

Arteria subclavia aberrante, diagnóstico angiográfico

Aberrant subclavian artery, angiographic diagnosis

Patricio Rattagan¹, Agustín Girassolli¹, Marcelo Pecorari², Juan Arellano³, Pablo Pérez Baliño⁴, Miguel Payaslian⁵

RESUMEN

La compresión extrínseca del esófago por una estructura vascular es una causa poco frecuente de disfagia en pacientes adultos. Los métodos más utilizados para el diagnóstico son la deglución dinámica con bario, la tomografía (TAC) y la resonancia (RMN) con reconstrucción vascular. Se presenta el caso de una paciente con disfagia en estudio cuyo diagnóstico de certeza se obtuvo mediante realización de angiografía de arco aórtico en simultáneo con deglución dinámica de bario.

Palabras claves: subclavia aberrante, disfagia lusoria, angiografía.

ABSTRACT

Extrinsic compression of the esophagus by a vascular structure is a rare cause of dysphagia in adult patients. The most widely used methods for diagnosis are dynamic barium swallowing, tomography (CT) and resonance (NMR) with vascular reconstruction. We present the case of a patient with dysphagia under study whose diagnosis of certainty was obtained by performing aortic arch angiography simultaneously with dynamic barium swallowing.

Key words: aberrant subclavian artery, dysphagia lusoria, angiography.

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2017;8(3):147-148

INTRODUCCIÓN

La arteria subclavia con nacimiento aberrante es una causa poco frecuente de disfagia en el adulto. Habitualmente los estudios realizados para confirmar el diagnóstico son la deglución de bario, la angiotomografía y la angiorresonancia. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico presuntivo de subclavia aberrante a quien se le realiza angiografía de arco aórtico en simultáneo con trago de bario objetivándose la compresión esofágica producto del trayecto anómalo de la arteria subclavia derecha. El objetivo del presente caso es estimular el desafío de incorporar herramientas no habituales en la sala de hemodinamia con el fin de lograr un diagnóstico de certeza.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión e hipotiroidismo. Como parte de estudios prequirúrgicos de cirugía de nódulos tiroideos surgen, como hallazgo ecocardiográfico y tomográfico, imágenes compatibles con arteria subclavia aberrante. Debido a que los estudios no son concluyentes, la paciente es enviada a nuestro centro para confirmar dicho diagnóstico. Al interrogatorio dirigido refiere disfagia a sólidos de larga evolución la cual se acentuó en el último año. Se decide realizar de manera simultánea angiografía de arco aórtico junto con administración oral de bario. Este último permitió observar en la proyección oblicua izquierda una depresión sobre la pared posterior de la porción proximal del esófago coincidente con el paso de la arteria subclavia derecha (**Figuras 1 y 2**).

DISCUSIÓN

La arteria subclavia aberrante es la anomalía congénita del arco aórtico más frecuente (aparece en el 0,5% de la población). Resulta de la no involución del arco aórtico derecho durante el período de desarrollo embrionario. Como consecuencia, la arteria subclavia derecha se origina a nivel de la unión del arco aórtico con el inicio de la aorta descendente. Desde este origen, asciende oblicuamente hacia la derecha a través del mediastino discurrendo, en la mayoría de los casos, por detrás del esófago proximal pudiendo causar compresión del mismo¹⁻³. Si

1. Residente de Angiología General y Hemodinamia del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
2. Médico. Realizando concurrencia en Cardiología. Hospital Pirovano.
3. Médico de planta del Servicio de Cardiología Intervencionista Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
4. Jefe del servicio de Cardiología Intervencionista Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
5. Jefe de división de Cardiología del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

✉ Correspondencia: Dr. Patricio Rattagan. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología. Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina, Cerveño 3356, 1er. Piso. Tel/Fax del autor: 0054-911-5630-8455. E-mail: prattagan@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 07/12/2016 | Aceptado: 26/07/2017

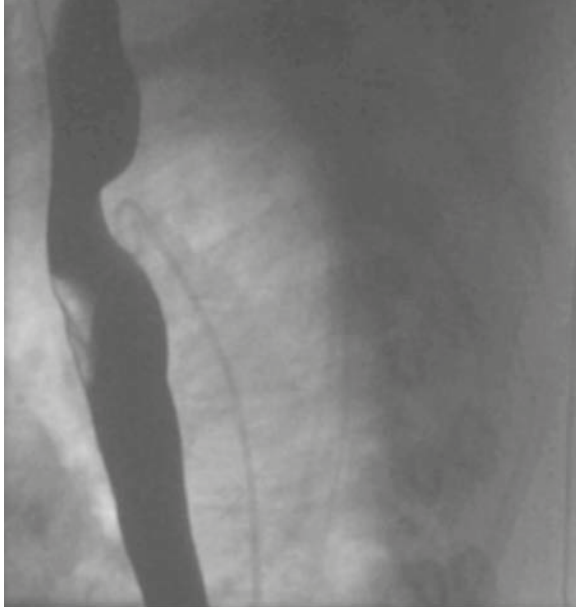


Figura 1. Imagen proyectada en oblicua izquierda. Esófago teñido por bario. Se evidencia disminución de la luz compatible con compresión posterior. Pig-tail en subclavia derecha.

bien la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y se presenta como un hallazgo incidental, el síntoma más representativo es la disfagia causada por la compresión del esófago por la subclavia aberrante aneurismática contra la columna o la tráquea, denominándose disfagia lusoria⁴. La angiografía continúa siendo el *gold standard* para lesiones vasculares. Sin embargo, dentro de las pruebas diagnósticas referentes a esta entidad se postulan el estudio de deglución dinámica con bario seguido de angio-TAC y la RMN con reconstrucción vascular por ser pruebas menos invasivas⁵. El tratamiento depende de la severidad de los síntomas. Síntomas leves a moderados son generalmente tratados con cambios en los hábitos alimentarios. En los pacientes que no respon-

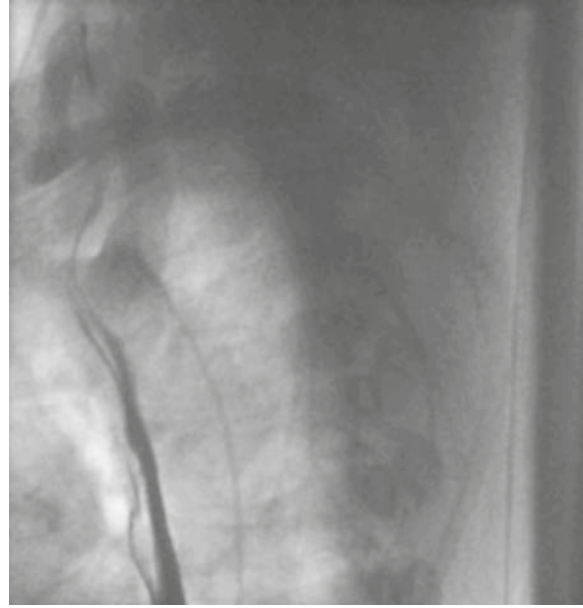


Figura 2. Imagen proyectada en oblicua izquierda. Se evidencia subclavia derecha con dirección retroesfágica. Bario residual intraesofágico.

den a estas medidas o presentan síntomas más severos, pueden ser necesarias intervenciones quirúrgicas o técnicas endovasculares; de elección estas últimas, en aquellos casos en donde la subclavia aberrante está asociada a dilatación aneurismática de la arteria subclavia^{6,7}.

CONCLUSIÓN

Nuestro caso resalta la importancia de utilizar herramientas no habituales en la Sala de Hemodinamia con el fin de arribar a un diagnóstico de certeza cuando los métodos de primera línea no son concluyentes. Por otro lado, la utilización de ambos métodos de manera simultánea permitió someter al paciente a una menor exposición a radiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Andrés A, Carrasco Moreno JJ. Protocolos Secardioped. Anillos y slings vasculares. Capítulo 33. Ed. Acción Médica; 2010:473-81.
2. Uflacker R (Ed.). Atlas of vascular anatomy, an angiographic approach. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2007:29.
3. Asherson N, David Bayford. His syndrome and sign of dysphagia lusoria. *Ann R Coll Surg Engl* 1979;61:63-7.
4. Agrawal H, Volkmann ER. Aberrant right subclavian artery aneurysm. *Intern Med J* 2011;41:641-2.
5. Benett A. Dysphagia lusoria: A late onset presentation. *World J Gastroenterol* 2013 Apr 21;19(15):2433-43.
6. Levitt B, Richter JE. Dysphagia lusoria: a comprehensive review. *Dis Esophagus* 2007;20(6):455-60.
7. Zain Pedraza N, Dalessandro C, Maffeo H, Carlevaro O. Recanalización mediante angioplastia de arteria subclavia derecha de origen aberrante. *Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista* 2015;(03):146-8.