Aneurisma de la arteria subclavia izquierda: causa infrecuente de masa pulmonar superior

A. J. TRUJILLO-SANTOS, B. JURADO GÁMEZ*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. Unidad de Neumología. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba*

LEFT SUBCLAVIAN ARTERY ANEURYSM: UNCOMMON CAUSE OF AN UPPER LUNG MASS

RESUMEN

El aneurisma de la arteria subclavia es una entidad infrecuente. Su causa más frecuente es la arteriosclerosis. Sus manifestaciones clínicas suelen ser escasas y generalmente se deben a compresión de estructuras vecinas o a fenómenos isquémicos, embólicos o menos frecuentemente a ruptura del mismo. El diagnóstico se consigue mediante una arteriografía o tomografía computarizada. El tratamiento implica la resección quirúrgica o la embolización del mismo. Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma de la arteria subclavia izquierda y revisamos los aspectos más importantes de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Aneurisma. Arteria subclavia. Masa pulmonar.

ABSTRACT

Subclavian artery aneurysm is an uncommon condition. Usually is arteriosclerotic in origin. Its clinical features are scarce and generally are due to compression of the neighbourhood structures or ischemic, embolic or, less frequently, rupture of it. Diagnosis is performed by an arteriography or a computed tomography scan. Treatment includes the surgical resection or the embolization. We report the case of a patient with a left subclavian artery aneurysm and review the most important clinical features of this entity.

KEY WORDS: Aneurysm. Subclavian artery. Pulmonary mass.

Trujillo Santos AJ, Jurado Gámez B. Aneurisma de la arteria subclavia izquierda: causa infrecuente de masa pulmonar superior. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 84-85.

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de la arteria subclavia es una entidad infrecuente, que contribuye en un mínimo porcentaje de casos al total de aneurismas arteriales (1). Suele ser secundario a la arteriosclerosis si bien en ocasiones se debe a traumatismos o a enfermedades degenerativas como el síndrome de Marfan. Las manifestaciones clínicas son escasas siendo más habitual el diagnóstico tras hallar incidentalmente en una radiografía de tórax una lesión redondeada proyectada sobre o en relación con los ápices pulmonares o en el mediastino superior. El diagnóstico se logra con una arteriografía convencional si bien la arteriografía mediante sustracción digital o técnicas menos invasivas como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) pueden ser útiles (2). Presentamos un caso de un aneurisma de la arteria subclavia izquierda diagnosticado tras realizar una TC en la secuencia de aproximación diagnóstica de una masa pulmonar superior.

CASO APORTADO

Varón de 67 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, triple *bypass* aortocoronario hacía 10 años por cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca de origen isquémico-hipertensivo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se realizó una radiografía posteroanterior de tórax (Fig. 1) ante la sospecha clínica de infección

respiratoria neumónica y se observó una masa redondeada situada en el lóbulo superior izquierdo pulmonar, de unos 6 cm de diámetro, espiculada en su zona superior-externa. La TC torácica (Fig. 2) mostró que se correspondía con un aneurisma parcialmente trombosado de la arteria subclavia izquierda (flecha) de origen arteriosclerótico. No había antecedentes traumáticos ni constaba esta alteración en una radiografía realizada 4 meses antes. El paciente rechazó toda eventual intervención sobre el aneurisma.

DISCUSIÓN

El aneurisma de la arteria subclavia es una entidad infrecuente. La contribución de esta localización al conjunto de los aneurismas arteriales es escaso (1). Su origen suele ser arteriosclerótico si bien en algunos casos puede ser secundario a traumatismo, infección o degeneración de la capa media de la arteria, e incluso formar parte del espectro clínico de algunas enfermedades como el síndrome de Marfan (3). 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, con dilatación postestenótica (4). La expresión clínica suele ser escasa; cuando existen, las manifestaciones clínicas obedecen a dos mecanismos: 1) a compresión de las estructuras vecinas, como disfo-

Trabajo aceptado: 20 de Mayo de 1999

Correspondencia: A. Javier Trujillo Santos. Avda. de los Mozárabes, 19. E-6º-2. 14011. Córdoba.

Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax: masa redondeada en el lóbulo superior izquierdo (flecha) con una espícula en su región superior-externa (cabeza de flecha).

nía 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, y 2) manifestaciones isquémicas secundarias a trombosis o embolización desde el aneurisma, que habitualmente se halla tromboso (5). Es muy infrecuente la hemoptisis por ruptura del aneurisma. El diagnóstico de sospecha se plantea en una radiografía posteroanterior y lateral de tórax de una lesión redondeada u ovoidea/fusiforme con eje mayor en el sentido del trayecto original de la arteria subclavia que, en muchas ocasiones, presenta calcio en su periferia como corolario de su origen arteriosclerótico (4). El diagnóstico definitivo se realiza mediante la arteriografía convencional, si bien la tomografía axial computarizada con frecuencia aporta la suficiente evidencia del tipo de lesión y su topografía que obvia los riesgos asociados a la realización de aquélla. Sin embargo, la arteriografía resulta imprescindible en tanto en cuanto se plantee el tratamiento quirúrgico del aneurisma (6) dado que es el método diagnóstico de referencia en la realización de un mapa vascular completo así como en el diagnóstico de los aneurismas múltiples (7) y en evidenciar el eventual origen anómalo de la arteria subclavia afecta, que en algunas ocasio-

Fig. 2. TC torácica con contraste intravenoso: aneurisma de arteria subclavia izquierda parcialmente tromboso (flecha).

nes tiene un origen aberrante (8). Aun así, la arteriografía con sustracción digital puede aportar una imagen similar a la arteriografía convencional que obvie ésta (2). El diagnóstico diferencial incluye todas las patologías que producen una lesión ocupante de espacio en los ápices pulmonares y el mediastino superior, entre las que destacan los tumores primarios pulmonares, adenopatías mediastínicas o tumores tiroideos (4). El riesgo del aneurisma de la arteria subclavia radica en la posibilidad de ruptura, trombosis y embolización. La aproximación quirúrgica de elección implica la resección del aneurisma con la posterior colocación de un injerto de Dacron (9). En los pacientes con alto riesgo quirúrgico se intentará la oclusión del aneurisma mediante la embolización de espirales de acero (10).

En nuestra opinión, aunque es una enfermedad infrecuente, el aneurisma de la arteria subclavia debería ser incluido en el diagnóstico diferencial de las masas pulmonares de localización apical, enfatizando la necesidad de un diagnóstico de imagen no invasivo especialmente mediante TC con contraste, con objeto de diferenciarlo fundamentalmente de las neoplasias pulmonares. En éstas el diagnóstico patológico tras la obtención de una biopsia es fundamental lo que implicaría un riesgo que podría ser fatal en el caso de puncionar un aneurisma de un gran vaso como es la arteria subclavia.

Bibliografía

1. Dent TL, Lindernauer SM, Ernest CB, Fry W. Multiple arteriosclerotic arterial aneurysms. Arch Surg 1972; 105: 388-389.
2. De Gregorio MA, Alfonso ER, Medrano J, et al. Masa pulmonar lobar superior derecha por aneurisma de la arteria subclavia. Arch Bronconeumol 1997; 33: 357-359.
3. 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: 383-386.
4. Sanders DGM, Lamers RJS, Wesseling G. Left apical pulmonary mass. Chest 1997; 108: 269-270.
5. Austin EH, Wolfe WG. Aneurysm of aberrant subclavian artery with a review of the literature. J Vasc. Surg 1985; 2: 571-577.
6. Meier RA, Marianacci EB, Costello P, Fitzpatrick PJ, Hartnell GG. 3D image reconstruction of right subclavian artery aneurysms. J Comput Assist Tomogr 1993; 17: 69-72.
7. Salo JA, Ala-Kulju K, Heikkinen L, Bondestam S, Ketonen P, Luosto R. Diagnosis and treatment of subclavian artery aneurysms. Eur J Vasc Surg 1990; 4: 271-274.
8. Cave EM, Virdi IS, Ruttle MS. Case report: an unusual case of the superior vena cava syndrome. Aneurysm of an aberrant right subclavian artery. Clin Radiol 1994; 49: 834-837.
9. Coselli JS, Crawford ES. Surgical treatment of aneurysms of the thoracic segment of the subclavian artery. Chest 1987; 91: 704-708.
10. Fedullo LM, Meranze SG, McLean GK, et al. Embolization of a subclavian artery aneurysm with steel coils and thrombin. Cardiovasc Intervent Radiol 1987; 10: 134-137.