

Hasta la fecha se han publicado casos en los que se utilizan ocluidores de septo cardíaco² o de la íliaca^{8,9}. Nosotros usamos un dispositivo de bajo perfil, específicamente diseñado para la oclusión en el sistema vascular periférico, a través de un abordaje femoral. Creemos que esta vía de entrada nos proporciona un control más adecuado de los dispositivos por una mejor disposición en el campo quirúrgico y mayor destreza derivada de la experiencia en técnicas aórticas.

Por lo tanto, estas técnicas híbridas podrían ser una buena alternativa al tratamiento convencional. Con nuestra experiencia queremos aumentar el número de casos publicados sobre una patología tan poco frecuente, que a falta de seguimientos más largos son tratados con técnicas cada vez más innovadoras que ofrecen unos magníficos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Attmann T, Brandt M, Müller-Hülsbeck S, Cremer J. Two-stage surgical and endovascular treatment of an aneurysmal aberrant right subclavian (lusoria) artery. *Eur J Cardiol Thorac Surg.* 2005;27:1125-7.
2. Hoppe H, Hohenwarter EJ, Kaufman JA, Petersen B. Percutaneous treatment of aberrant right subclavian artery aneurysm with the use of the Amplatzer septal occluder. *JVasc Interv Radiol.* 2006;17:889-94.
3. Waltham M, Agrawal V, Bowman L, Hughes C, White GHJ. Right arm ischemia following intentional stent-graft coverage of an anomalous right subclavian artery. *Endovasc Ther.* 2005;12:110-4.
4. Kopp R, Witzgall I, Kreuzer E, Meimarakis G, Weidenhagen R, Kühnl A, et al. Surgical and endovascular treatment of symptomatic aberrant right subclavian artery (arteria lusoria). *Vascular.* 2007;15:84-91.
5. Corral JS, Zúñiga CG, Sánchez JB, Guaita JO, Basail AM, Gimeno CC. Treatment of an aberrant right subclavian artery aneurysm with endovascular exclusion and adjunctive surgical bypass. *J Vasc Interv Radiol.* 2003;14:789-92.
6. Apple J, McQuade KL, Hamman BL, Hebel RF, Shutze WP, Gable DR. Initial experience in the treatment of thoracic aortic aneurysmal disease with a thoracic aortic endograft at Baylor University Medical Center. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2008;21:115-9.
7. Lacroix V, Astarci P, Philippe D, Goffette P, Hammer F, Verhelst R, et al. Endovascular treatment of an aneurysmal aberrant right subclavian artery. *J Endovasc Ther.* 2003;10:190-4.
8. Shennib H, Diethrich EB. Novel approaches for the treatment of the aberrant right subclavian artery and its aneurysms. *JVasc Surg.* 2008;47:1066-70.
9. Kedora J, Grimsley B, Pearl G. Endovascular treatment of an aberrant right subclavian artery aneurysm with use of the Zenith iliac plug. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2009;22:144-5.

María José Ramos Gallo*, Fernando Vaquero Lorenzo, María Vicente Santiago, Andrés Álvarez Salgado y Javier Álvarez Fernández

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular,
Hospital de Cabueñes- Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjrgallo@hotmail.com (M.J. Ramos Gallo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.08.012

Quiste por duplicación esofágica extirpado por vía toracoscópica

Thorascopic excision of an oesophageal duplication cyst

Los quistes por duplicación del esófago (QDE) son malformaciones del tubo digestivo primitivo que surgen como bolsas externas que quedan separadas¹⁻⁵. Son poco frecuentes y suponen un 10-15% de los quistes gastrointestinales^{1,5}, un 0,5-2,5% de los tumores benignos del esófago⁶ y el 3% de las masas mediastínicas³. Más del 80% de los quistes por duplicación esofágica se diagnostican en la infancia y producen síntomas, mientras que en los adultos son, por lo general, un hallazgo casual. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años con antecedente de trastorno adaptativo que consultó por epigastralgia y disfagia para sólidos de 3 meses de evolución. La exploración física y los datos de laboratorio fueron normales.

La gastroscopia mostró, a 30 cm de la arcada dentaria, una tumoración probablemente submucosa bajo la mucosa normal, que producía una estenosis parcial de la luz esofágica. Se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica, que reveló una imagen de baja densidad de 5 × 2,2 cm a la altura del tercio distal del esófago, aunque sin poderse determinar si la imagen se encontraba en la pared esofágica. En el tránsito baritado se observó una masa de tejidos blandos que comprimía extrínsecamente la pared posterior de esófago distal (35 mm) (fig. 1). La ecoendoscopia con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) mostró una tumoración de 3 cm que parecía depender de la mucosa, y la citología fue compatible con una lesión quística sin alteraciones citológicas.



Figura 1 – A: TC donde se observa una imagen de baja densidad en el tercio distal del esófago (flecha). B: esofagograma donde se aprecia que la tumoración produce una compresión extrínseca (flecha) de la pared posterior del esófago distal.

Con el diagnóstico de QDE, se intervino quirúrgicamente a la paciente por vía toracoscópica derecha. Tras la apertura de la pleura mediastínica se observó en el tercio distal del esófago una tumoración quística, que se pudo separar con facilidad. Una vez conseguida su liberación, se procedió a la resección de la tumoración con un dispositivo de sutura mecánica (EndoGIA) tras haber colocado previamente una sonda de Maloney en el interior del esófago (fig. 2). Se realizó una endoscopia intraoperatoria, que confirmó la indemnidad de la mucosa esofágica y la ausencia de estenosis. El estudio histopatológico fue compatible con QDE. El periodo postoperatorio transcurrió sin incidencias. Se realizó un esofagograma de control al quinto día, que fue normal, y la paciente fue dada de alta al sexto día.

Los quistes por duplicación son anomalías congénitas raras que aparecen entre la quinta y la octava semana del periodo embrionario, debido a un fallo en el proceso de vacuolización completa del esófago^{6,7}. Más frecuentes en el intestino delgado proximal, también pueden encontrarse en esófago, estómago y colon. Cuando se localizan en el esófago, son más frecuentes en varones y en la cara lateral derecha del tercio inferior^{1,4,7}. Los quistes en la edad adulta son habitualmente asintomáticos (93%) y se diagnostican de manera incidental en estudios radiológicos o endoscopias^{1,2,4-7}. En caso de originar síntomas, estos pueden ser

variados. La disfagia es el síntoma más frecuente (70%), seguido de dolor abdominal (20%)^{1,2,4,5,7}.

Se puede llegar a un diagnóstico de sospecha de QDE mediante exploraciones complementarias²⁻⁵. Se diagnostican con mayor frecuencia por TC o resonancia magnética (RM), ya que no es habitual detectarlos en la luz esofágica. En la



Figura 2 – Por vía toracoscópica y tras disección del quiste, se coloca una endograpadora en la zona de implantación del quiste.

actualidad, un método diagnóstico eficaz es la ecoendoscopia, que además de precisar las características de la lesión ayuda a establecer la relación anatómica del quiste con el esófago, la aorta descendente y el diafragma^{6,7}. El diagnóstico definitivo, sin embargo, es histopatológico.

A pesar de que la mayoría de los quistes por duplicación en adultos son hallazgos incidentales y puede adoptarse una conducta expectante, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa, debido a sus posibles complicaciones y la posibilidad de degeneración maligna. Además, es la manera de establecer el diagnóstico definitivo¹⁻⁷. Nuestra paciente presentaba un cuadro de disfagia progresiva, lo que justificó el tratamiento quirúrgico.

El acceso quirúrgico se realiza, en general, a través de una toracotomía posterolateral o una toracoscopia derechas^{1,3,4,7}. Nosotros elegimos la toracoscopia, ya que presenta la misma seguridad y eficacia que el acceso abierto, además de que produce menos dolor, una recuperación más rápida y un mejor resultado estético. Es fundamental realizar una disección completa extramucosa del quiste. Tras la apertura de las capas musculares, se procede a la enucleación del quiste hasta su base. Aunque el tratamiento ideal es la enucleación, en nuestro caso procedimos a la sección de la zona de implantación con un dispositivo de sutura mecánica, ya que, en nuestra opinión, reduce el riesgo de lesionar la mucosa³. Tras la enucleación, se recomienda aproximar los bordes de la capa muscular propia del esófago para evitar la aparición de un seudodivertículo. Durante las maniobras de disección hay que evitar la lesión del nervio vago^{3,7}.

Las complicaciones de la cirugía del QDE son raras, la mayoría a consecuencia de la toracotomía. Hay autores que recomiendan el seguimiento de estos pacientes mediante endoscopias y/o radiografías con contraste debido al riesgo de que se desarrollen seudodivertículos, aunque los resultados en general son buenos^{4,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pisello F, Geraci G, Armone E, Scitutto A, Modica G, Sciumè C. Acute onset of esophageal duplication cyst in adult. Case report. *G Chir.* 2009;30:17-20.
2. Sotoudehmanesh R, Behgam-Shadmehr M, Jamali R. Esophageal duplication cyst. *Arch Iranian Med.* 2009;12:424-32.
3. Rico Morales MM, Ferrer M, Belda R, Yagüe E, Felices M, Rubio F. Quiste por duplicación esofágica como causa inusual de disfagia en el adulto. *Cir Esp.* 2007;82:361-3.
4. Clavo M, Bandrés D, Dellan N, Romer K, Bach C, Rondón M. Quiste de duplicación esofágica, un hallazgo infrecuente. *Gen.* 2000;54:292-4.
5. Kang CU, Cho DG, Cho KD, Jo MS. Thoracoscopic stapled resection of multiple esophageal duplication cysts with different pathological findings. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;34:216-8.
6. Fibla JJ, Penagos JC, Farina C, Gómez G, Estrada G, León C. Quiste de duplicación esofágica. *Cir Esp.* 2004;75:359-61.
7. Banner K, Helft S, Kadam J, Miah A, Kaushik N. An unusual cause of dysphagia in a young woman: esophageal duplication cyst. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:793-5.

Izaskun Markinez Gordobil*, José Luis Elorza, Santiago Larburu y José Ignacio Asensio

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ikur6@hotmail.com (I. Markinez Gordobil).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.011