

Disfagia aórtica a partir de un aneurisma fusiforme asociado con disección aórtica tipo B

RAÚL A. BORRACCI, MIGUEL RUBIO, ROBERTO MÉMOLI, RODOLFO A. AHUAD GUERRERO

Recibido: 28/01/2005
Aceptado: 20/04/2005
Dirección para separatas:
Raúl A. Borracci,
La Pampa 3030 - 1° B -
C1428DCO Buenos Aires,
Argentina
e-mail: borracci@universia.com.ar

RESUMEN

La disfagia aórtica secundaria a la compresión extrínseca del esófago por un aneurisma de la aorta descendente es una patología muy poco frecuente. Se presenta el caso de un hombre de 63 años que consulta por disfagia progresiva asociada con pérdida de peso de 6 meses de evolución. Tenía antecedentes de hipertensión y dolor torácico agudo un año antes, que fue interpretado como "síndrome coronario". La resonancia magnética y el aortograma mostraron una disección aórtica tipo B y un aneurisma epifrénico que estrechaba la porción distal del esófago. El caso se interpretó como un aneurisma progresivo causado por una disección aórtica que había pasado inadvertida un año antes. Después del reemplazo de la aorta descendente el paciente presentó una paraplejía como complicación mayor. La disfagia mejoró rápidamente y 6 meses más tarde, el esofagograma demostró un tránsito normal. REV ARGENT CARDIOL 2005;73:378-380.

Palabras clave

> Disfagia - Disección aórtica - Cirugía

INTRODUCCIÓN

La disfagia aórtica secundaria a la compresión extrínseca del esófago por un aneurisma de la aorta descendente es una patología muy poco frecuente. (1-3) Además de la disfagia y de la pérdida de peso, la presencia de un aneurisma de la aorta torácica conlleva un riesgo alto de ruptura o de fistulización al esófago, a menos que se trate quirúrgicamente. (4) Se presenta un caso de disfagia secundaria a un aneurisma fusiforme de crecimiento progresivo causado por una disección aórtica tipo B que previamente había pasado inadvertida.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 63 años consulta por disfagia progresiva y pérdida de peso de 6 meses de evolución. Presentaba antecedentes clínicos de hipertensión arterial y dolor torácico agudo, por lo que fue admitido en nuestra institución un año antes. En aquel momento, el cuadro se interpretó como un síndrome coronario y no se encontró ninguna anormalidad asociada en el mediastino. El paciente consultó inicialmente a un gastroenterólogo, quien lo estudió ante la sospecha de neoplasia esofágica. La seriada esofagoscópica con bario demostró una estenosis pronunciada del esófago debido a una compresión extrínseca, así como un desplazamiento de la porción distal y dilatación proximal (Figura 1, a). La tomografía computarizada de tórax reveló un aneurisma fusiforme de la aorta torácica descendente y el paciente fue derivado al servicio de cirugía con diagnóstico de aneurisma epifrénico. La resonancia magnética preoperatoria (Figura 2) y el aortograma (Figura 3) demostraron un patrón habitual de disección aórtica tipo B de Stanford y un aneurisma fusiforme epifrénico que estrechaba la porción distal del esófago. El caso se interpretó como un aneurisma progresivo secundario a una disección aórtica previa que había pasado inadvertida un año antes.

A través de una toracotomía por el cuarto espacio intercostal, se abordó la porción proximal de la aorta torácica y por una segunda incisión en el noveno espacio extendida al diafragma y abdomen, se alcanzó la aorta abdominal supraceliaca. Se constató una disección tipo B con un desgarro (*tear*) de entrada a nivel de la arteria subclavia y propagación distal hasta la aorta abdominal. Adyacente al diafragma se detectó un aneurisma fusiforme de 10 cm de diámetro adherido al esófago. Se realizó un reemplazo de la aorta con un tubo de 25 mm de Dacron tramado desde la aorta torácica distal a la arteria subclavia izquierda hasta el sector supraceliaco con anastomosis terminotermiales. Durante el procedimiento se utilizó un *bypass* aortofemoral transitorio para la protección visceral, pero no se reinsertaron vasos intercostales ni lumbares. El paciente cursó hemodinámicamente estable durante el posoperatorio, pero presentó una paraplejía como complicación mayor. Después de la cirugía, la disfagia desapareció rápidamente y 6 meses más tarde un nuevo esofagograma demostró un tránsito normal (Figura 1, b).

DISCUSIÓN

La presentación clínica de un aneurisma de la aorta torácica puede simular una enfermedad esofágica primaria. La disfagia debido a un aneurisma torácico habitualmente tiene una aparición insidiosa y, dada su infrecuencia, rara vez se considera entre los diagnósticos diferenciales de disfagia. Por otro lado, la evaluación de rutina de un estrechamiento u obstrucción esofágica incluye la esofagoscopia, la cual puede ser peligrosa si el aneurisma se halla adherido al esófago o en proceso de fistularse. En el paciente cuyo caso presentamos había sospecha de una compresión extrínseca, por lo que se evitó la esofagoscopia, aunque sólo la resonancia y el aortograma pudieron diagnosticar la disección tipo B.

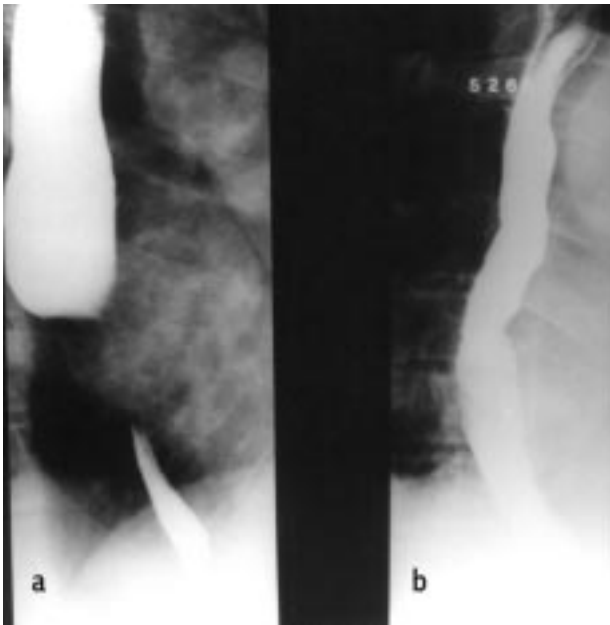


Fig. 1. a. Esófagograma preoperatorio con estenosis pronunciada del esófago y dilatación proximal debido a una compresión extrínseca y desplazamiento de su porción distal. b. Esófagograma posoperatorio con tránsito normal 6 meses después de la operación.

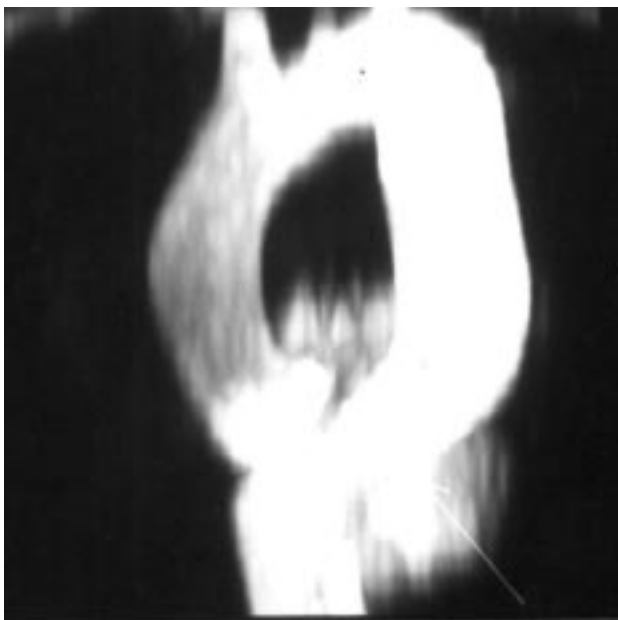


Fig. 2. Resonancia magnética preoperatoria en la que se observa el patrón habitual de disección aórtica tipo B desde la arteria subclavia hasta el diafragma y una dilatación aneurismática epifrénica.

El retraso inicial para diagnosticar la disección aórtica puede justificarse por una presentación clínica sutil. En las disecciones aórticas tipo B, habitualmente no se observa ensanchamiento del mediastino en la radiografía de tórax. Igualmente, el ecocardiografía

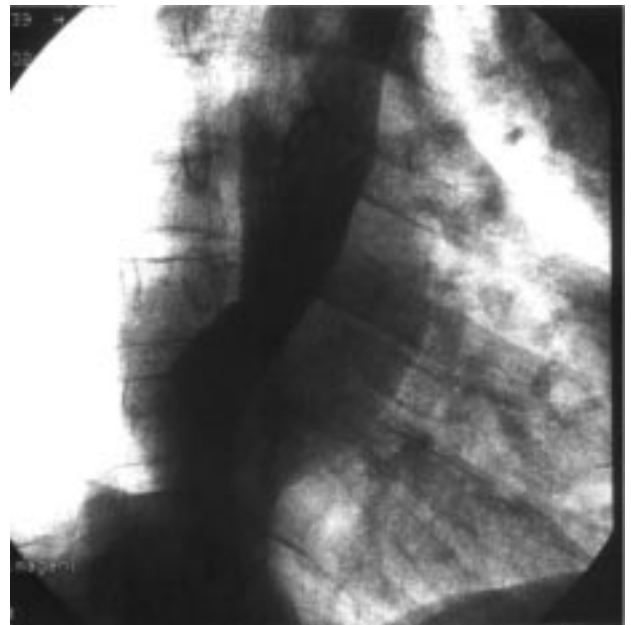


Fig. 3. Aortograma preoperatorio que muestra un aneurisma fusiforme epifrénico y la doble luz de una disección aórtica.

grama transtorácico es menos útil para identificar disecciones a nivel del arco aórtico y de la aorta descendente. En estos casos, las disecciones tipo B pueden pasar inadvertidas hasta que aparecen las complicaciones aneurismáticas.

La técnica quirúrgica para reparar un aneurisma generado a partir de una disección tipo B depende de la extensión y de la localización del aneurisma y del estado de la aorta proximal y distal a la lesión. De cualquier forma, en el caso de aneurismas y disecciones que comprometen la aorta descendente, debe realizarse el reemplazo protésico para excluir el *tear* de la circulación, ocluir la falsa luz y redirigir el flujo hacia la luz verdadera. Como sucedió con nuestro paciente, un riesgo crucial asociado con esta cirugía es la posibilidad de aparición de una paraplejía. Generalmente, las operaciones que interesan el segmento de aorta comprendido entre la 8ª vértebra torácica y la 2ª lumbar tienen una incidencia alta de paraplejía y hasta el momento no existe ninguna técnica que pueda prevenirla por completo después de un reemplazo de la aorta torácica o toracoabdominal, con tasas que llegan como mínimo al 8%. (5) Algunas de estas técnicas de protección de la médula espinal durante la cirugía o previo a ella incluyen evaluación angiográfica o con Doppler de la circulación espinal para la reinserción de intercostales, monitorización de potenciales evocados somatosensoriales y motores, drenaje del líquido cerebrospinal y/o técnica abierta de la aorta distal para evitar la hipertensión del canal medular, hipotermia espinal regional y administración de fármacos neuroprotectores. (6-10) De todas formas, la incidencia elevada de ruptura o de fistula entre el esófago y la aorta descendente en este tipo de aneurismas indu-

cen a indicar la cirugía y, en parte, justifican el riesgo posoperatorio de paroplejía.

En resumen, la disfagia aórtica debida al crecimiento de un aneurisma fusiforme progresivo a partir de una disección tipo B es una entidad rara, pero su presentación clínica sutil y el riesgo potencial de ruptura o fistulización aortoesofágica hacen necesario su reconocimiento y tratamiento a tiempo.

SUMMARY

Dysphagia aortica due to a progressive fusiform aneurysm from a type B aortic dissection

Dysphagia aortica resulting from extrinsic compression of the esophagus by a descending thoracic aortic aneurysm is a rare etiology. A 63-year-old man presented with progressive dysphagia for 6 months associated to weight loss. He had a history of hypertension and acute thoracic pain one year before, considered at that moment as a 'coronary syndrome'. Magnetic Resonance Imaging and aortogram showed the usual pattern of aortic dissection Stanford type B and a localized fusiform epifrenic aneurysm narrowing the distal portion of the esophagus. The case was interpreted as a progressive aneurysm caused by an aortic dissection which had passed unnoticed one year before. After graft replacement the patient developed a paraplegia as a major event. Dysphagia improved dramatically and 6 months after discharge a new esophagogram showed normal transit

Key words: Dysphagia - Aortic dissection - Surgery

BIBLIOGRAFÍA

1. Sakiyalak P, Bellon EM, David P, Ankeney JL. Esophageal obstruction due to saccular aneurysm of the distal thoracic aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972;64:959-62.
2. Koyama T, Nishimura K, Kitanaka Y, Funaki S, Hiekata T. A case of progressive saccular aneurysm caused by localized dissection of descending aorta. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;46:762-6.
3. Furukawa H, Tsuchiya K, Osawa H, Saito H, Iida Y. Saccular descending thoracic aortic aneurysm with dysphagia. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 1999;47:277-80.
4. Lau H. Dysphagia aortica: Harbinger of aortoesophageal fistula? *Surgery* 2001;129:763-4.
5. Cooley DA, Golino A, Frazier OH. Single-clamp technique for aneurysms of the descending thoracic aorta: report of 132 consecutive cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:162-7.
6. Chiesa R, Melissano G, Civilini E, de Moura ML, Carozzo A, Zangrillo A. Ten years experience of thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysm surgical repair: lessons learned. *Ann Vasc Surg* 2004;18:514-20.
7. Reece TB, Kern JA, Tribble CG, Cassada DC. The role of pharmacology in spinal cord protection during thoracic aortic reconstruction. *Sem Thorac Cardiovasc Surg* 2003;15:365-77.
8. Cooley DA, Boyer JW. Selective hypothermia in repair of aneurysms of the descending aorta. *Tex Heart Inst* 1999;26:103-6.
9. Coselli JS, Lemaire SA, Koksoy C, Schmitting ZC, Curling PE. Cerebrospinal fluid drainage reduces paraplegia after thoracoabdominal aortic aneurysm repair: results of a randomized clinical trial. *J Vasc Surg* 2002;35:259-63.
10. Safi HJ, Miller CC, Huynh TT, Estrera AL, Porat EE, Winnerkvist AN, et al. Distal aortic perfusion and cerebrospinal fluid drainage for thoracoabdominal and descending thoracic aortic repair: ten years of organ protection. *Ann Surg* 2003;238:372-80.