

Figura 2 – Exéresis quirúrgica; masa de coloración blanco-parduzca y aspecto encapsulado que desplaza el esfínter anal (E).

Financiación

Artículo financiado en parte por el FFIS (Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, Grupo FFIS-008).

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdulkader I, Camaselle-Teijeiro J, Forteza J. Angiomixoma agresivo de vulva. *Rev Esp Pat.* 2003;36:441-6.
2. Pinedo R. Angiomixoma agresivo. Informe de casos y revisión de la literatura. *Comb Med.* 1995;26:65-8.
3. Camps Lasa J, Navarro Luna A, Muñoz Duyos A, García Domingo MI, Marco Molina C. Angiomixoma agresivo pelvipereineal en el varón. *Cir Esp.* 2008;84:102-3.
4. Nava FEL, Alvarez BMA, Figueroa VJ, Cruz OH. Angiomixoma agresivo de la vulva, informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77:587-90.

5. Dierichkx I, Deraedt K, Poppe W, Weguts J. Aggressive angiomixoma of the vulva: a case report and review of Literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:483-7.
6. Fine BA, Muñoz AK, Linz CE, Gershenson DM. Primary medical management of recurrent aggressive angiomixoma of the vulva with a gonadotropin-releasing hormone antagonist. *Gynecol Oncol.* 2001;81:120-2.

María José Cases-Baldó*, Bruno Andrés-García, Enrique Pellicer-Franco, Mónica Mengual Ballester y José Luis Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Facultad de Medicina de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjcases@yahoo.es (M.J. Cases-Baldó).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:10.1016/j.ciresp.2010.05.021

Un caso de disfagia lusoria tratado mediante la combinación de by-pass quirúrgico y oclusión endovascular

A case of dysphagia lusoria treated with a combination of surgical by-pass and endovascular occlusion

La arteria subclavia derecha aberrante (ASDA) es la anomalía congénita más frecuente del cayado aórtico, aunque su prevalencia es extremadamente baja. En su embriogénesis, la permanencia de la unión de la séptima arteria interseg-

mentaria a la aorta descendente origina la arteria subclavia derecha. Surge del lado izquierdo, cruza el mediastino, con mayor frecuencia, entre esófago y columna vertebral, hasta alcanzar la extremidad superior derecha. Como consecuencia

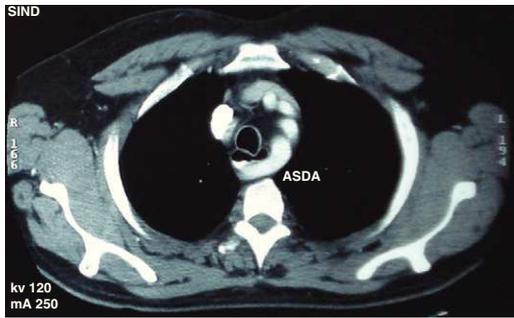


Figura 1 – Disposición de la arteria subclavia aberrante entre el esófago y la columna vertebral.

de esta disposición anómala, puede ocasionar síntomas por compresión de estructuras adyacentes. La disfagia es el síntoma más frecuente en el adulto y se conoce como disfagia lusoria. En esta circunstancia clínica o cuando la arteria degenera hacia un aneurisma, se debe considerar la corrección quirúrgica.

No existe unanimidad sobre el abordaje quirúrgico más idóneo. Las técnicas endovasculares se perfilan como la alternativa al tratamiento convencional de esta anomalía vascular. Sus resultados clínicos, a pesar de que se han publicado pocos casos en la literatura, parecen prometedores. Describimos un caso que fue tratado en nuestro servicio.

Paciente varón de 54 años que acudió al servicio de urgencias por disfagia con episodio de atragantamiento y dolor retroesternal. El paciente describía disfagia progresiva con los alimentos sólidos, que mejoraba con las movilizaciones y la ingesta de líquidos. Se realizó una endoscopia para retirar el bolo alimenticio impactado y, durante la exploración, se detectó la compresión extrínseca de la pared esofágica.

El angio-TC de tórax demostró que la causa de la compresión del esófago era una ASDA (fig. 1). Esta arteria, con un diámetro de 12 mm, se originaba inmediatamente distal a la arteria carótida primitiva (ACP) izquierda en la cara superior del arco aórtico y cruzaba por detrás del esófago. La arteriografía de troncos supraaórticos y selectiva con proyección lateral oblicua de la ASDA corroboró estos hallazgos y se descartaron alteraciones en el nacimiento de la arteria vertebral (AV) derecha.

Bajo anestesia general, se realizó un abordaje cervical longitudinal derecho, se disecaron la ACP hasta su porción más proximal y la ASDA, y se identificó el nacimiento de la AV ipsilateral. Su trayecto proximal profundo y descendente no permitía un control vascular seguro. Ante esta situación, y a través de una incisión supraclavicular complementaria que permitía un abordaje distal de la ASD, se realizó un *by-pass* carótido-subclavio con prótesis de PTFE 6 mm (Gore-tex®) retroyugular. Posteriormente, se practicó una punción de la arteria femoral derecha y se canalizó la ASDA con una guía de mayor rigidez (Terumo® Staff Shaft Glidewire angulada, diámetro 0,035, longitud 260 cm, Terumo® Interventional Systems, Somerset, NJ) usando un catéter multipropósito Bern de 5 F (Boston Scientific 5 fr × 100 cm). A través de un catéter guía de 8 F y 80 cm de largo se hizo progresar un dispositivo Amplatzer® vascular plug II (AGA Medical Corporation, Plymouth, MN) de 16 mm de diámetro, que se colocó en

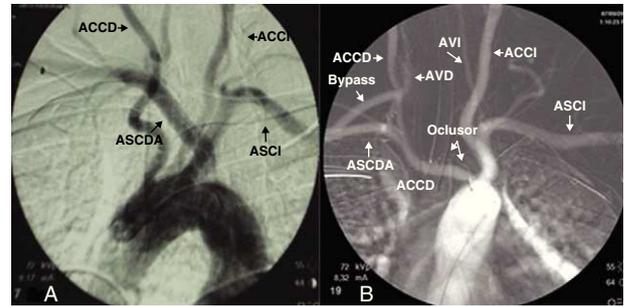


Figura 2 – A) Origen anómalo de la arteria subclavia derecha en el estudio arteriográfico. B) Tras el procedimiento se observa el dispositivo ocluidor, la trombosis de la arteria subclavia derecha desde origen hasta la salida de la arteria vertebral y permeabilidad del *by-pass* carótido-subclavio. ACCD: arteria carótida común derecha; ACCI: arteria carótida común izquierda; ASCDA: arteria subclavia derecha aberrante; ASCI: arteria subclavia izquierda; AVD: arteria vertebral derecha; AVI: arteria vertebral izquierda.

el ostium de la ASDA. La angiografía confirmó la oclusión de la ASDA hasta la salida de la AV, que permanecía permeable (fig. 2). Se finalizó el procedimiento sin necesidad de realizar la ligadura de la arteria prevertebral. El paciente fue dado de alta a los pocos días sin problemas. Seis meses después el paciente permanece asintomático, objetivándose en la angio-TC la oclusión de la ASDA y la permeabilidad del injerto vascular.

Desde la primera intervención de una ASDA a través de una toracotomía, se han tratado de encontrar vías de abordaje alternativas que evitasen la apertura del tórax y disminuyeran las complicaciones. La experiencia con procedimientos endovasculares en esta patología es limitada pero ofrece muy buenos resultados a corto y medio plazo. Al igual que con la cirugía abierta, los autores emplean diferentes estrategias aunque son controvertidos aspectos como la revascularización de la extremidad a pesar de la posibilidad de claudicación y robo de subclavia¹⁻³.

La casi totalidad de los casos publicados corresponden a aneurismas de la arteria anómala. Para evitar la esternotomía media o la toracotomía, se han utilizado endoprótesis de aorta torácica con el objetivo de excluir el origen del aneurisma de la ASA asociado a oclusión arterial distal ya sea mediante ligadura⁴⁻⁶, ocluidor¹, o embolización retrógrada⁷, y transposición o *by-pass* a la arteria subclavia.

A pesar de los buenos resultados clínicos, las constantes innovaciones en el material para la oclusión vascular pueden disminuir aún más la complejidad del procedimiento endovascular y sus potenciales complicaciones (endofugas, complicaciones en el punto de acceso, lesión medular). La edad del paciente y el hecho de no poder conseguir la ligadura en su origen de la ASA mediante un abordaje cervical nos hicieron valorar el tratamiento híbrido. Esta técnica ya ha sido utilizada por otros autores^{2,4,8,9}. En nuestro caso, y antes de proceder a la oclusión de la arteria, se realizó la revascularización del brazo mediante un *by-pass* carótido-subclavio; creímos necesario este procedimiento, asociado a una mínima morbilidad y mortalidad, dado que se trataba de la extremidad dominante en un paciente joven y trabajador en activo.

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.