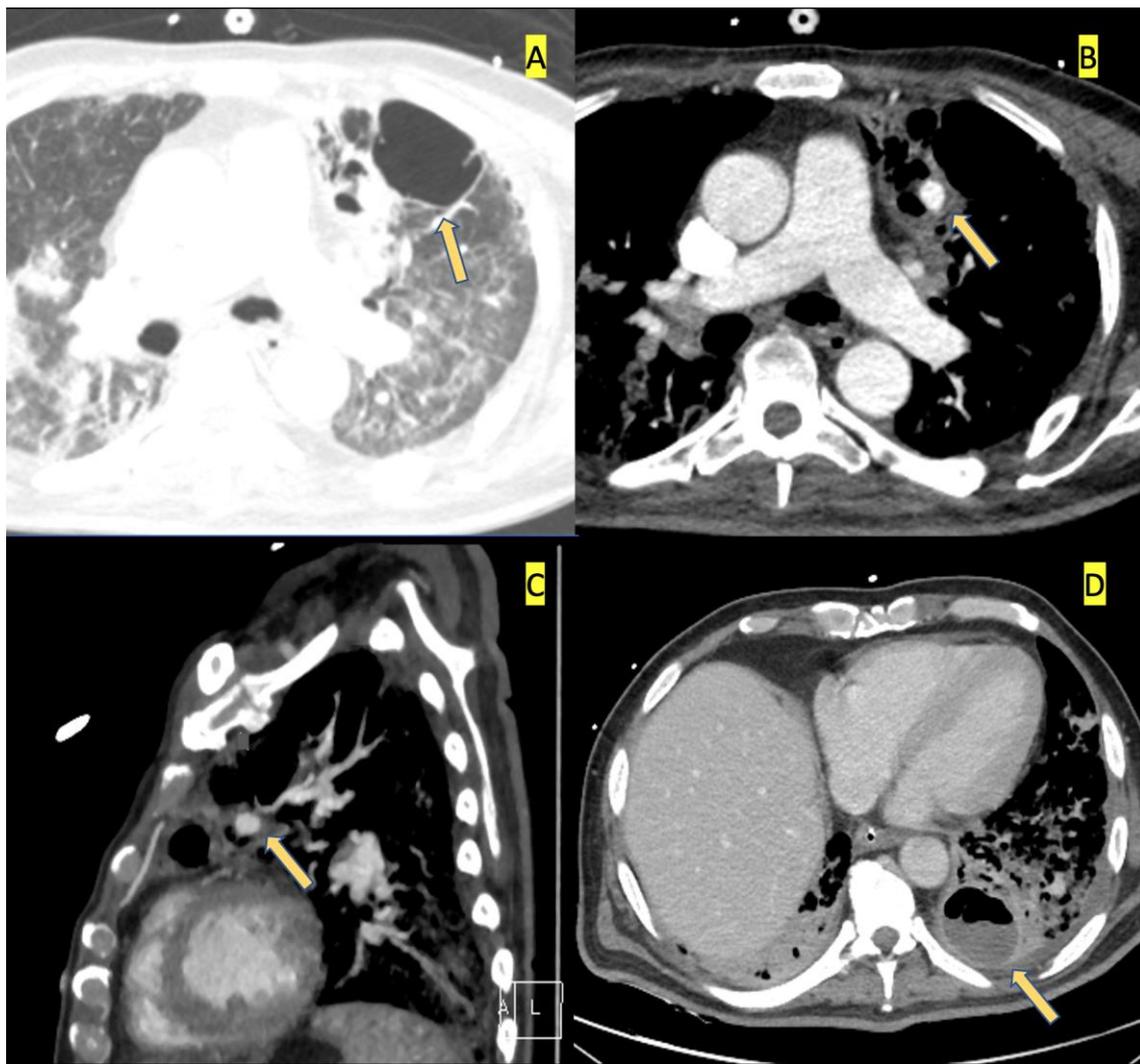
Las causas incluyen infección por tuberculosis (Rasmussen), bacterias piógenas (como nuestro paciente) y hongos. Se produce por un daño de la pared capilar en respuesta a factores inflamatorios. Otras causas son: hipertensión pulmonar, vasculitis, neoplasias, anormalidades del tejido conectivo, traumatismos penetrantes y iatrogénicas (como catéteres de Swan-Ganz mal colocados). En la TC torácica sin contraste se pueden observar hallazgos característicos de las distintas causas, así como la propia hemorragia intralveolar. En la TC con contraste en fase arterial intentaremos ver el origen.

En un paciente con extensa afectación parenquimatosa inflamatoria / infecciosa, la presencia de una lesión nodular de adición en la fase arterial sugiere con una alta probabilidad un pseudoaneurisma. El manejo conservador de la hemoptisis masiva se asocia a una mortalidad elevada, siendo la embolización previa al tratamiento de elección.

CONCLUSIÓN

La evaluación mediante TC de pacientes con neumonía SARS-cov 2 grave permite detectar complicaciones potencialmente graves. Aunque los pseudoaneurismas de la arteria pulmonar son poco frecuentes, es importante conocer sus causas y sus manifestaciones radiológicas por la gran morbimortalidad asociada.

La valoración con TC con contraste permite una evaluación precisa de pseudoaneurismas de la arteria pulmonar, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento rápidos.



A. TC de tórax con contraste en fase arterial, en ventana de pulmón donde se visualiza neumatocele del LSI. B. Pseudoaneurisma y su relación con la pared del neumatocele. C. Pseudoaneurisma dependiente de rama segmentaria anterior del LSI en reconstrucción coronal. D. Neumatocele sobreinfectado en LII: nivel líquido y leve realce periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruhaid K. Priyesh K. Pseudoaneurisma de arteria pulmonar secundario a COVID-19 tratado con embolización endovascular. *Eur J Radiol Open.* 2021; 8: 100346. DOI: 10.1016 / j.ejro.2021.100346
2. Chen Y. Gilman MD. Humphrey KL. Seudoaneurismas de arteria pulmonar: características clínicas y hallazgos en la TC. *Soja. J. Roentgenol.* 2017; 208: 84-91. DOI: 10.2214 / AJR.16.16312.
3. Martínez Chamorro E. Díez Tascón A. Ibáñez Sanz L. Diagnóstico radiológico del paciente con COVID-19. *Radiología.* 2021; 63: 56-73. DOI: 10.1016 / j.rx.2020.11.001.
4. Park HS. Chamrathy MR. Lamus D. Aneurismas de arteria pulmonar: diagnóstico y terapia endovascular. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2018; 8: 350-361. DOI: 10.21037 / cdt.2018.04.01.