

Aneurisma del tronco tirocervical

Thyrocerivical trunk aneurysm

Dra. María del Carmen Hondares Guzmán, Dr. Alejandro Hernández Seara, Dr. José Cabrera Zamora, Dr. Héctor Viña Cisneros, Dr. Michel López Díaz, Dr. Ernesto Licort García

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El aneurisma de la arteria subclavia es una entidad extremadamente rara que no sobrepasa el 1 % del total de los aneurismas periféricos y pueden situarse en diferentes sectores de la arteria. El objetivo de este trabajo es describir el diagnóstico y tratamiento empleado en un paciente portador de un aneurisma verdadero del tronco tirocervical derecho, rama de la arteria subclavia, considerado como infrecuente. Se trata de una paciente femenina de 48 años de edad, con antecedentes de aumento de volumen en la zona supraclavicular derecha, tumoración que late y se expande sin trauma previo en dicha zona. Las manifestaciones clínicas consistieron en dolor y parestesias que se irradiaban al miembro superior derecho. A través de estudios ultrasonográficos (ecodoppler y angioTac) se le diagnosticó un aneurisma del tronco tirocervical derecho, rama de la primera porción de la arteria subclavia. Fue intervenida quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Se realizó una aneurismectomía y ligadura proximal y distal utilizando un abordaje supraclavicular. Se encontró un aneurisma verdadero de la arteria señalada. Los estudios ultrasonográficos permitieron un diagnóstico certero del problema. La técnica quirúrgica utilizada fue exitosa y la paciente mostró una evolución satisfactoria, sin complicaciones hasta el momento actual con regresión de sus síntomas clínicos.

Palabras claves: aneurisma verdadero, abordaje supraclavicular, aneurismectomía.

ABSTRACT

The subclavian artery aneurysm is an extremely rare disease that barely accounts for 1 % of all peripheral aneurysms and may be located in different sectors of the aorta. The objective of this paper was to describe the diagnosis and treatment used in a patient carrying an unusual true aneurysm of the right thyrocervical trunk, the subclavian artery branch. The case of 48 years-old woman, with a history of raised volume of the right supraclavicular area, beating tumor that expands, and no previous trauma in the area. The clinical symptoms were pain and parestesias irradiating to the right upper member. Through the ultrasonographic studies (Ecodoppler and AngioTac), she was diagnosed a right thyrocervical trunk aneurysm, branch of the first portion of the subclavian artery. She was operated on at the National Institute of Angiology and Vascular Surgery. She underwent aneurysmectomy and proximal and distal ligation by using supraclavicular approach. A true aneurysm of the referred artery was found. The ultrasonographic studies allowed a precise diagnosis of the problem and the surgical procedure was successful. The patient recovered satisfactorily with no complications up to the present and regression of her clinical symptoms.

Keywords: true aneurysm, supraclavicular approach, aneurysmectomy.

INTRODUCCIÓN

Un aneurisma (de *aneurisma* que significa dilatación o dilatar) es como un globo lleno de sangre localizado en las paredes de los vasos sanguíneos. Cualquier vaso puede presentarlo pero es más común en la arteria aorta y con menor frecuencia en la arteria poplítea, arteria mesentérica en el intestino, la arteria esplénica en el bazo y otras.^{1,2}

El aneurisma verdadero es aquel que involucra las tres partes de la capas de la pared arterial (intima, media y adventicia) que incluyen aneurismas ateroscleróticos, sifilíticos, y congénitos, así como aneurismas ventriculares que siguen a los infartos transmurales. Aquellos aneurismas que involucran a todas las capas de la pared atenuada del corazón también son considerados como aneurismas verdaderos.^{1,2}

Los aneurismas se pueden encontrar en diferentes localizaciones, tanto en la aorta como a nivel de las arterias periféricas. En estos últimos se sitúan en diferentes sectores y dentro de ellos están los de las extremidades superiores, los que son poco frecuentes con respecto al resto de los aneurismas periféricos. El aneurisma de la arteria subclavia es una entidad extremadamente rara, con una prevalencia que no sobrepasa el 1% del total de los aneurismas periféricos, pero son los más frecuentes en las extremidades superiores. Los de la porción proximal son en el 60 % de origen ateroscleróticos, que se asocian con aneurismas en otras localizaciones en el 35 y 47 % de casos.^{2,3}

Entre los factores de riesgo para los aneurismas se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipertensión arterial, el alcoholismo, los altos niveles de colesterol sanguíneo, la deficiencia de cobre y la edad avanzada.³

Los aneurismas subclavios axilares casi siempre son secundarios a la existencia de una costilla cervical u otras manifestaciones del síndrome de la salida torácica, más frecuente en el lado derecho en los varones y ocasionalmente son bilaterales. La edad media de presentación es de 50 años, excepto los de etiología aterosclerótica que son más tardíos.¹⁻⁴

Las causas más comunes son aterosclerosis y traumatismos. Algunos tipos de aneurismas también pueden ser secundarios a la sífilis, la tuberculosis, la necrosis quística de la media, por traumatismos arteriales, o ser de origen congénito (Síndrome de Marfan y Turner).^{4,5} Otros son el resultado de una debilidad congénita o hereditaria en las paredes de las arterias y una minoría son causados por una deficiencia de cobre. Al respecto, numerosos estudios en animales de experimentación demuestran que una deficiencia de cobre puede causar enfermedades afectadas por la elastina como es la afectación en la fuerza del tejido.⁶

Huerta Montiel y otros,⁷ publican el caso de un paciente de 55 años de edad con antecedentes de traumatismo por proyectil de arma de fuego en la región subescapular izquierda, que acudió al servicio médico por un dolor torácico de larga evolución. Se le diagnosticó un aneurisma de la arteria subclavia izquierda.

El objetivo de esta publicación es describir el diagnóstico y tratamiento empleado en un paciente portador de un aneurisma verdadero del tronco tirocervical derecho, rama de la arteria subclavia, considerado como infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 48 años de edad, que refirió presentar desde hace un año antes, un aumento de volumen en la zona supraclavicular derecha y dolor que se irradiaba al cuello y miembro superior, con parestesias y ligera disminución de la fuerza muscular del mismo. Dicha sintomatología se agudizó en los últimos meses por lo que fue ingresada en el Instituto de Angiología y Cirugía Vascul para su estudio y tratamiento.

Examen físico

Al examen físico se constató una tumoración que latía y se expandía en la zona supraclavicular derecha, redondeada, de aproximadamente 20 mm de diámetro, sin soplo ni thrill. Los pulsos arteriales estaban presentes en los miembros superiores y a nivel carotídeo. No se observó soplo carotídeo.

Pruebas ultrasonográficas

Los estudios hemodinámicos realizados en las arterias de los miembros superiores (presiones sistólicas) registraron cifras normales.

Los resultados del ecodoppler de la arteria subclavia mostraron una dilatación aneurismática que se localizaba en una rama de la misma, algo posterior a su trayecto, que midió 17 × 15 mm. La arteria carótida y la vertebral derecha sin alteraciones.

En las imágenes de los troncos supraaórticos y de la subclavia derecha por angioTAC, se pudo constatar una dilatación aneurismática al parecer en el tronco tirocervical (rama de la primera porción de la arteria subclavia) (Fig. 1).

Con todos los resultados de los estudios realizados se decidió la intervención quirúrgica con un abordaje supraclavicular, donde se encontró un aneurisma verdadero del tronco tirocervical de la arteria subclavia (Fig. 2).

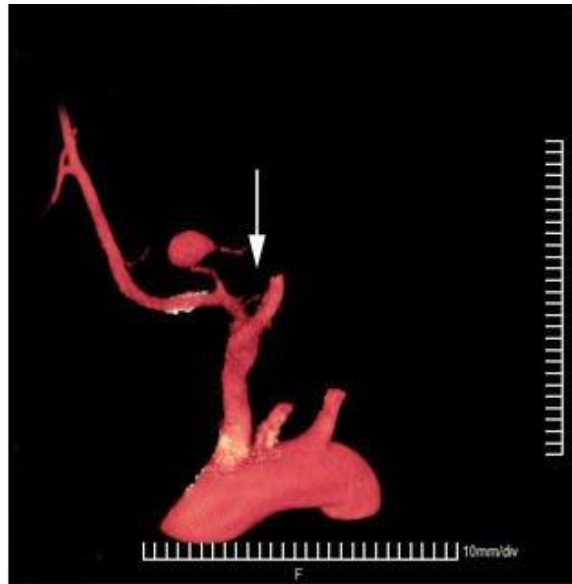


Fig. 1. Se señala la imagen del aneurisma del tronco tirocervical en el angioTAC realizado a la paciente.

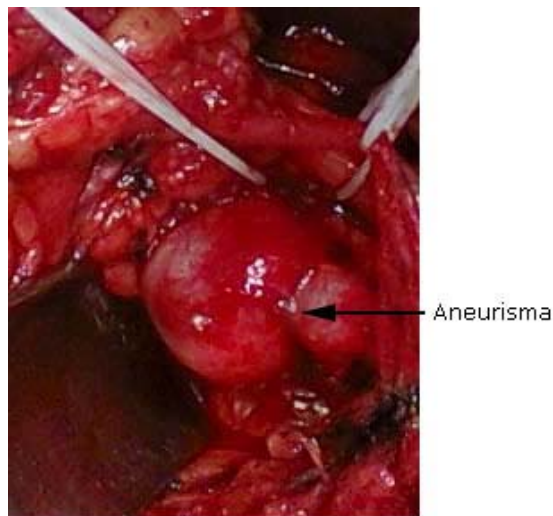


Fig. 2. Se observó durante la intervención quirúrgica la dilatación aneurismática.

Se realizó una aneurismectomía con ligadura proximal y distal de la arteria en cuestión comprobándose que el aneurisma se encontraba desplazando el plexo braquial, por lo que fue necesario realizar la exéresis de la tumoración. Se envió la pieza para biopsia al departamento de anatomía patológica (Fig. 3) donde se notificó la presencia de una pared arterial aneurismática pero sin precisión de su etiología.

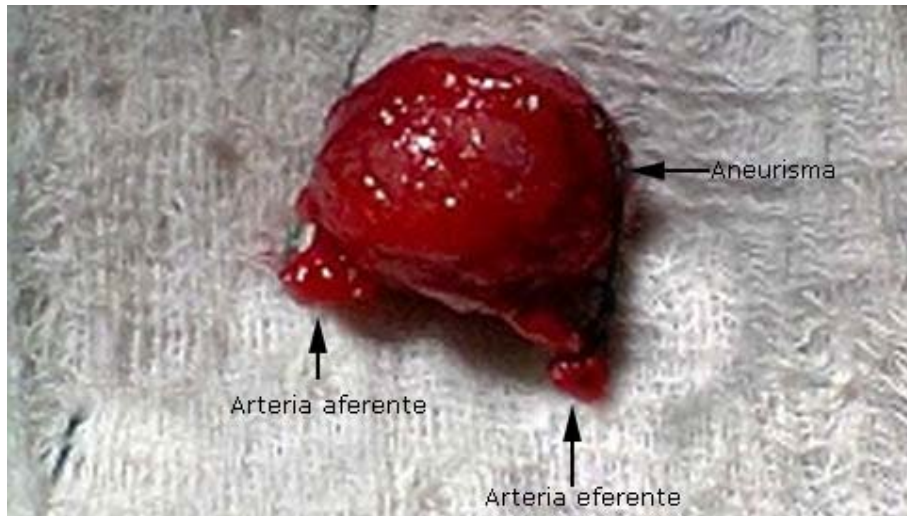


Fig. 3. Pieza extraída durante la intervención quirúrgica correspondiente al aneurisma, con su arteria aferente y eferente.

DISCUSIÓN

Hemos referido que las causas más comunes de los aneurismas periféricos son la aterosclerosis y los traumatismos, sin embargo, en esta paciente no se pudo precisar la etiología en el estudio anatomopatológico realizado. En algunos casos puede ser secundario a una infección o a una degeneración de la capa media de la arteria, e incluso formar parte del espectro clínico de algunas enfermedades como el síndrome de Marfan.⁸

En ocasiones los aneurismas de la arteria subclavia son asintomáticos, sin embargo la clínica suele ser en forma de dolor torácico o en el cuello por expansión o ruptura, isquemia aguda o crónica de la extremidad por tromboembolismo, trastornos neurológicos por compresión del nervio braquial como se observó en esta paciente, disfonía por compresión del recurrente laríngeo derecho, disnea⁹ y más raramente, accidente isquémico transitorio o permanente por embolización retrógrada por carótida derecha o por vertebrales.

Herranza y otros¹⁰ informan de un caso que presentó como síntoma principal, disfagia, en un aneurisma de gran tamaño. Las manifestaciones clínicas son escasas y habitualmente el diagnóstico se realiza tras hallar de forma incidental, en una radiografía de tórax, una lesión redondeada proyectada en relación con el mediastino superior¹¹ o también se han observado en los ápices pulmonares.¹² El diagnóstico se confirma con una arteriografía convencional, aunque la arteriografía mediante sustracción digital o técnicas menos invasivas como la tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden ser útiles.¹²

Para el tratamiento definitivo se utilizan actualmente las técnicas endovasculares (menos invasivas) mediante injertos de dispositivo metálico que se insertan a través de las arterias de la pierna y desplegado a través del aneurisma.^{13,14} En los pacientes con alto riesgo quirúrgico se han utilizado para la oclusión del aneurisma la embolización con espirales de acero.¹⁵ Actualmente se realizan tanto la cirugía derivativa como la endovascular de acuerdo a las características del aneurisma estudiado y del paciente en cuestión, es decir, la utilización de endoprótesis o la resección.^{16,17} La endovascular, en los pacientes de alto riesgo quirúrgico para el tratamiento de esta patología, mediante la colocación de endoprótesis o la quirúrgica, realizar la resección con injerto por sustitución, exéresis o la práctica de la cirugía derivativa (bypass carótido-subclavio)^{18,19}.

En esta paciente el tratamiento quirúrgico fue el seleccionado, ya que a pesar de que se trataba de un aneurisma pequeño (por su localización), es decir, en una arteria de pequeño calibre (rama de la arteria subclavia), la dilatación desplazaba el plexo braquial que explicaba la sintomatología de la paciente, que además, no presentaba un alto riesgo quirúrgico, entre otros factores analizados para su intervención.

La decisión del proceder a seguir consistió en la aneurismectomía con ligadura proximal y distal, la que reveló buenos resultados.

Finalmente, los estudios ultrasonográficos realizados permitieron un diagnóstico certero del problema. La técnica quirúrgica utilizada fue exitosa y la paciente mostró una evolución satisfactoria, sin complicaciones hasta el momento actual con regresión de sus síntomas clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cairols MA, Barjau E, López J. Aneurismas periféricos. Diagnóstico. Selección quirúrgica. En: Esteban Solano JM, editor. Tratado de aneurismas. Uriach:Barcelona. 1997;22:378-82.
2. Ortiz Monzón E, Blanes Mompó JI, Gómez Palonés F. Aneurismas subclavio-axilares. En: Esteban Solano JM, editor. Tratado de Aneurismas. Uriach:Barcelona. 1997;24:399-408.
3. Dougherty MJ, Galligaro K, Savarese RP, Delaurentis DA. Atherosclerotic aneurysm of the intra-thoracic subclavian artery: A case report and review of the literature. J Vasc Surg. 1995;21(3):521-9.
4. Mc Collum CH, Da Gama AD, Noon GP, De Backey ME. Aneurysm of the subclavian artery. J Cardiovasc Surg (Torino). 1979;20:159-64.
5. Pairolero PC, Walls JT, Paine WS, Hollier LH, Fairbairn JF. Subclavian axillary artery aneurysms. Surgery. 1981;90:757-62.

6. Senapati A, Carlsson LK, Fletcher CDM, Browse NL, Thompson RP15. Is tissue copper deficiency associated with aortic aneurysms? *J British Surg.* 1995;72: 352-3.
7. Huerta Montiel LF, Wilkins Gámiz A, Silva Romo R, Pérez Belmont E, Than Gómez MT, Garibaldi Zapatero J. Aneurisma de la arteria subclavia: una causa de dolor torácico. *Med Int Mex.* 2008;24(4): 319-21.
8. De Virgilio C, Cherry KJ Jr, Schaff HV. Multiple aneurysms and aortic dissection: an unusual manifestation of Marfan's syndrome. *Ann Vasc Surg.* 1994;8(4): 383-6.
9. Bicheng Zhan, Shijiang Zhang, Yongfeng Shao. Huge subclavian artery aneurysm; surgical management. *J Thorac Dis China.* 2010;2: 117-20.
10. Herranza A, López MD, Pallardó MA, de Andrés J. Hallazgo casual en radiografía preoperatoria de tórax de aneurisma de arteria subclavia derecha en paciente con disfagia. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2008;55: 197-197.
11. Fernández Vázquez E, Ayman Soudan A, Medina Benítez A, Espejo Guerrero A, González V. Aneurisma de arteria subclavia derecha aberrante: una causa inusual de masa mediastínica superior. *Rev Asoc Neum Sur.* 1994;6(2): 47-9.
12. Trujillo-Santos AJ, Jurado Gámez B. Aneurisma de la arteria subclavia izquierda: causa infrecuente de masa pulmonar superior. *An Med Inter (Madrid).* 2001;2014]; 18(2): 40-1.
13. Rodríguez Saavedra A, Conti C, Sapino R, Faella H. Exclusión de aneurisma gigante de la arteria subclavia con stent grafts endovasculares. *Rev Argent Cardiol.* 2000;68: 725-7.
14. Tara M, Roy K, Adrian H, Morales C. Defining high risk in endovascular aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2010;51: 1088-95.
15. Fedullo LM, Meranze SG, McLean GK, Burke DR. Embolization of subclavian artery aneurysm with steel coils and thrombin. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1987;10: 134-7.
16. Delton L, Farquharson BA. MBBS, FRCSC. Right subclavian artery aneurysm: A first for the Bahamas. *Vasc Dis Manag.* 2011;8: 138-40.
17. Van Leemput A, Maleux G, Heye S, Nevelsteen A. Combined open and endovascular repair of a true right subclavian artery aneurysm without proximal neck. *Interact Cardio Vasc Thorac Surg.* 2007;6(3): 406-8.
18. Harding GE, Kribs SW, Forbes TL. Hybrid open and endovascular therapy for a proximal subclavian artery aneurysm. *Vasc Surg London.* 2008;16: 236-8.

19. Martínez López C, Sánchez Martínez B, Arriola García HF, Bacelis Arzapalo RA. Reparación quirúrgica de aneurisma subclavio izquierdo. Reporte de un caso. Rev Mex Angiol. 2005; 33(3): 90-3.

Recibido: 7 abril de 2014.

Aprobado: 21 de mayo de 2014.

María del Carmen Hondares Guzmán. Departamento de Bioquímica. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Calzada del Cerro 1551 esquina a Domínguez. Cerro 12000. La Habana. Cuba.

Dirección electrónica: maria.hondares@infomed.sld.cu