

Casos en imagen 4.—PANARTERITIS NODOSA

Diagnóstico final

Panarteritis nodosa (PAN).

Hallazgos radiológicos

En la ecografía abdominal se observó una colección heterogénea perirrenal izquierda (fig. 1A) y una imagen anecoica quística de 3 cm de diámetro en el tercio medio del riñón izquierdo, que presentaba flujo arterial en su interior en el estudio Doppler color y espectral (fig. 1B).

En la tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso (fig. 2) se identificó un importante hematoma perirrenal (h) y una lesión redondeada en tercio medio del parénquima renal con captación intensa del contraste, sugestiva de aneurisma (flecha).

La arteriografía renal mostró un aneurisma de 3 cm de diámetro en el tercio medio del riñón izquierdo con signos de sangrado activo; se procedió a su embolización con *coils*. También se observaban pequeños aneurismas inferiores a 1 cm, irregularidades en el lecho vascular y defectos de perfusión que consistían en áreas de infarto parenquimatoso en ambos riñones (fig. 3).

Comentario

La PAN es una vasculitis necrosante sistémica que afecta a arterias de pequeño y mediano calibre, cuya lesión en estos vasos es típicamente focal y transmural. Afecta con mayor frecuencia a varones que a mujeres (relación 2:1) entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Las manifestaciones clínicas más habituales son inespecíficas, y consisten en fiebre, pérdida de peso, malestar general, debilidad, dolor abdominal y artromialgias. La sintomatología específica debida a afectación vascular puede dominar el cuadro clínico. Otros hallazgos comunes son anemia, leucocitosis, elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y fiebre¹⁻⁴.

La PAN puede afectar a todos los órganos, y la localización más frecuente es el riñón (70-80%), seguida del resto de las arterias viscerales (hígado y aparato gastrointestinal)²⁻⁴. También puede afectar al corazón, músculo, sistema nervioso periférico y central, y la piel³.

La alteración renal más frecuente es la de una vasculitis; sin embargo, hasta en un 30% de los casos puede observarse glomerulonefritis. Las lesiones vasculares comprenden un espectro que va desde irregularidades del lecho vascular, segmentos de ectasia, lesiones oclusivas, vasos colaterales y formación de aneurismas, y las lesiones de carácter oclusivo son los hallazgos más frecuentes en los pacientes con PAN^{1,4,5}. Los aneurismas descritos en la PAN afectan típicamente a las bifurcaciones vasculares, y su tamaño suele ser ≤ 1 cm de diámetro³. En este caso, la paciente presentaba un macroaneurisma de 3 cm de diámetro, además de otros más pequeños. La presencia de aneurismas en arterias viscerales también se ha observado tras traumatismos, abuso de drogas (heroína y anfetaminas), infecciones (aneurismas micóticos), alteraciones autoinmunes y displasia fibromuscular⁶.

La ruptura de un aneurisma es una complicación infrecuente en la PAN, y además existen otras causas de sangrado como la disección de una arteria, la ruptura o las complicaciones posbiopsia. El 80% de los hematomas perirrenales en pacientes con PAN son bilaterales^{1,7,8}.

En conclusión, la PAN es la vasculitis que con mayor frecuencia afecta a los riñones, y la ruptura de un aneurisma es una complicación muy rara. El diagnóstico correcto mediante técnicas de imagen, como en este caso con la ecografía y el Doppler, suponen una rapidez en la instauración del tratamiento, al embolizar las lesiones sangrantes y evitar la nefrectomía. Este caso es peculiar por el tamaño importante del aneurisma (3 cm) y porque la sospecha inicial se hizo mediante eco-Doppler color y espectral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Türkoz G, Bali M, Karakan T, Haznedar R. Bilateral spontaneous perinephric hematoma: evaluation with CT and angiography and successful conservative treatment. *Nephron*. 2000;86:237-8.
2. Ha H, Lee S, Rha S, Kim J, Byun J, Lim H. Radiologic features of vasculitis involving the gastrointestinal tract. *Radiographics*. 2000;20:779-94.
3. Fauci SA. Systemic necrotizing vasculitis. En: Fauci SA, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 1910-13.
4. Stanson AW, Friesen JL, Johnson CM, McKusick MA, Breen JF, Sabater EA. Polyarteritis nodosa: spectrum of angiographic findings. *Radiographics*. 2001;21:151-9.
5. Brogan PA, Davies R, Gordon I, Dillon M. Renal angiography in children with polyarteritis nodosa. *Pediatric Nephrology*. 2002;17:277-83.
6. Hagspiel KD, Angle JF, Spinosa DJ, Matsumoto AH. Case 13: polyarteritis nodosa-systemic necrotizing vasculitis with involvement of hepatic and superior mesenteric arteries. *Radiology*. 1999;212:359-64.
7. Chandrakantana, Kaufman J. Renal hemorrhage in polyarteritis nodosa: diagnosis and management. *Am J Kidney Dis*. 1999;33:1-3.
8. Zapzalka DM, Thompson HA, Boroowsky SS, Coleman-Stenson CC, Mahowald ML, O'Connell KJ. Polyarteritis nodosa presenting a spontaneous bilateral perinephric hemorrhage: management with selective arterial embolization. *J Urol*. 2000;26:1294-5.

Correspondencia:

Antonio Martínez Noguera.
Servicio de Radiología. Hospital de Sant Pau.
Sant Antoni M. Claret, 167.
08025 Barcelona. España.
amartinezno@hsp.santpau.es