

Aneurisma subclavio. Hallazgo casual y tratamiento endovascular

L.F. Riera-Del Moral^a, S. Stefanov-Kiuri^a, S. Fernández-Alonso^a,
D. Fernández-Caballero^a, M. Gutiérrez-Nistal^a, G. Garzón-Moll^b, L. Riera-De Cubas^a



Figura 1. Signo del '3' en el borde mediastínico izquierdo de la radiografía de tórax preoperatoria.

Caso clínico. Varón de 77 años, ingresado por isquemia arterial crónica grado III de La Fontaine, con

Aceptado tras revisión externa: 16.03.07.

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Sección de Radiología Intervencionista. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. L.F. Riera del Moral. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz. P.º Castellana, 261. E-28047 Madrid. E-mail: piperiera@yahoo.es

© 2007, ANGIOLOGÍA

antecedentes de hipercolesterolemia, tabaquismo y operado de un bypass aortobifemoral hace 15 años; en el estudio preoperatorio por una oclusión femoropoplítea bilateral aparece como hallazgo en la placa de tórax un signo de '3' en el borde mediastínico izquierdo. Este signo es compatible con una coartación de aorta torácica (Fig. 1), pero no se aprecian muescas costales ni otro signo sugestivo de esta patología. Se realiza una tomografía computarizada

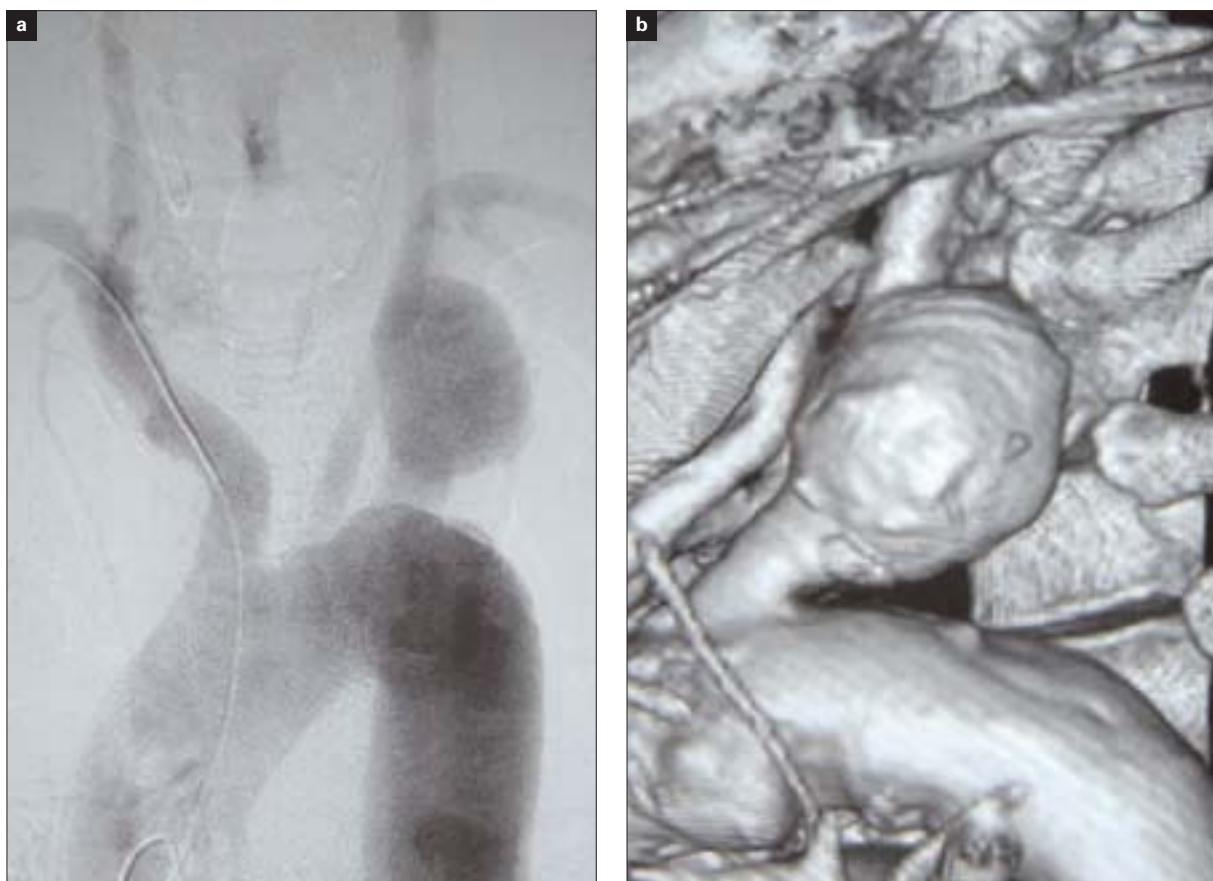


Figura 2. Arteriografía (a) y reconstrucción tridimensional (b) de la tomografía computarizada multicorte del aneurisma de arteria subclavia izquierda.

multicorte torácica, donde se descubre la existencia de un aneurisma del origen de la arteria subclavia izquierda y se descarta la presencia de otra alteración en la aorta. Se realiza un eco-Doppler de troncos supraaórticos, donde no se encuentran alteraciones significativas, y se completa el estudio con una arteriografía, que muestra la presencia del aneurisma subclavio, con un buen cuello proximal y distal a la lesión, con una arteria vertebral poco desarrollada (Fig. 2). Se decide realizar un tratamiento endovascular con la colocación de dos *stents* recubiertos (Wallgraft® Boston Scientific, de 12 × 50 mm y 12 × 30 mm) a través de la arteria braquial ipsilateral, expuesta mediante disección bajo anestesia local. Con ellos se consiguió la exclusión completa del

aneurisma. Al alta, tras realizar un *bypass* a tercera porción de poplítea con vena safena interna invertida, el paciente se encuentra asintomático y la tomografía computarizada de control (Fig. 3) muestra la ausencia de fugas y la correcta colocación de los dispositivos endoluminales.

Discusión. Los aneurismas aislados de arteria subclavia son una entidad poco frecuente [1], por lo que su evolución es relativamente desconocida. El tratamiento convencional es la resección e interposición protésica o reimplante de la arteria subclavia, lo cual precisa de abordajes quirúrgicos agresivos, ya que el control del origen de esta arteria en el lado izquierdo se realiza a través de toracotomía izquierda. En pa-

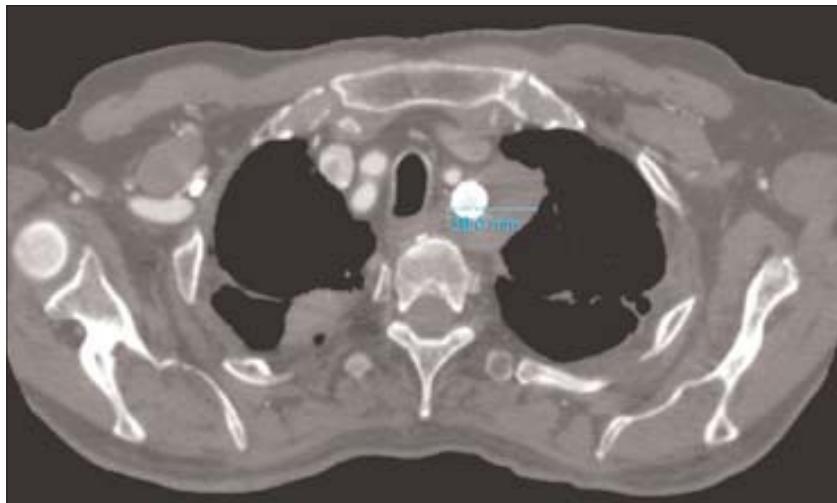


Figura 3. Tratamiento endovascular, control postoperatorio.

cientes como en nuestro caso, de edad avanzada y con factores de riesgo asociados, el tratamiento endovascular parece un método apropiado como primera elección, por su relativa sencillez y unos resultados, cuando menos, prometedores, además de las ventajas que ofrece su menor morbilidad perioperatoria [2,3]. Resultará necesario realizar estudios sobre la durabilidad de estos procedimientos.

Bibliografía

1. Lawrence PF, Gazak C, Bhirangi L, Jones B, Bhirangi K, Oderich G, et al. The epidemiology of surgically repaired aneurysms in the United States. *J Vasc Surg* 1999; 30: 632-40.
2. Kasirajan K, Matteson B, Marek JM, Langsfeld M. Covered stents for true subclavian aneurysms in patients with degenerative connective tissue disorders. *J Endovasc Ther* 2003; 10: 647-52.
3. González JM, García BA, Lebrún JM, Docampo MM. Combined surgery for the treatment of bilateral subclavian artery aneurysm in Marfan syndrome. *J Vasc Surg* 2007; 45: 180-2.