

Aneurisma intra-torácico de arteria subclavia derecha

D. F. de Caleyá - J. Duarte - J. Melón - C. Castrillo

Servicio de Cirugía Cardiovascular
Hospital de la Princesa. Madrid (España)

RESUMEN

El aneurisma de arteria subclavia es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico diferencial se plantea a nivel de la radiología simple con otros procesos expansivos a nivel mediastínico. Presentamos un caso de aneurisma de subclavia derecha.

SUMMARY

The aneurysm of subclavian artery is uncommon, and its differential diagnosis is posed with other mediastinic expansive processes in a conventional RX level. A case of right subclavian aneurysm is presented.

Introducción

Los aneurismas intratorácicos de arteria subclavia son poco frecuentes dentro de los aneurismas arteriales en general y, sobre todo, comparados con los aneurismas de aorta abdominal y aneurismas femorales o poplíteos (1-2). Las imágenes radiológicas de masas mediastínicas tienen su origen en gran variedad de lesiones expansivas de los órganos mediastínicos. Aproximadamente un 10% de estas imágenes radiológicas corresponden a dilataciones aneurismáticas de origen vascular (3), correspondiendo a la dilatación aneurismática de la arteria subclavia imágenes radiológicas paratraqueales o retroesternales.

Las modernas técnicas de tomo-

grafía axial computarizada permiten diagnósticos precisos de estas imágenes mediastínicas, en lo que se refiere a su diferenciación entre masas tumorales y masas de origen expansivo vascular. Con estas técnicas se pueden evitar métodos diagnósticos más agresivos, como son los estudios angiográficos o las biopsias (3-4).

El diagnóstico suele iniciarse cuando en la radiología simple del tórax se aprecia una masa mediastínica expansiva que explica la clínica del paciente, consistente en un síndrome compresivo mediastínico que se manifiesta con un cuadro de disfagia progresiva, Síndrome de Horner, Disfonía o masa supraclavicular pulsátil (1).

El origen de las dilataciones

aneurismáticas de la arteria subclavia intratorácica suele ser, por orden de frecuencia, de origen arterioesclerótico, degeneración quística de la media, traumático o micótico, mientras que los aneurismas del segmento extratorácico suelen ser de origen traumático, sobre todo en pacientes con síndrome de compresión de la salida del tórax (2).

Menos frecuente, dentro de las dilataciones de la arteria subclavia, es la dilatación aneurismática de la arteria subclavia aberrante, anomalía de por sí poco frecuente, lo que hace más rara aún su dilatación aneurismática. A la hora del diagnóstico diferencial, sin embargo, hay que tenerlo en cuenta como posible causa de imagen expansiva intratorácica (5). En estos casos la clínica se presenta fundamentalmente como un cuadro de disfagia y la imagen expansiva mediastínica suele ser de localización retro o paratraqueal superior derecha.

Reportaje del caso

Paciente de 30 años de edad, cuya historia clínica comienza con un cuadro de ptosis palpebral y miosis, así como disfonía. La radiología simple de tórax muestra una masa mediastínica superior que se extiende a la base del cuello (Fig. 1).

A la palpación se aprecia una tumoración dura, débilmente pulsátil, que se extiende desde la base del cuello hasta la cara lateral del mismo, ocupando la fosa supraclavi-

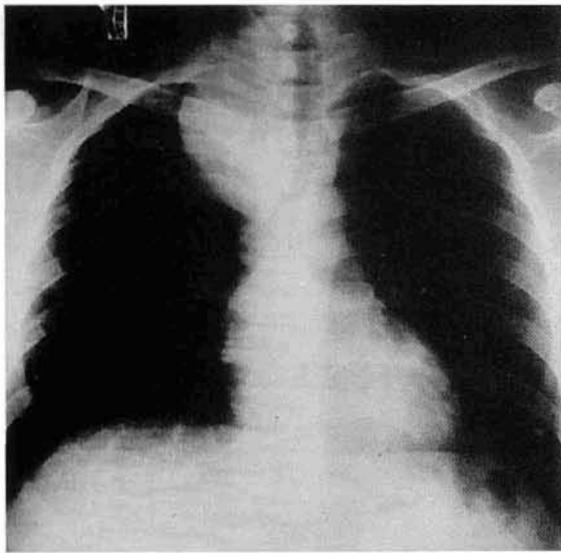


Fig. 1 - Radiografía simple de tórax.



Fig. 2 - Tomografía axial computarizada.

cular. Por su dureza, poca pulsatibilidad y localización no se le valora como tumoración vascular. Se le practica una biopsia al paciente en otro centro, diagnosticándosele entonces una tumoración vascular, por lo que es remitido a nuestro Servicio. En la tomografía axial computarizada (Fig. 2) se aprecia la existencia de una dilatación aneurismática con material trombótico en su interior, que se extiende por detrás del lóbulo tiroideo dere-

cho hacia abajo hasta el origen de la ácigos, presentando un carácter inhomogéneo y calcificaciones periféricas. Desplaza el tiroides hacia delante y los vasos del cuello medialmente. Su porción inferior engloba la arteria subclavia, desplazando las estructuras mediastínicas hacia la izquierda, contactando con los cuerpos vertebrales de la columna cervico-torácica en su cara lateral derecha. La arteriografía convencional confirma el diagnós-

tico de dilatación aneurismática de la arteria subclavia, que crece en sentido craneal, desplazando la arteria subclavia hacia abajo y produciendo un acodamiento de la misma a nivel de la primera costilla (Fig. 3).

Con el diagnóstico de aneurisma de subclavia derecha es intervenido quirúrgicamente, practicándose una interposición de injerto de PTFE de 8 mm entre los dos extremos sanos de la arteria subclavia.

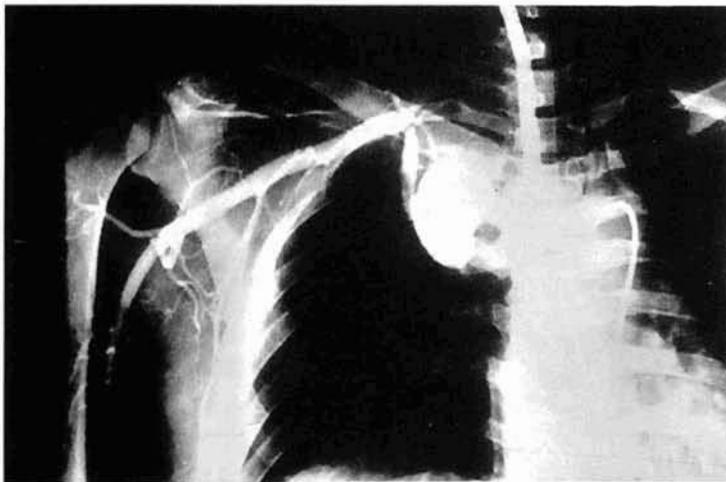


Fig. 3 - Arteriografía del tronco branquiocéfálico.

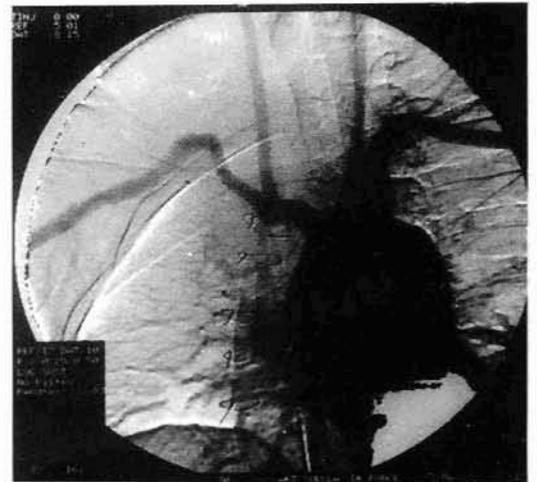


Fig. 4 - Angiografía digital de control postoperatorio.

La interposición del injerto se realiza a un centímetro del nacimiento de la subclavia del tronco braquiocefálico hasta la arteria subclavia distal al aneurisma, proximalmente al nacimiento del tronco bicérvico-escapular. La arteria vertebral derecha, englobada en el aneurisma y ocluida, no es reimplantada en la prótesis.

La intervención se hizo a través de una incisión en la fosa supraclavicular, siendo necesario la desinserción del músculo esternocleidomastoideo. La incisión se continuó por la cara interior del tórax, abriendo éste a través de una esternotomía media. Se seccionaron los músculos esterno-hioideo y el escaleno anterior. Ha sido necesaria la sección transversal de la yugular interna para poder desplazar hacia delante la vena subclavia y la cava superior. Una vez localizados los dos extremos de la subclavia proximal y distalmente a la aneurisma, se abre éste. Se desalojan los trombos de su interior y se liga con un punto de transfijión la boca de nacimiento de la arteria

mamaria interna. Se deja el aneurisma «in situ» y se interpone el segmento de PTFE de 8 mm entre los dos extremos sanos de la subclavia (Fig. 4).

Discusión

La tomografía axial computarizada es un método no invasivo que nos permite un diagnóstico certero de la dilatación aneurismática de la arteria subclavia en los procesos expansivos mediastínicos. El aneurisma trombosado parcialmente, comprimido por las estructuras del cuello, puede inducir a confusión, dada la ausencia de latido expansivo. La angiografía digital computarizada puede no ser diagnóstica en los aneurismas, pues no capta la zona trombosada y puede conducir a un diagnóstico erróneo ante la desproporción de la imagen angiográfica y la extensión de la tumoración. Una vez diagnosticado el origen vascular de la misma, la angiografía convencional o digital adquiere un valor imprescindible para la planificación quirúrgica del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. COSELLI, J. S.; CRAWFORD, E. S.: Surgical Treatment of Aneurysm of the Intrathoracic Segment of the Subclavian Artery. «Chest», 91: 704-708, 1987.
2. THOMAS, V. T.: Intrathoracic Aneurysms of the innominate and subclavian artery. «J. Thoracic Cardio. Surg.», 63-471, 1972.
3. STARK, P.; DAVID, C.: Right Subclavian Artery Aneurysm. Role of CT. «Computerized Radiol.», 10: 253-258, 1986.
4. DAVID, M.; HUSHANG, J.; PENFIELD, L.; KITTLE, MATTHEW. Lesions of the Thoracic Aorta and its Arch Branches simulating neoplasm. «J. Thorac. Cardio. Surg.», 251-263, 1981.
5. HELMER, M.; GRITZMAN, N.; SCHLEGEL, A.: Computer Tomographische Diagnostik eines Aneurysmas eines Arteria Lusoria. «Fortschr. Röntgenstr.», 99-100, 1987.