

que tenía unos coeficientes grasos -117 UH. (Figura 3). Con estos resultados se confirmó el diagnóstico de una variante anatómica consistente en colección grasa yuxta-cava. No se encontraron anomalías viscerales en el estudio realizado, con cambios degenerativos a nivel lumbo-sacro. No se efectuaron otros estudios adicionales y no hubo necesidad de otros exámenes complementarios como Doppler color o cavografía.



Figura 3. Coeficientes de absorción característicos de grasa con valor de 75 UH.

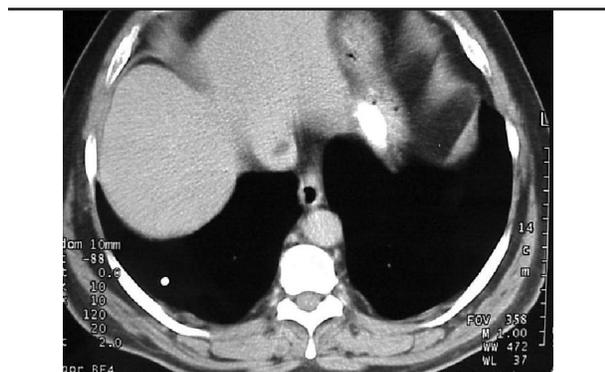


Figura 4. Modificación de la lesión en inspiración, indicativos de lesión benigna.

Discusión

En algunos pacientes el tejido grasoso que rodea la vena cava inferior (VCI) en el segmento infra-diafragmático, principalmente en el segmento intra-cavo, puede ser abundante y prominente en forma ovoide o en forma de pedículo, que puede simular una masa intra-vascular y se considera actualmente como una variante anatómica asintomática no relacionada con patología vascular. Generalmente, este hallazgo es accidental y simula una masa grasa intra-cava que usualmente está localizada en la región cefálica, en la confluencia de las venas suprahepáticas (1-3).

En los estudios axiales realizados por tomografía se puede observar una lesión que se caracteriza por un defecto de llenado de la vena cava inferior de

aspecto oval o redondo, usualmente menor de 23 mm, con coeficientes grasos característicos y que generalmente no se visualiza con la administración de contraste intravenoso (IV). Es de gran utilidad en algunos casos realizar reconstrucciones coronales para obtener un mejor detalle anatómico. Este hallazgo se puede identificar por ultrasonido (3-5).

En 1992 Miyake et al, (1) describieron los hallazgos de una colección grasa focal en la vena cava inferior intrahepática, al parecer de la grasa del esófago subdiafragmático. En la revisión realizada con 2.227 estudios de TAC en pacientes estudiados por otras patologías, se observó este hallazgo en 14 estudios equivalentes a 0,5%. Hay algunos reportes que describen este mismo hallazgo con TAC helicoidal, así como también con resonancia magnética (RM), que tiene como ventajas el poder obtener imágenes coronales y sagitales, lo cual facilita una mejor panorámica anatómica (3).

En el caso que se describe no había patología hepática relacionada con el hallazgo incidental, igual como se describe en otras series en donde no se ha demostrado enfermedad hepática relacionada con este hallazgo; sin embargo, hay algunos casos descritos en pacientes con hepatopatías crónicas, que se han considerado como una variante anatómica no relacionada con patología hepática. No se ha logrado demostrar relación alguna con estados de obesidad mórbida ni con signos o síntomas relacionados a la colección grasa (2,4,5).

La importancia de reconocer este hallazgo o variación anatómica radica en la dificultad que puede ofrecer en el diagnóstico diferencial en pacientes que presentan coagulopatías o antecedentes oncológicos, en donde puede simular por su localización intra-vascular, lesiones tromboticas o trombos flotantes dentro de la vena cava inferior, las cuales tienen unas implicaciones terapéuticas complejas y diferentes.

Entre las posibilidades diagnósticas diferenciales, además de los trombos murales de la VCI, son los tumores primarios de la vena cava principalmente leiomiomas, leiomiomas, tumores inusuales. En algunos pacientes con procesos neoplásicos renales y de glándulas supra-renales pueden tener extensión tumoral intravascular principalmente los hipernefomas. Dichas lesiones intravasculares tienen densidades de tejido blando a diferencia de estas colecciones grasas que tienen coeficientes de grasa. Otro diagnóstico diferencial que se debe incluir es un caso exótico reportado de un angiomiolipoma con extensión intra-vascular en vena cava inferior en un paciente con esclerosis tuberosa. No se han descrito en la literatura inglesa casos de lipomas o liposarcomas de vena cava inferior (1,3,5).

En presencia de una lesión que se manifiesta por un defecto de llenado intra-vascular en el segmento

sub-diafragmático de la vena cava inferior con coeficientes de densidad grasa, la primera opción diagnóstica es de colección grasa yuxta-cava y no requiere de otros procedimientos adicionales. Por esto, es de gran importancia la TAC el cual los permite realizar el diagnóstico sin necesidad de procedimientos invasivos.

Conclusión

Se presenta un caso de colección grasa yuxtacava en el segmento intrahepático de la vena cava inferior como una variante anatómica no sintomática que requiere diagnóstico diferencial fundamentalmente con lesiones trombóticas murales de la vena cava inferior los cuales tienen unas implicaciones terapéuticas

diferentes. Esta es una variante anatómica en donde la TAC es confirmatorio del diagnóstico.

Referencias

1. Miyake H, Suzuki K, Ueda S, Yamada Y, Takesha H, Mori H. Localized fat collection adjacent to the intrahepatic portion of the inferior vena cava. A normal variant on CT. *AJR* 1992; 158: 423-425.
2. Sheafor DH, Foti TM, Vaslef SN, Nelson RC, et al. Fat in the inferior vena cava associated with caval injury. *AJR* 1998; 171: 181-182.
3. Han BK, Im JG, Jung JW, Ching MJ, Yeon KM. Pericaval fat collection that mimics thrombosis of the inferior vena cava: demonstration with use of multi-directional reformation CT. *Radiology* 1997;203;105-108.
4. Hines J, Katz DS, Goffner L, Rubin GD. Fat collection related to the intrahepatic inferior vena cava on CT. *AJR* 1999;172:409-411.
5. Raju NL, Austin JHM. Case 37: Juxtacaval fat collection- Mimic of lipoma in the subdiafragmatic inferior vena cava. *Radiology* 2001; 220:471-474.