

ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA: UNA RARA CAUSA DE HEMOPTISIS

Dra. Begoña Gargallo Planas¹ / Dra. Noelia Padrón Rodríguez²

¹ Médico adjunto servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

² Médico adjunto servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

RESUMEN

La gran mayoría de las veces en que un paciente nos dice que sangra por la boca pensamos en hemoptisis por tumores o infecciones del sistema respiratorio, sangrado procedentes de la vía digestiva por hemorragias del tubo digestivo o sangrado procedente de región orofaríngea. Sin embargo, aunque no es algo frecuente, el sangrado puede ser consecuencia de otras patologías como la patología vascular.

PALABRAS CLAVE

Hemoptisis, aneurisma de subclavia y rotura de aneurisma de subclavia

ABSTRACT

The vast majority of times when a patient tells us that it bleeds from the mouth we think of possible hemoptysis by tumors or infections of the respiratory system, bleeding from the digestive tract by active bleeding of the digestive tube or by bleeding coming of the Oropharynx region. However, although it is not frequent, the bleeding may be the result of other pathologies as a result of vascular pathology.

KEY WORDS

Hemoptysis, Subclavian aneurysm and Subclavian aneurysm ruptura

INTRODUCCION

La aorta es el vaso de conducción más grande a través del cual el corazón impulsa la sangre a todo el cuerpo. Sale del corazón, atraviesa el tórax y el abdomen hasta bifurcarse en las arterias ilíacas primitivas. En el tórax, la aorta se subdivide en aorta ascendente (desde la base del corazón hasta el tronco braquiocefálico) y aorta transversa o cayado aórtico, que comprende los grandes vasos y se extiende hasta la arteria subclavia izquierda, y aorta descendente¹.

Los aneurismas de la arteria subclavia son extremadamente raros, pues representan entre el 0,01 y el 3,5% de todos los aneurismas periféricos^{1,2,4}. Las causas más frecuentes son aterosclerosis y traumatismos, y en menor frecuencia síndrome de salida del tórax, anomalías congénitas, necrosis quística de la media, síndromes de Marfan y Turner, arteritis de células gigantes, displasia fibromuscular y tuberculosis^{1,3,4,6}.

Generalmente aparecen en personas mayores de 60 años de edad; se detectan de forma fortuita mediante radiografía de tórax, estudio tomográfico, resonancia magnética o arteriografía. Las manifestaciones clínicas son escasas; sin embargo, puede haber: dolor torácico inespecífico^{1,6}, tromboembolismo, parálisis del plexo braquial, rotura arterial y hemorragia. La Compresión del ganglio estrellado puede producir el síndrome de Horner y la compresión del nervio laríngeo disfonía^{1,7,8}.

CASO CLINICO

Paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) e intervención de aneurisma de aorta abdominal en 2013. Exfumador desde hacía 10 años.

El paciente acude a nuestro servicio de urgencias por presentar sensación de dolor en región epigástrica y en hemitórax izquierdo y posteriormente emisión de sangre por boca en cantidad de unos 100 cc. El paciente no deja claro si la emisión de sangre es tras náusea y posterior vómito o mediante la tos,

Notas Clínicas

aunque sí refiere discreta sensación de carraspeo en garganta previo a la emisión de sangre. En principio se inicia tratamiento con IBP hasta descartar mediante gastroscopia una hemorragia digestiva alta.

En 2013 el paciente ingresa en el hospital por una TVP y al realizar TAC toraco-abdominal para ampliar estudio se objetiva aneurisma de aorta siendo intervenido del mismo y ya se habla en TAC de una aneurisma de la arteria subclavia izquierda con trombo posterior de 36x36 mm y luz de 17x16 y discreta dilatación aneurismática del cayado aórtico.

Exploración física: El paciente se encontraba estable con tendencia a la hipotensión con TA de 96/55 pero manteniendo frecuencias de 71 latidos por minuto y saturación de 90% y sin fiebre. Destacaba dentro de la exploración física una hipoventilación generalizada más llamativa en hemitórax izquierdo y crepitantes basales izquierdos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

EKG: Ritmo sinusal a 74 latidos por minuto sin alteraciones Bioquímica, hemograma y coagulación: sin alteraciones salvo una discreta leucocitosis sin desviación izquierda.

Rx tórax: destaca una imagen en hemitórax superior izquierdo fusiforme que podría corresponder a una posible tumoración junto con hiperclaridad en todo el campo pulmonar izquierdo que nos hace pensar en la presencia de líquido (Fig. 1).

Con el estudio radiológico se sospecha que el sangrado corresponde a una hemoptisis suspendiendo la endoscopia digestiva alta y se solicita angioTAC torácico para filiar la lesión y descartar una hemoptisis activa amenazante que implicara realizar una embolización mediante radiología intervencionista.

El Angio TAC torácico nos pone de manifiesto la presencia de un aneurisma de la arteria subclavia izquierda contenido, hematoma y trombo intramural. Hematoma perianeurismático y extensión hemática a espacio pleural, hemotórax izquierdo, así como afectación parenquimatosas del lóbulo superior izquierdo sin sangrado activo (Fig. 2 y Fig. 3).

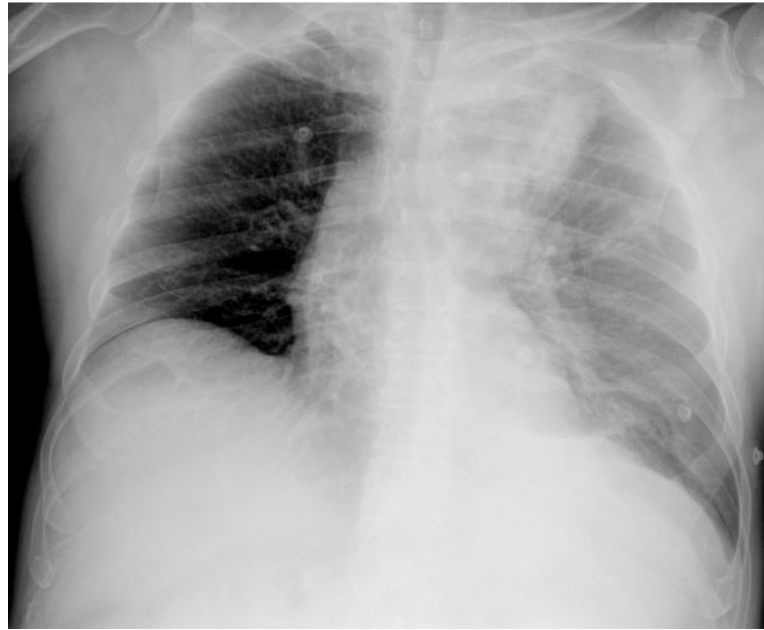


Fig. 1. Rx de tórax donde se observa una lesión apical tipo fusiforme junto con una hiperclaridad de todo el pulmón izquierdo.

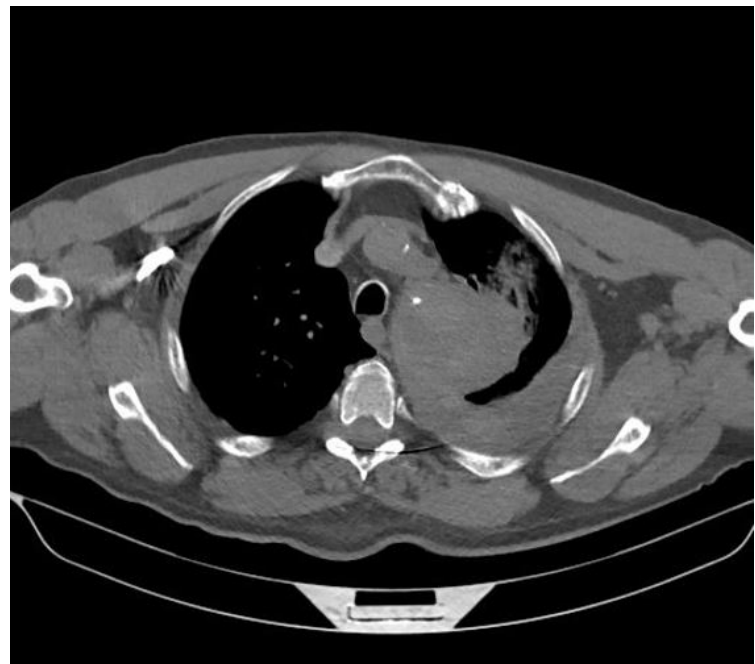


Fig. 2. TAC torácico donde se observa el tamaño del aneurisma junto con el hemotórax acompañante.

EVOLUCION

Con el diagnóstico de rotura de aneurisma de subclavia, el paciente es trasladado al servicio de cirugía vascular del hospital de referencia donde se procede a intervención con la colocación de una endoprótesis aorta torácica + oclusión de arteria subclavia izquierda y de aneurisma subclavio con coils y plugs y colocación de drenaje torácico por hemotórax.



Fig. 3. Imagen de TAC en 3D donde se objetiva el citado aneurisma.

Durante el postoperatorio inmediato el paciente presenta una obstrucción trombótica de la arteria braquial a nivel distal por encima de la bifurcación con ausencia de flujo a dicho nivel. Se inició tratamiento con corticoide y se llegó a plantear cirugía, pero posteriormente la evolución fue correcta con anticoagulación manteniendo por ello el tratamiento conservador.

DISCUSION

Los aneurismas de la arteria subclavia son infrecuentes, y aunque la etiología más frecuente sea la arterioesclerótica y los traumatismos, existen otras causas y según la localización de la zona aneurismática puede aproximar la etiología del mismo; así, en los aneurismas proximales o intratorácicos, el origen suele ser arteriosclerótico, sifilítico o degenerativo (como en el síndrome de Marfan) mientras que en los casos extratorácicos o de tercio distal la causa suele ser la compresión por una costilla cervical o los músculos escalenos^{4,7,9}. El diagnóstico¹ de sospecha se plantea en una radiografía posteroanterior y lateral de tórax de una lesión redondeada u ovoidea/fusiforme pudiendo presentar calcio en su periferia y posteriormente

se confirma con la realización de angio TAC. En nuestro caso fue el antecedente de aneurisma de subclavia junto con la Rx de tórax patológica la que nos hizo sospechar que se podría tratar de una complicación de dicho aneurisma. La expresión clínica suele ser escasa pudiendo deberse a dos mecanismos⁹:

- a compresión de las estructuras vecinas, como disfonía o ronquera por parálisis del nervio laríngeo recurrente o de la tráquea, disfagia por compresión directa de la pared del esófago, elevación del hemidiafragma por afectación del nervio frénico ipsilateral o síndrome de Horner por compresión del simpático cervical,
- manifestaciones isquémicas secundarias a trombosis o embolización desde el aneurisma, que habitualmente se halla trombosado.

Es muy infrecuente la hemoptisis por ruptura del aneurisma y fistula bronco alveolar¹¹. Los aneurismas representan un riesgo elevado de mortalidad si no hacemos el diagnóstico preciso y oportuno.

Radiológicamente el aneurisma se manifiesta como una masa mediastínica que dependiendo del tamaño puede desplazar estructuras vecinas como la tráquea¹². El diagnóstico defini-

Notas Clínicas

tivo se realiza mediante la arteriografía convencional, la cual resulta imprescindible ya que es el método diagnóstico de referencia. El riesgo del aneurisma de la arteria subclavia radica en la posibilidad de ruptura, trombosis y embolización. El tratamiento consistirá en la embolización y/o resección del aneurisma con el implante de una prótesis^{5,6,10}.

CONCLUSION

Aunque las patologías aneurismáticas complicadas sean una causa infrecuente de hemoptisis, tenemos que tenerlas en cuenta para llegar al diagnóstico definitivo dado que la ausencia del mismo puede tener un desenlace fatal en el paciente. Una vez más la correcta historia clínica e investigación de los antecedentes médicos del paciente, nos puede ayudar a sospechar dicha patología tal y como sucedió en el caso expuesto. En nuestra opinión el aneurisma de la arteria subclavia debería ser incluido en el diagnóstico diferencial de las masas pulmonares de localización apical, realizando un diagnóstico de imagen no invasivo especialmente mediante TC con contraste, para diferenciarlo de las neoplasias pulmonares. En el estudio de la masa pulmonar el TC es el estudio más frecuente y rentable y evita de por sí la punción de un aneurisma pues la propia técnica lo diferencia de una masa neoplásica. Otras técnicas también útiles son la RMN y la Ecografía Doppler la cual nos aporta información sobre el comportamiento hemodinámico de la lesión. Y una vez diagnosticado el aneurisma procedería una angiografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaitán JA, Gómez CE. Aneurisma de la arteria subclavia. *Rev Colomb Cir.* 2015;30:68-3.
2. Dent TL, Lindernauer SM, Ernest CB, Fry W. Multiple arteriosclerotic arterial aneurysms. *Arch Surg.* 1972;105:388-9.
3. Davidovic LB, Markovic DM, Pejkić SD, Kovacevic NS, Colic MM, et al. Subclavian artery aneurysms. *Asian J Surg.* 2003;26:7-11.
4. Hilary A. Brown , John E. Aruny , John A. Eleftheriades , Bauer E. Sumpio . Subclavian Aneurysm Presenting with Massive Hemoptysis: A Case Report and Review of the Literature. *Int J Angiol .* 2013; 22: 69–74.
5. Martínez C, Sánchez B, Arriola HF, Bacelis RA. Reparación quirúrgica de aneurisma subclavio izquierdo. *Rev Mex Angiol.* 2005;33:90-3.
6. Vierhout BP, Zeebregts CJ, van den Dungen JJAM, Reijnen MMPJ. Changing profiles of diagnostic and treatment options in subclavian artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Sur.* 2010;40:27-34.
7. Zarins C, Hill B, Wolf Y. Vasculopatía aneurismática. En : Townsend CM, Mattox KL, Evers BM, editores. *Sabiston Tratado de patología Quirúrgica*, México, D.F.: Mc Graw-Hill; 2003. p.1555-72.
8. Pihno F, Ventura A, Prado V, Santos G, Razuk A, Augusto R. Subclavian and axillary arterial aneurysms: Two case reports. *J Vasc Bras.* 2013;12:329-34.
9. Trujillo AJ, Jurado B. Aneurisma de la arteria subclavia izquierda: causa infrecuente de masa pulmonar superior. *An Med Interna.* 2001; 18 :84-5.
10. May J, White G, Waugh R, Yu W, Harris J. Transluminal placement of a prosthetic graft-stent device for treatment of subclavian artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 1993; 18: 1056-9.
11. Garcia Fernandez F, Sevilla López S, Martínez-Gámez J. Hemoptisis recurrente debido a un aneurisma de la arteria subclavia izquierda. *Angiología.* 2010; 62: 83-5.
12. De Gregorio M.A, Alfonso E.R., Medrano J., Ruiz C., Barrón M., Ariño I., Provenza M. Masa pulmonar lobar superior derecha por aneurisma de la arteria subclavia. *Arch Bronconeumol* 1997; 33:357-9.