

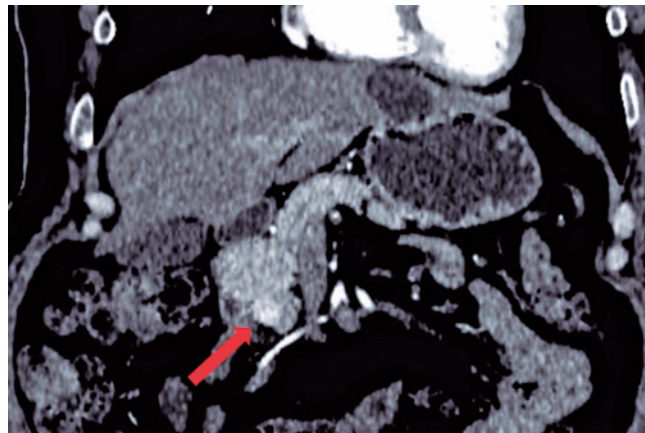
## Veia cava marsupial simulando linfonodomegalia na tomografia

Marsupial vena cava mimicking lymph node enlargement  
on tomography

Antonio José Souza Reis Filho<sup>1</sup>, Marcelo Assis Rocha<sup>1</sup>, George Ramos Lemos<sup>1</sup>,  
Fernando Ide Yamauchi<sup>1</sup>, Adriano Tachibana<sup>1</sup>, Ronaldo Hueb Baroni<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

DOI: 10.1590/S1679-45082018A14394



**Figura 1.** Nódulo pancreático. Tomografia no plano coronal, fase arterial, demonstrando nódulo hipervascularizado com características de lesão neuroendócrina na cabeça pancreática (seta)

### Como citar este artigo:

Reis Filho AJ, Rocha MA, Lemos GR, Yamauchi FI, Tachibana A, Baroni RH. Veia cava marsupial simulando linfonodomegalia na tomografia. *einstein* (São Paulo). 2018;16(3):eA14394. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018A14394>

### Autor correspondente:

Antonio José Souza Reis Filho  
Avenida Albert Einstein, 627/701 – Morumbi  
CEP: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil  
Tel.: (11) 2151-1233  
E-mail: antonioreisf@gmail.com

### Data de submissão:

23/1/2018

### Data de aceite:

27/4/2018

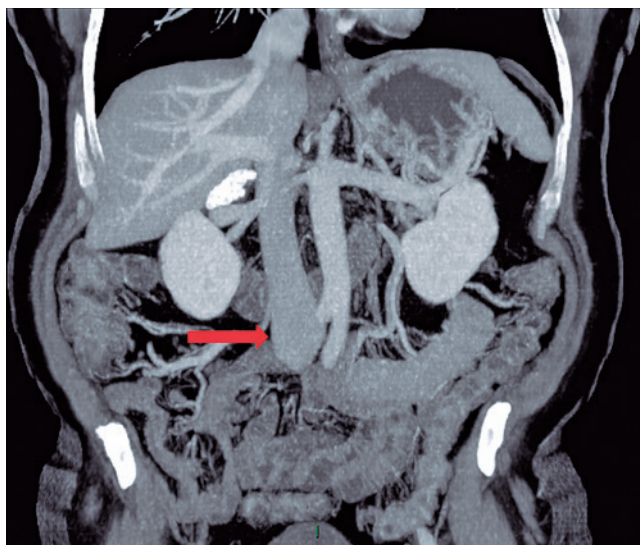
### Copyright 2018



Esta obra está licenciada sob  
uma Licença *Creative Commons*  
Atribuição 4.0 Internacional.



**Figura 2.** Formação ovalada pré-aórtica. Tomografia no plano axial, fase portal, demonstrando formação ovalada anterior à bifurcação aortoiliaca (seta)



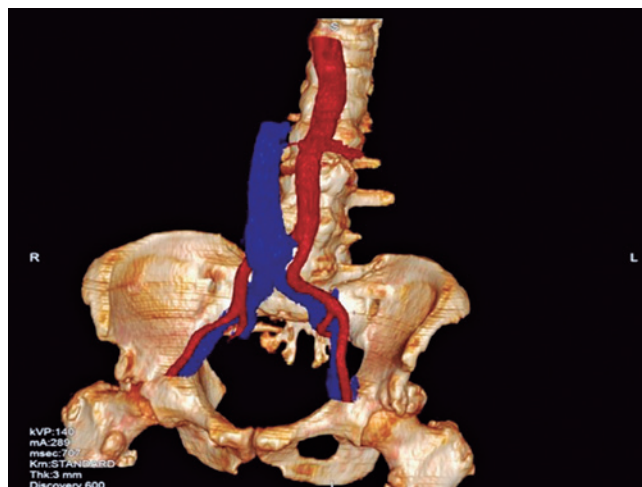
**Figura 3.** Veia cava inferior anômala. Tomografia com MIP no plano coronal, fase portal, demonstrando que a estrutura anterior à bifurcação aortoiliaca representa trajeto anômalo da veia cava inferior (seta)

Homem de 56 anos, hipertenso e diabético, assintomático, submetido à tomografia computadorizada (TC) do abdome com contraste endovenoso para acompanhamento de esteatose hepática. A TC demonstrou nódulo sólido hipervascularizado na cabeça pancreática (características de lesão neuroendócrina – figura 1) e formação ovalada anterior à bifurcação aortoiliaca (Figura 2).

Nesta situação, o corte axial da TC pode simular uma linfonodomegalia, especialmente no contexto clínico oncológico. Entretanto, a avaliação das diversas fases do exame e das reformatações coronais e sagitais auxiliam no correto diagnóstico de uma variação anatômica vascular: um trajeto anômalo da veia cava inferior (VCI) anterior à bifurcação aortoiliaca (Figuras 3 e 4).

A embriogênese da VCI é composta por regressões, anastomoses e substituições de precursores fetais, ao fim da qual a VCI é convertida em uma estrutura unilateral, destro-posicionada no abdome, composta por quatro segmentos: hepático, suprarenal, renal e infrarenal.<sup>(1,2)</sup> Eventos aberrantes nesse período determinam anomalias de desenvolvimento deste sistema, possibilitando 14 variações anatômicas diferentes.<sup>(2)</sup> As mais comuns são a duplicação da VCI e seu posicionamento à esquerda do abdome.<sup>(1,3)</sup> Outras são eventualmente identificadas, a exemplo da confluência ilíaca pré-aórtica, conhecida como veia cava marsupial.<sup>(4)</sup>

A veia cava marsupial é uma anomalia congênita na qual a VCI ou a veia ilíaca comum esquerda localizam-se anteriormente à bifurcação aórtica ou à artéria ilíaca comum direita.<sup>(1,5)</sup> Essa apresentação provavelmente representa a persistência do segmento ventral do anel venoso aórtico, associada à regressão do segmento



**Figura 4.** Veia cava marsupial. Reconstrução tridimensional da tomografia demonstrando a veia cava inferior (em azul) com trajeto anterior à bifurcação aortoiliaca (em vermelho)

dorsal desse anel – situação oposta ao desenvolvimento normal esperado.<sup>(5)</sup>

Embora complicações como trombose venosa profunda sejam possíveis, a maioria das anomalias da VCI é assintomática.<sup>(2)</sup> Entretanto, podem gerar erros de interpretação durante exames de imagem ao serem confundidas com lesões retroperitoneais.<sup>(2)</sup> Seu reconhecimento é útil para planejamento de intervenções vasculares e cirúrgicas.<sup>(2)</sup>

## INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Reis Filho AJ: <https://orcid.org/0000-0002-2737-274X>  
 Rocha MA: <https://orcid.org/0000-0002-0312-4821>  
 Lemos GR: <https://orcid.org/0000-0001-5564-0388>  
 Yamauchi FI: <https://orcid.org/0000-0002-4633-3711>  
 Tachibana A: <https://orcid.org/0000-0003-2282-2892>  
 Baroni RH: <https://orcid.org/0000-0001-8762-0875>

## REFERÊNCIAS

1. Babu CS, Lalwani R, Kumar I. Right Double Inferior Vena Cava (IVC) with preaortic iliac confluence - case report and review of literature. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(2):130-2.
2. Artico M, Lorenzini D, Mancini P, Gobbi P, Carloia S, David V. Radiological evidence of anatomical variation of the inferior vena cava: report of two cases. *Surg Radiol Anat.* 2004;26(2):153-6.
3. Bass JE, Redwine MD, Kramer LA, Huynh PT, Harris JH Jr. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross-sectional imaging findings. *Radiographics.* 2000;20(3):639-52. Review.
4. Ruemenapf G, Rupprecht H, Schweiger H. Preaortic iliac confluence: a rare anomaly of the inferior vena cava. *J Vasc Surg.* 1998;27(4):767-71.
5. Rocha Mde S, Lourenço RB, Chang YS, Gebrim EM, Cerri GG. Preaortic iliac confluence (marsupial vena cava): report of 4 cases. *J Comput Assist Tomogr.* 2008;32(5):706-9.