

Aneurisma de la aorta torácica como causa de disfagia: reporte de un caso

Aneurysm of the aorta thoracica as a cause of dysphagia: a case report

Dr. Osmery Salustiano Villafaña Castillo; Dr. Juan Carlos Vega Méndez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de La Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 66 años de edad, masculino, blanco, con antecedentes de gastroduodenitis crónica, tuvo tratamiento médico sintomático y seguimiento periódico por su área de salud, acudió a consulta de cirugía general y refirió que hace aproximadamente 20 días sufre de dolor epigástrico, acidez moderada, pirosis y gran dificultad cuando ingiere alimentos sólidos, el dolor se exagera con los esfuerzos físicos y estancias de pie prolongadas, este se irradia al flanco izquierdo y al borde inferior de la escápula, siente alivio cuando adopta la posición fetal. Ingresó en sala de cirugía y se le realizaron diversos estudios. La endoscopia informó estrechamiento del tercio inferior del esófago, se evidenció estenosis de causa extrínseca, en el Rx contrastado de esófago se observó una gran tumoración que comprime el esófago, en la tomografía axial computarizada una tumoración hipodensa con calcificaciones en su pared en íntimo contacto y relación con la aorta descendente que producía compresión sobre el esófago y desplazamiento de las estructuras vecinas, se le diagnosticó la presencia de un aneurisma de la aorta descendente torácica.

DeCS: aneurisma de la aorta torácica; trastornos de deglución; anciano

ABSTRACT

A case of a white, male, 66-years-old patient is presented, with antecedents of chronic gastroduodenitis, had symptomatic medical treatment and periodic follow-up by his health area, he came to the general surgery office and referred that approximately 20 days ago was suffering epigastric pain, moderate acidity, pyrosis and great difficulty when consuming solid food, the pain was irritated with physical efforts and prolonged standing stays, it radiated to the left side and to the lower edge of the scapula, felt relief when adopted the fetal position; entered at surgery room and it were carried out studies to him. The endoscopy reported narrowing of the lower third of the esophagus, it was shown stenosis of extrinsic cause, in the contrasted x-ray of esophagus a great tumor that compresses the esophagus was observed, in the Computerized Axial Tomography a hypodense tumor with calcifications in its wall, in intimate contact and relation with the aorta descendens that produced compression on the esophagus and displacement of the neighbouring structures, the presence of an aneurysm of the aorta thoracica descendens, was diagnosed.

DeCS: aortic aneurysm, thoracic; deglutition disorders; aged

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas disecantes se describen por vez primera en 1761. La primera revisión extensa de los aneurismas disecantes fue un análisis de 300 pacientes en 1934, donde se consideró que la degeneración medial de la aorta es el defecto anatomopatológico básico que explica la disección aortica. En 1935 se informa acerca de los primeros esfuerzos realizados en el campo del tratamiento quirúrgico.

1-3

La era moderna del tratamiento quirúrgico de los aneurismas disecantes comenzó con un informe de la American Surgical Association en 1955 por Debakey et al. ⁴ En 1955 también se exploraron otras formas de tratamiento de los aneurismas disecantes agudos.

Burchell⁵ en la Mayo Clinic, emplea agentes antihipertensivos y resume sus experiencias, alega que en los pacientes que se recuperan del primer ataque de la disección, se considera racional tratarlos con agentes antihipertensivos bloqueantes ganglionares; nosotros y nuestros colegas hemos realizado esto con un éxito

mediocre. Posteriormente otros autores informan acerca de su sorprendente experiencia con dos grupos de pacientes, uno tratado con antihipertensivos y otro sin tratamiento, del grupo sometido a tratamiento con medicamentos antihipertensivos fallecieron nueve de 44 pacientes (20 %), mientras que del grupo sin tratamiento siete de 289 pacientes (2 %). Muchos son los ejemplos en el devenir de procedimientos, equipos y formas más seguras que garanticen una supervivencia de los enfermos del 70 al 80 %, pero también son muchos los pacientes que no tienen oportunidad de recibir el tratamiento adecuado, ya sea por falta de recursos financieros o por falta de adquisición del equipamiento, resultado de la globalización mercantilista de los países desarrollados.

El pronóstico para los pacientes con aneurisma aórtico torácico no se determina de manera fácil, resulta rara la obstrucción esofágica. El aneurisma disecante de la aorta es una enfermedad clínica y anatomopatológica específica, aunque a veces se emplea al hablar de aneurismas de otros tipos para designar una ulterior rotura y aumento de tamaño del aneurisma. Los síntomas de aneurisma aórtico se manifiestan generalmente a causa de la presión u obstrucción de estructuras adyacentes. Los síntomas de los aneurismas de la aorta ascendente provocan síntomas con menor frecuencia o ningún síntoma hasta que el aneurisma erosione las costillas o el esternón y forme un tumor palpable y pulsátil, pueden ser saculares o fusiformes, la oclusión de la aorta ascendente se tolera durante sólo algunos momentos antes que se produzca una hiperdistensión y lesión permanente del corazón, cuanto más lejano del corazón esté la oclusión mejor se tolera. ⁶⁻⁹

En la aorta torácica la oclusión para efectuar tratamiento quirúrgico, el tiempo se determina no por la posible lesión cardíaca sino por los límites tolerables de isquemia de las vísceras abdominales y de la médula espinal, la oclusión durante más de una hora se tolera, aunque el tiempo puede ser variable, ya que la debilidad de las piernas y la lesión neurológica aparecen durante períodos de oclusión de 18 min. ¹⁰

Cooley et al¹¹ en 1957 describen el uso de la circulación extracorpórea lo que permite la escisión de aneurismas en cualquier porción de la aorta. Sepulveda et al¹² reportan cinco pacientes portadores de aneurisma disecante crónico de la aorta descendente en los que usan una derivación arterioarterial con interposición de una bomba centrífuga durante la oclusión aortica, la edad promedio fue de 58.2 años, realizan el diagnostico clínico, imagenológico (TAC-Angiografía). El tiempo de oclusión aórtico medio fue de 45.6min, no utilizan heparina ni reportan complicaciones ni muertes dependientes de la técnica quirúrgica empleada. Charbel et al¹³ reportan un caso que la literatura médica consideró raro, se trata de un

síndrome cardiovascular con aneurisma aórtico descendente que debutó con disfonía.

El paciente estudiado debutó con síntomas gastroesofágicos caracterizados por acidez, pirosis, epigastralgia que hizo pensar en un cuadro eminentemente péptico, con antecedentes de cuadros de remisión y exacerbación hasta que refiere la disfagia, acudió a consulta de cirugía donde se le realizaron los estudios, se le diagnosticó la presencia de un aneurisma de la aorta descendente torácica, se le explicó la conducta terapéutica y el régimen higienodietético que debía llevar para mejorar su calidad de vida.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 66 años de edad, raza blanca, masculino, con antecedentes de gastroduodenitis crónica, para lo cual tuvo tratamiento médico sintomático y seguimiento periódico por su área de salud, acudió a consulta de cirugía general, donde refirió que hace aproximadamente 20 días sufre de dolor epigástrico, acidez moderada, pirosis y gran dificultad para deglutir los alimentos sólidos; planteó que el dolor se exagera con los esfuerzos físicos, posición de pie prolongada, el cual se irradia al flanco izquierdo y al borde inferior de la escápula, percibe alivio cuando adopta la posición fetal. Se decidió el ingreso para la realización de diversos estudios.

Los exámenes de hematología realizados estuvieron dentro de los límites normales, EKG normal. El paciente presentó gran deterioro biológico, por lo que se decidió indicarle tratamiento médico sintomático, remitió un cuadro agudo y se mantuvo estable hasta que egresó, se le recomendó seguimiento periódico por su área de salud en estrecha cooperación con especialistas en angiología.

Hb - 134g/l

Hto - 0.44u/l

Leucograma 9x10⁹/l

P-60

L-040 M-0.00

E-0.00

Eritrosedimentación-15mm/h

Coagulación-7 x minutos.

Sangramiento-1 x minutos.

TGP - 12 UI

Creatinina-90mmol / h

Lípidos totales-7 g/l

ECG - Normal

Estudio endoscópico

Duodeno: segunda porción y bulbo de aspecto normal.

Estómago: mucosa del 1/3 inferior del esófago con áreas redondeadas de color rosa-naranja. A los 35cm de la arcada dentaria se observa disminución del calibre de la luz esofágica que impresiona por compresión extrínseca.

Conclusiones: esofagitis grado II.

Se sugirió realizar Rx de tórax AP para descartar compresión extrínseca de esófago.

Estudios imagenológicos

USG - torácico: presencia de una gran imagen de 94 x 88mm en íntima relación con la aorta abdominal y comunicación con la misma con aspecto de aneurisma de la aorta descendente torácica; con una luz de 30mm.

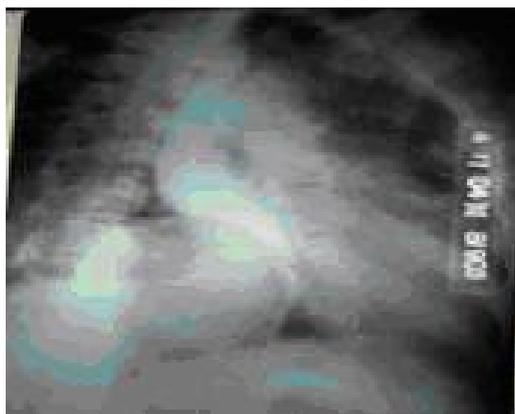
Figura 1. Aneurisma



Rx de tórax AP: campos pulmonares normales, mediastino normal, se observa una tumoración grande (+ -) de 9cm en relación con la aorta descendente torácica por encima del diafragma.

Esofagogramastenosis esofágica en tercio medio e inferior del esófago de proyección extrínseca.

Figura 2. Aneurisma



TAC de mediastino inferior: presencia de gran masa hipodensa con calcificaciones en su pared, en íntimo contacto y relación con la aorta descendente que produce compresión sobre el esófago y desplazamiento de las estructuras vecinas.

Impresión diagnóstica: aneurisma de la aorta descendente torácica.

Figura 3. Aneurisma aorta descendente torácica



Al analizar los resultados de los exámenes complementarios realizados en el servicio de cirugía general se llegó a la determinación que el paciente tiene 66 años de edad de reservas nutricionales bajas con alto riesgo quirúrgico, rebasó la crisis aguda, no presentó dolor torácico ni epigástrico, por tal motivo se decidió continuar la terapéutica medicamentosa sintomática, régimen higienodietético y seguimiento periódico en su área de salud en estrecha cooperación con especialistas en angiología.

Figura 4. Aorta abdominal normal



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirst AE, Johns UJ, Kime SW. Dissecting aneurysms of the aorta: A review of 505 cases. Medicine. La Habana Edición Revolucionaria 1983. 37:217

2. Wheat MW. Dissecting aneurysms of the aorta. *Am Heart J* 1983; 2: 963.
3. Gurin WW. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *J Cardiovasc Surg Durham* 1963; 3: 83 - 90.
4. DeBakey ME, Henley WS, Cooley DA, Morris GC, Crawford ES, Beall AC. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 49:130.
5. Burchell HB. Aortic dissection (dissecting hematoma: dissecting aneurysms of the aorta) circulation. La Habana: Editorial Revolucionaria; 1983.p.12
6. Yulong GM, Jing MD, Caihong MD, He M, Dong P. Derivación cardiopulmonar para aneurismas de la aorta torácica: un estudio de 448 casos. China: Beijing Heart; 2007.
7. Safi HJ, Millar CC, Huynht EA, Porat EE, Winnerkvist A. Distal aorta perfusion and cerebrospinal Fluid drainage for thoracoabdominal and descending. Thoracic aortic repair- Ten year of organ protection. *Ann Surg* 2003; 238: 372-81.
8. Crvalho RG, Giublia PR, López LR, Mulaski JC, Silva A SZ, Mulinari L. Erosao esternal por aneurisma da aorta: qual o melhor acesso?. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16: 58-61.
9. Clapp BR, Ratnatunga CP, Nihoyann PP. An unusual aorta pulmonari communication secondary to syphilitic aortitis. *Int J Cardiol* 1997; 62: 155.
10. Chiesa R, Moura M, Ruettimamn L, Licci C, Castellanos R. Blunt trauma of thoracic aorta: mechanisms involved, diagnosis and management. *Fonte J Vasc Brasil* 2003; 2(3):197.
11. Cooley DA, de Bakey M. Controlled extracorporeal circulation in surgical treatment of aorta aneurysms. *Ann Surg* 1957; 2:146.
12. Sepulveda S, Mertens N, Valdez R. Transección traumática aguda de la aorta torácica, tratamiento endovascular. *Fonte Rev Med Chile* 2003; 131(3): 309.
13. Charbel S, Sargai Z, Rassi B. Cardiovascular Syndrome, a rare case of painless aortic dissection presenting as isolated dysphonia. *Saint Joseph University* 2004; 131(3): 332.

Recibido: 4 de enero de 2005

Aceptado: 11 de abril 2007

Dr. Osmerly Salustiano Villafaña Castillo. Especialista de II Grado en Cirugía General y Videolaparoscópica. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de La Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba.