

VARIZ PULMONAR. TRES AÑOS DE OBSERVACION EN UN CASO SIN ANOMALIA ASOCIADA

H. VEREA HERNANDO, J. FONTAN BUESO, J. TORRES FRAGUAS,
M. T. MARTIN EGAÑA y M. FERREIRO ARIAS

Sección de Neumología y Servicio de Radiodiagnóstico.
C. S. Juan Canalejo. La Coruña.

Introducción

Las venas pulmonares son dilataciones tortuosas de las venas del circuito menor, en una porción cercana a su entrada en el atrio izquierdo. Las primeras descripciones datan de 1843 y 1907 en casos de necropsia^{1,2}, pero hasta 1951 no se hizo un diagnóstico angiográfico en vivo³. Aunque su rareza está influenciada por ser un hallazgo radiológico sin apenas expresión clínica, su frecuencia real debe ser muy baja: Bartram en 1971 recogía 37 casos⁴, y Shaw⁵, nueve años después, elevaba la revisión a 45, si bien no incluía la totalidad de la casuística⁶⁻¹⁰.

La única referencia, reseñada parcialmente¹¹, que hemos encontrado en la literatura española, corresponde a un niño de ocho años con múltiples anomalías en corazón, pulmón, riñón y esqueleto (comunicación personal). El objeto de este trabajo es presentar el caso de un adulto, portador de una variz en lóbulo inferior derecho, sin otra malformación asociada.

Observación clínica

Se trata de un varón fumador de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial esencial y diabetes del adulto leves, asintomático hasta tres meses antes del ingreso, en que presenta espectoración mucopurulenta con estrías hemoptoicas. A la exploración estaba bien constituido, sin cia-

nosis, acropaquias ni angiomas mucocutáneos; TA. 170/100; no se auscultaron soplos torácicos ni había otros hallazgos significativos. La serie hematológica fue normal, existía ligera hiperglucemia; EKG en ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama izquierda. La radiografía de tórax mostró un nódulo redondeado, bien delimitado, de unos 35 mm de diámetro, en el lóbulo inferior derecho; confluyendo sobre él dos imágenes lineales (fig. 1) más precisas en tomografías, sugi-



Fig. 1. Formación redondeada, parahiliar, en LID.

Recibido el día 19 de septiembre de 1981.

riendo fuesen vasos en relación con aquél; las maniobras de Muller y Valsalva fueron imprecisas. Una fibrobroncoscopia no permitió visualizar ninguna patología, y el examen citológico del aspirado fue normal. Gasometría arterial: PaO₂ 73 y PaCO₂ 43 mm Hg (Fi O₂ 0,21, a nivel del mar); shunt estimado 15 % (Fi O₂ 1.). Espirometría: CV 79 % del teórico, VEMS/CV 70 %, FEF 25-75 63 %. La arteriografía pulmonar mostró una buena planificación de la fase arterial, sin shunt, rellenándose en fase venosa una formación redondeada que correspondía a la imagen nodular vista en la radiografía simple. Un ecocardiograma simple y con contraste fue normal.

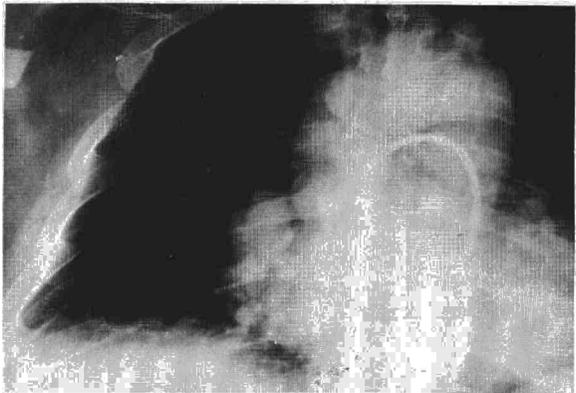
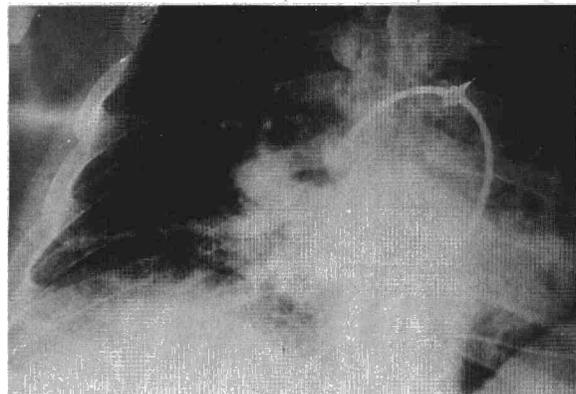
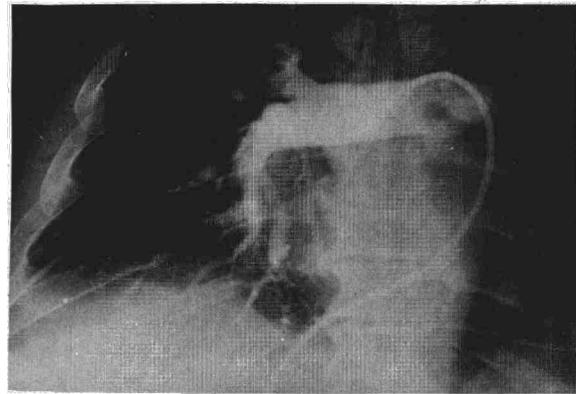
En controles ulteriores, a lo largo de tres años, permaneció asintomático sin variación en la morfología y tamaño de la imagen pulmonar.

Discusión

Se considera que las varices pulmonares deben tener un origen congénito, ya que pueden aparecer en neonatos^{1,2}, y no es rara su asociación con otros procesos tenidos como tales: drenaje venoso anómalo⁴, secuestro¹¹, aplasia o hipoplasia de arteria pulmonar^{7,12}, defecto septal¹¹, ductus¹³, mal rotación de las cámaras cardíacas¹⁴, salida de grandes vasos de ventrículo derecho¹⁵, pseudocoartación y coartación^{4,14}, Klipel-Treaneay-Weber¹⁶, soldadura costal y hemivértebra¹¹.

Es importante resaltar su estrecha relación con la presencia de insuficiencia mitral adquirida¹⁷⁻¹⁹; Bryck²⁰ encuentra dilatación proximal de la vena pulmonar superior derecha en siete de 50 sujetos con insuficiencia mitral severa, aunque no auténticas dilataciones *pseudotumorales* como las varices; por ello Shaw⁵ cree que cuando la insuficiencia valvular se asocia a variz, existiría un defecto parietal venoso, congénito, que se pondría de relieve al recibir la presión del chorro de regurgitación; esta hipótesis se apoya en el hecho de la desaparición de la variz al corregir el trastorno hemodinámico con una prótesis mitral^{5,18,19}.

Las varices pulmonares se presentan como imágenes radiológicas nodulares o más abigarradas, únicas o múltiples, pudiendo pasar por adenopatía hiliar, neoformación pulmonar o fístula arteriovenosa. La localización más frecuente es en el lóbulo inferior derecho, como en nuestro caso, seguida del lóbulo superior derecho, y menos en el pulmón izquierdo. La pulsación y variabilidad con las maniobras de Muller y Valsalva pueden ayudar a predecir su naturaleza vascular, pero a veces fallan^{4,17}. La ecocardiografía de contraste es un método inecuante para su diferenciación de las fístulas²¹, pero la demostración definitiva debe ser angiográfica, siendo sus características la normalidad en fase arterial, dilatación venosa de localización proximal, ramificaciones normales, drenaje en atrio izquierdo y retraso en el vaciamiento; precisamente la subestimación de esa fase venosa puede impedir el co-



Figs. 2, 3 y 4. Arteriografía. (2) Normal planificación de arteria pulmonar derecha y sus ramas. (3) Relleno de la formación en fase venosa. (4) Retraso de vaciamiento con persistencia en fase tardía de aortograma.

recto diagnóstico³. La angiografía permite distinguir la variz pulmonar de otra malformación infrecuente, la vena pulmonar unilateral única y anómala^{22,23}; aquí una de las dos venas pulmonares mayores está aplásica o hipoplásica, con drenaje del caudal venoso a un tronco común tortuoso y dilatado; aunque conceptualmente es una entidad diferente debe tener un significado patológico y pronóstico similar, por otra parte algunos casos han sido comunicados como varices pulmonares^{9,23,24}.

En la mayoría de casos se trata de hallazgos radiológicos en individuos asintomáticos. Las

complicaciones reseñadas han sido aisladas: síndrome del lóbulo medio por compresión²⁵, probable embolismo a partir de la variz^{26,27} y ruptura con hemorragia^{27,28}; en dos casos con hemoptisis coexistía también tuberculosis^{2,29}, en nuestro enfermo, a la vista de los hallazgos y la evolución, los síntomas podrían corresponder a bronquitis. Podemos concluir que en líneas generales el pronóstico es benigno^{10,30}, pero es preciso realizar controles radiográficos para vigilar su posible crecimiento y evitar la ruptura indicando una toracotomía. Cuando además hay insuficiencia mitral severa cabe esperar su desaparición al reemplazar la válvula⁵, en esa situación el crecimiento de la variz obligaría a sentar la indicación de prótesis.

En nuestro paciente, que debe ser el primer caso de la literatura nacional sin anomalía asociada y en un adulto, adoptamos una actitud vigilante, no volvió a presentar espectoración hemoptoica ni comprobamos variación de la imagen radiológica a lo largo de revisiones sucesivas.

Resumen

Presentamos el caso de un adulto portador de una variz pulmonar, rara entidad de la que en la literatura mundial no se alcanza el centenar; creemos que en ausencia de otra patología es una entidad en general benigna por lo que el interés en su conocimiento radica en la diferenciación de otros procesos con similar expresión radiológica pero distinto manejo clínico. Aprovechamos para realizar un análisis de la literatura.

Summary

PULMONARY VARIX: WITHOUT ASSOCIATED ANOMALIES. ONE CASE WITH A THREE YEAR OBSERVATION PERIOD

A pulmonary varix is a rare finding; there are less than 100 reported cases in the literature. The authors present an adult male with a pulmonary varix without associated anomalies; they believe that in the absence of other pathology, the entity generally remains benign. Differential diagnosis with other processes with similar radiologic signs is important, because management of the patient is different.

A review of the literature is included.

BIBLIOGRAFIA

1. Puchet, citado por Arnett JC y Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
2. Hedinger-Basel, citado por Arnett JC y Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
3. Mouquin M, Hebrard H, Damasio R, Jouvet J, Durand M, Piequet J: Varice du poumon diagnostiqués par l'an-

giocardiographie. *Bull Mem Soc Med Hop Paris* 1951; 67: 1091-1094.

4. Bartram C, Stickend J: Pulmonary varices. *Brit J Radiol* 1971; 44: 927-935.
5. Shaw TR, Fananapazir L, McCormack RJ, Kitchin AH: Regression of multiple pulmonary varices after mitral valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79: 117-120.
6. Beamish WE: Pulmonary venous varicosity. *J Canad A Radiol* 1972; 23: 136-139.
7. Ellis JG, McCormick W, Cleveland JE: Absence of artery to right lung and varices of vein from left lung. *Angiology* 1974; 25: 428-431.
8. Davia JE, Golden MS, Price H, Hastings JE, Cheitlin MD: Pulmonary varix. A diagnostic pitfall. *Circulation* 1974; 49: 1011-1012.
9. Ben-Menachem Y, Kuroda K, Kyger R, Bret A, Copeland OP, Coan JD: The various forms of pulmonary varices. Report of three new cases and review of the literatura. *Am J Roentgenol* 1975; 125: 881-889.
10. Chilton SJ, Campbell JB: Pulmonary varix in early infancy: Case report with 8-year follow up. *Radiology* 1978; 129: 400.
11. Casillas Pajuelo M, Serrano Muñoz F, Ruiz Villaloespeña A: Anomalías vasculares pulmonares congénitas. XII Congreso SEPAR. Primera ponencia. Valladolid, 1980.
12. Arnett JC, Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
13. Vengsakkar AS, Kincaid OW, Weiman WH: Selective angiocardiology in diagnosis of varicosity of the pulmonary veins. Report of a cases. *Am Heart J* 1963; 66: 396-398.
14. Rizk G, Melhem R, Bagher I: Bilateral pulmonary varicosities associated with coarctation of the aorta. *Thorax* 1970; 25: 97-100.
15. Steinberg I: Pulmonary varices mistaken for pulmonary and hilar disease. *Am J Roentgenol* 1967; 101: 947-952.
16. Owens DW, García E, Pierce RR, Castrow FF: Klippel-Trenaunay-Weber syndrome with pulmonary vein varicosity. *Arc Dermatol* 1973; 108: 111-113.
17. Hipona FA, Jamshidi A: Observations on the natural history of varicosity of the pulmonary veins. *Circulation* 1967; 35: 471-475.
18. Perrot W, Myung Soo Shin: Pulmonary varix. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1974; 68: 318-320.
19. Eisenmann B, Durand M, Soyer R, Menasche PH, Dubost CH: Dilatation aneurysmale des veines pulmonaires per insuffisance mitrale. *Nouv Pres Med* 1974; 3: 2729-2732.
20. Bryk D: Dilated right pulmonary veins in mitral insufficiency. *Chest* 1970; 58: 24-27.
21. Cabrera J, Betencourt A, Macaya C, Suárez P, Medina A: Detección ecocardiográfica de las fistulas arteriovenosas pulmonares. XII Congreso SEPAR. Comunicación libre. Valladolid, 1980.
22. Benfield JR, Gots RE, Mills D: Anomalous single left pulmonary vein mimicking parenchymal nodule. *Chest* 1971; 59: 101-103.
23. Hasuo K, Numaguchi Y, Kishikawa T, Ikeda J, Matsuurak, M: Anomalous unilateral single pulmonary vein mimicking pulmonary varices. *Chest* 1981; 79: 602-604.
24. Papamichael E, Ikkos D, Alkalais K, Yannacopoulos I: Pulmonary varicosity associated with other congenital abnormalities. *Chest* 1972; 62: 107-109.
25. Kozuka T, Nosaki T: A pulmonary vein anomaly: unusual connection and tortuosity of the right lobe vein. *Br J Radiol* 1968; 41: 232-234.
26. Neiman BH, cit. por Arnett y Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
27. Perrett L, Fortelius P: Ruptured aneurysm of a pulmonary vein. *Acta Tuberc Scand* 1961; 41: 53-55.
28. Klink GH, citado por Arnett JC y Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
29. Nauwerk, citado por Arnett JC y Patton RM: Pulmonary varix. *Thorax* 1976; 31: 107-112.
30. Shirakusa T: Long term follow-up of two cases of pulmonary varicosity. *Thorax* 1978; 33: 653-656.