

<http://www.elsevier.es/semergen>

## 329/143 - DISFAGIA LUSORIA

C. Silva Porto<sup>1</sup>; S. Castroagudín Campos<sup>2</sup>; G. González Cristobo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Pontevedra.<sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra.<sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 35 años con antecedentes personales de alergia a amoxicilina, cefuroxima y níquel. Fumadora de 1 paquete/día. Expolitoxicómana. No FRCV. Hernia de hiato. Dispepsia. Trastorno mixto de personalidad. Intento autolítico. Soltera con un hijo. Vive en pareja. Buena relación familiar. Nivel socioeconómico medio-bajo. En los últimos siete años realiza demanda continua en AP con clínica de odinofagia, tos, vómitos y náuseas recurrentes y dolor en cara anterior de cuello. En los últimos dos años aumentan de frecuencia y aparece pérdida de peso, fiebre y disfagia para líquidos y sólidos. Se deriva a urgencias para estudio y se diagnostica de disfagia lusoria tras realizar las pruebas complementarias. Tras tratamiento quirúrgico, 6 meses después, la disfagia se ha resuelto pero la paciente presenta secuelas tras la cirugía vascular: dolor neuropático en brazo y hemitorax derechos, síndrome de Horner derecho y ansiedad generalizada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Normal. Sin alteraciones en la exploración por aparatos. Analítica: sin alteraciones significativas. Rx tórax: sin alteraciones. Endoscopia digestiva alta: hernia de hiato. Gastritis crónica antral. Test de Ureasa:+. Tránsito esófago gastroduodenal: cruce vascular a nivel de esófago torácico, posiblemente la subclavia. Ecoendoscopia alta: arteria subclavia derecha aberrante. Angio TAC: arteria subclavia derecha aberrante con leve dilatación proximal (10 mm), que se origina distalmente a la arteria subclavia izquierda y transita en posición retroesofágica y retrotraqueal hacia el lado dcho. Tratamiento definitivo: oclusión de arteria subclavia aberrante derecha mediante ligadura, sección y bypass carótido-subclavio nativo derecho. Se da apoyo emocional en postoperatorio y tratamiento analgésico.

**Juicio clínico:** La clínica y las pruebas complementarias plantean como diagnóstico disfagia lusoria secundaria a arteria subclavia derecha aberrante.

**Diagnóstico diferencial:** Divertículo de Zenker, neoplasias de cuello, compresiones externas, infecciones, tumor del tronco del encéfalo, EM, ELA, distrofias musculares, hipertiroidismo, enfermedad de Wilson, síndrome de Cushing, acalasia cricofaríngea, disinergia del esfínter esofágico superior.

**Comentario final:** En casos así, una visión periódica de los síntomas es lo que dota al médico de AP de la capacidad de detectar cambios y signos de alarma para sospechar patología que requiere un estudio dirigido. Las patologías poco frecuentes, pueden aparecer y debemos pensar en ellas si no encontramos causas habituales claras.

### Bibliografía

-González-Sánchez M, Pardal-Refoyo JL, Martín-Sánchez A. Arteria subclavia derecha aberrante y disfagia lusoria. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64(3):244-5

-Allen D, Bews H, Vo M et al. Arteria Lusoria: An Anomalous Finding during Right Transradial Coronary Intervention. Case Rep Cardiol. 2016;1-3.