

Mujer joven con tumoración supraclavicular izquierda

Young woman with left supraclavicular tumor

Presenta el caso el Prof. Rubén Moro Rodríguez



Prof. Rubén Moro Rodríguez
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular,
Cardiocentro "Ernesto Guevara de la Serna"
Santa Clara, Cuba.

Otros autores del Cardiocentro "Ernesto Che Guevara de la Serna". que participaron en la atención especializada del caso que se presenta, son los doctores Luis Reineiro Rodríguez Delgado, José Luis Valdés Cantero, Mario Nápoles Lizano y Luis Felipe Vega

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 20 años de edad. Antecedentes de padecer durante su niñez de cuadros convulsivos a repetición, con sepsis nasofaríngea frecuente y sepsis urinaria, para las que ha llevado diferentes tratamientos médicos. En agosto presentó crisis respiratoria con fiebre alta y malestar general sin tratamiento específico.

Comienza a presentar dolor intenso en el hombro y brazo izquierdo notando aumento de volumen circunscrito a la región supraclavicular irradiado al precordio.

Hace dos semanas manifiesta dolor precordial intenso con sudoración, somnolencia, sensación de ahogo que se interpreta como síncope de origen cardíaco y se ingresa. Mejora y se le diagnostica aneurisma de arteria subclavia izquierda. Se realizan estudios analíticos y se incluyeron cultivos. En un exudado faríngeo se encuentra

estreptococo beta hemolítico. En estas condiciones se remite a nuestro servicio para evaluación y eventual tratamiento intervencionista.

Considerada en el colectivo de trabajo, se le indicaron complementarios: células LE, anticoagulante lúpico, proteína reactiva C, título antiestreptolisina, título antiglobulinas, proteínas totales y fraccionadas, leucograma con diferencial, coagulograma completo, transaminasa glutámica oxalacética (TGO), y transaminasa glutámica pirúvica (TGP), glucemia y creatinina, entre otros.

Todos los resultados fueron normales.

Se indica ecocardiograma y electrocardiograma (EKG); ambos sin alteraciones.

Están indicados hemocultivos seriados, test de clamidia, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), serología.

Se realiza angiotomografía computarizada (AngioTC), (Fig.1) del arco aórtico y troncos supraaórticos.



Fig. 1. Angiotomografía computarizada del arco aórtico y troncos supraaórticos. Vista posterior (foto de los autores).

Moro Rodríguez pregunta:

- A. Diagnóstico
- B.- Tratamiento

Considerando el tratamiento quirúrgico nos gustaría conocer opiniones acerca de los siguientes aspectos:

1. Vía de abordaje.
2. Técnica de exclusión o no.
3. Toracotomía ¿cuál? Esternotomía media o toracotomía lateral izquierda.
4. Endoprótesis. ¿Cuál?

(10 de octubre de 2016).

COMENTARIOS

Dr. Rubén Moro

Yara, en la fig. 2 se puede ver hasta dónde está comprometido el vértice pulmonar izquierdo.

Dr. Yara

Queridos colegas:

El Dr. Moro me hace llegar otras 2 imágenes, de las que seleccionamos para publicar una de ellas, dado que la Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular regula en sus instrucciones el total de figuras autorizadas cuando recibe los artículos que les enviamos.

Podemos observar en esta imagen el compromiso del vértice pulmonar izquierdo (Fig. 2).

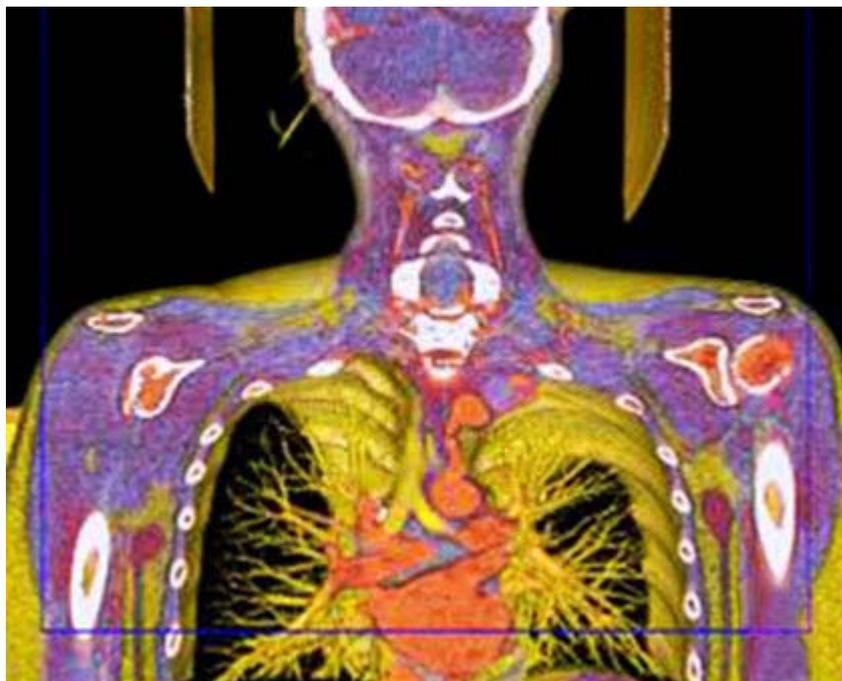


Fig. 2. AngioTC , Vista anterior (foto de los autores).

Dra. Naylet Castro

Laboratorio Clínico

Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso [CNCMA]

La Habana, Cuba

Doctor, mis saludos.

Pensé que ya no se indicaban las células LE, nunca las mencionaron en la residencia. Para estudiar el lupus eritematoso se indican los anticuerpos antinucleares (ANA), primero se hace el *screening* y si es positivo se hacen las especificidades.

En este caso daría positivo el anti DNA de doble cadena, entre otros. Si diera negativo no quiere decir que no exista la enfermedad, quiere decir que el título de anticuerpos no es detectable aún. Se repite a los 6 meses.

Debemos tratar de emplear nomenclatura actualizada: TGO (AST) y TGP (ALT), dado que actualmente la transaminasa glutámica oxalacética (TGO), se denomina aspartato amino transferasa (AST) y la transaminasa glutámica pirúvica (TGP), se denominada alanina amino transferasa (ALT), nada, que esto último aún no lo aprenden mis colegas.

Naylet

Dr. Yara

Queridos colegas:

Conociendo que los aneurismas de arteria subclavia son raros y en ausencia de un trauma torácico importante, para excluir los traumáticos, la causa casi se podría limitar a dos posibilidades: 1. Aneurismas micóticos en el curso de sepsis amigdalares y respiratorias recurrentes y 2. Síndrome de Loeys-Dietz, en cuyo caso tendría la úvula duplicada o en todo caso bífida.

También paladar hendido, biotipo "marfanoide", hipertelorismo y aneurismas en cualquier otra localización.

De manera que le pido al Prof. *Moro* nos descarte estos detalles en el examen físico.

Yara

Dr. J. L. Rizzardi

Argentina

Me inclinaría por revascularización quirúrgica con puente desde subclavia intratorácica a subclavia infraclavicular con exclusión de los aneurismas. Evitaría la región supraclavicular por la presencia del plexo braquial.

Dr. Pedro D. Beauballet Fernández

Angiología y Cirugía Vasculare

Hospital Militar "Carlos J. Finlay"

La Habana, Cuba

Yara, considero que la mejor vía de abordaje es la esternotomía pues nos da mejor visibilidad para la técnica quirúrgica. En cuanto a la prótesis a utilizar hay que valorar en el acto quirúrgico, pero yo me inclino por una prótesis convencional, pues me parece que por las características de los aneurismas no va ser fácil una endoprótesis.

Dr. Carlos Rubén Ramos López

Angiología, Cirugía Vasculare y Endovascular

Centro Médico de Occidente

Guadalajara. Estado de Jalisco, México

Hago acuse de recibo de archivos y correo.

En relación con la etiología, por frecuencia debe descartarse aneurisma micótico. Ello orienta al abordaje quirúrgico por esternotomía y naturalmente resección aneurismática con puente aorto-subclavio.

No se visualizan correctamente arterias vertebrales en lo posible realizar reinserción, sin embargo, depende de síntomas y competencia del polígono de Willyls.

A diferencia del procedimiento endovascular, se tiene la gran oportunidad de realizar estudio histopatológico y ver la causa final de la degeneración aneurismática, aunado a revisar el ápice pulmonar con efecto de compresión.

Caso ilustrativo pero complejo. Manténganos informado de los hallazgos. Éxitos. Libertas vos veritas.

Dr. Rubén Ramos

Presidente Consejo Mexicano Angiología, Cirugía Vasculare y Endovascular, 2016-2018.

Dr. Carlos Durán Llobera

Angiología y Cirugía Vasculare

La Habana, Cuba

Estimado colega y amigo Dr. Yara:

En este interesante caso que envía el Dr. *Moro* al Fórum, observo en el AngioTC del arco aórtico y troncos supraaórticos (vista posterior), que la arteria subclavia izquierda tiene dos dilataciones aneurismáticas, la primera es más pequeña y situada a pocos centímetros del origen de dicha subclavia en el arco aórtico, donde anatómicamente en la mayoría de las personas ella tiene su origen, aunque como es bien conocido por todos, los troncos supraaórticos pueden tener diferentes variantes anatómicas de origen en el arco aórtico, y la otra dilatación aneurismática, de algo mayor tamaño la veo contigua a la primera.

Considero que la vía de abordaje más apropiada para realizar el tratamiento quirúrgico a la paciente es a través de una toracotomía póstero-lateral izquierda, a través del cuarto espacio intercostal izquierdo, donde se hace asequible llegar al primer segmento de la arteria subclavia izquierda (subclavia intratorácica) y es muy probable en este caso el tener que realizar además una incisión infraclavicular izquierda, para abordar el segmento de arteria subclavia infraclavicular post aneurismático que esté sano. Entonces realizaría una derivación protésica "by-pass" de politetrafluoroetileno (PTFE), del segmento proximal al distal del área donde se localizan los aneurismas realizando también técnica de exclusión de estos.

Un abrazo

Dr. *Durán*

COMENTARIO FINAL

21 de octubre/2016

Queridos colegas:

Después de leídas las opiniones de colegas muy prestigiosos, *Rizzardi*, *Beauballet*, *Ramos* y *Durán*; solo nos resta puntualizar el acceso siempre controversial de la arteria subclavia por cuanto la clavícula limita una exposición amplia, sin interferencias.

No es casual que entre los cirujanos vasculares ingleses exista el deseo maléfico al compañero que le sustituye en la guardia, que expresa "Espero que te llegue una bailarina de ballet con una lesión de subclavia", dado el compromiso que significaría para el colega trabajar de urgencia en esta zona pensando que la artista deberá mantener la agilidad de sus movimientos de elevación de sus miembros superiores, al tiempo que evitar una cicatriz en la zona con mayor o menor compromiso adicional de la estética.

Recuerdo un caso similar con el siempre querido y recordado Prof. *Sandor Papp* de la Facultad Semmelweis de Budapest, en que mi planteamiento fue esternotomía del manubrio y sección lateral para abrir en "charnela" el tórax superior y me dijo: "mejor haces la esternotomía media que es una vía cotidiana". Con respecto a la etiología, descartada la traumática al no existir antecedentes, es muy probable, de acuerdo al estimado Dr. *Ramos* de México, se deba a una impregnación bacteriana de la arteria, con el resultante aneurisma micótico, término creado por *Osler* en 1885 para designar los aneurismas arteriales debidos a una localización bacteriana sobre las paredes del vaso.

Sobre la segunda posibilidad de un trastorno genético como sería el síndrome de Loey-Dietz, les prometo un comentario y bibliografía la próxima semana, por cuanto ha sido motivo de observaciones e interés en "circuito cerrado".

Agradecemos a la Dra. *Naylet Castro* su llamado a la denominación actualizada de las pruebas de laboratorio, así como por supuesto, al Dr. *Moro* su irrestricta colaboración al compartir con nosotros sus interesantes casos.

No puedo despedir esta discusión sin comentar que esperé más valiosas colaboraciones de colegas con una amplia experiencia que prefirieron el silencio.

Un abrazo para cada uno de ustedes.

Dr. *Yara*

EPÍLOGO

Dr. Rubén Moro Rodríguez

Muchas gracias maestro por la colaboración. Pensé al igual que tú que la participación en la discusión sería mayor pues casos como este no se ven todos los días.

El fórum tiene, entre muchos objetivos, un carácter docente para los pinos nuevos de la especialidad que no tienen la oportunidad de participar en decisiones e intervenciones quirúrgicas como la que se plantea en esta paciente.

Considero que podemos pensar en otras variantes quirúrgicas, o híbridas. Por ejemplo:

Coils controlados por vía endovascular para lograr trombosis de los aneurismas y acto seguido derivación carótida izquierda-subclavia izquierda por vía supraclavicular.

Es que la colocación de una prótesis desde la subclavia intratorácica hasta el nivel infraclavicular tiene en este caso una dificultad añadida.

Si lo intento por vía transtorácica, corro el riesgo de que la fibrosis asociada a un aneurisma micótico, no me permita descender el vértice pulmonar izquierdo y no tengo controlada la salida del tórax.

Si me voy por la vía transesternal con apertura del opérculo torácico, sería también algo muy difícil y chocaría con el proceso inflamatorio que acompaña a los aneurismas micóticos.

En resumen, la colocación de una prótesis desde la subclavia proximal (intramediastínica o intratorácica) prácticamente desde su origen en el cayado aórtico hasta la subclavia distal, infraclavicular, extratorácica, es un reto mayor dada la muy probable etiología infecciosa-inflamatoria.

Tenemos operados varios casos muy parecidos y la técnica de exclusión aneurismática y derivación carótida-subclavia creo es la mejor selección en este caso.

Es nuestro parecer que si lo puedo excluir por métodos endovasculares sería lo ideal, así no tengo que abrir el tórax, ni el mediastino.

Como es lógico el pensamiento de un aneurisma micótico es el que priorizamos y con ese objetivo procederemos en su tratamiento, pero sin olvidar su diagnóstico diferencial, que como bien dices, los trastornos genéticos hay que tenerlos en cuenta, así como la posibilidad de otros aneurismas en diferentes niveles.

Se estudió el polígono de Willis, aorta completa, iliacas y arterias viscerales sin muestras de aneurismas.

Existen quizás otras consideraciones en dependencia de la experiencia del grupo y de los recursos que se tengan.

Me siento complacido por las opiniones de los colegas y en especial la tuya, tendremos en cuenta sus opiniones y les prometo informarles de los resultados finales y su evolución posoperatoria.

Moro

Dr. Yara

Esperemos la intervención con sus fotos y las experiencias y los resultados de este interesante caso.

Yara

SOLUCIÓN DEL CASO

16 de diciembre de 2016

Dr. Rubén Moro Rodríguez

A mi hermano y profesor Yara:

El caso que presentamos anteriormente ya fue resuelto a inicios de este mes.

Cumpliendo con lo prometido te envió los resultados angiográficos y ultrasonográficos relacionados con su solución.

La idea obtenida por los aportes y en la discusión del servicio fue en principio: *la exclusión de los aneurismas generando trombosis en su interior por la introducción de coils por vía endovascular, seguida de derivación arteria carótida-subclavia izquierda.*

Colocamos por vía endovascular un coil que logró la trombosis de los aneurismas. Apareció un Síndrome de Claude Bernard-Horner izquierdo. El control del lecho

arterial distal hacia el miembro superior izquierdo, en ese momento nos reflejó, flujo suficiente para no provocar isquemia del miembro superior. Es la razón por la que decidimos diferir la derivación carótida-subclavia izquierda.

A la semana de la trombosis, el Síndrome de Horner había desaparecido y el flujo arterial hacia el miembro superior izquierdo era aceptable, al tiempo que sintomáticamente la paciente se encontraba muy bien y desaparecieron los síntomas referidos antes de iniciar el tratamiento. Es la razón por la que hemos seguido demorando la realización de la derivación arteria carótida-subclavia izquierda.

Les agradezco a todos sus opiniones, contribución y solidaridad para con nosotros en este muy difícil caso.

Moro

Les mostramos las imágenes más ilustrativas (Fig. 3) (Fig. 4).

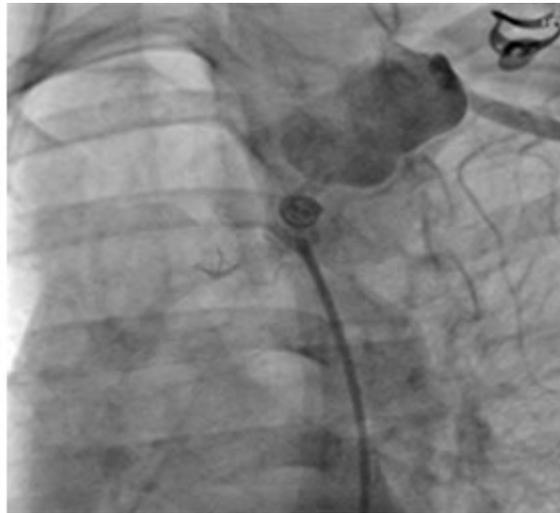


Fig. 3. Aneurismas de la arteria subclavia izquierda al momento de colocar el coil (foto de los autores).



Fig. 4. Arco aórtico, arteria subclavia izquierda intratorácica y stop del contraste por trombosis de los aneurismas (foto de los autores).

Una semana después de la trombosis inducida de los aneurismas que presentaba, se le realizó a la paciente una ecosonografía del segmento distal de la arteria subclavia izquierda intratorácica, donde se observó flujo arterial suficiente.

Prof. Rubén Moro Rodríguez

Recibido: 30 de diciembre de 2016.
Aceptado: 5 d marzo de 2017.

Juan Enrique Yara Sánchez. Coordinador del Fórum cubano de angiología y cirugía vascular. Ciudad de México, CDMX. Correo electrónico: angiocuba@yahoo.com