



Fig. 1.

Arco aórtico derecho y arteria subclavia izquierda aberrante

Mujer de 38 años sin antecedentes de interés que acudió a la consulta de cardiología, remitida por el digestólogo, para la valoración de una disfagia. El esofagograma revelaba una «muesca» posterior e izquierda, de forma cóncava, en la porción media del esófago, probablemente de etiología vascular. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que descartó una cardiopatía congénita asociada. La reconstrucción tridimensional de los grandes vasos, obtenida mediante tomografía computarizada helicoidal del arco aórtico, revelaba las relaciones del arco aórtico en la proyección anteroposterior (panel superior derecho). La aorta ascendente (AA) se arqueaba a la derecha de la tráquea, por encima del bronquio principal derecho. El nacimiento independiente de los cuatro troncos se producía en el siguiente orden: el primer tronco, dirigiéndose a la región cervical izquierda, era la carótida común izquierda (>), el segundo tronco que ascendía a la derecha de la tráquea era la carótida común derecha (>>), el tercer tronco correspondía a la arteria subclavia derecha (>>>) que, tardíamente, originaba la arteria vertebral derecha y, por último, el cuarto tronco originaba la arteria subclavia izquierda. En la proyección posteroanterior (panel superior izquierdo) se observa cómo la arteria subclavia izquierda nace como un vaso aberrante (ASIA), pues emerge como último tronco y lo hace desde un divertículo aórtico (dv) de 22 mm, que corresponde al remanente embrionario de

la aorta dorsal izquierda (este divertículo recibe el nombre de divertículo de Kommerell cuando, siendo el arco aórtico izquierdo, el vaso anómalo es la arteria subclavia derecha). En la proyección lateral izquierda (panel inferior derecho) se observa la compresión posterior e izquierda, tanto de la tráquea (T) como sobre todo, del esófago (e), producida exclusivamente por el divertículo. Se observa también la situación retroesofágica del trayecto de la arteria subclavia izquierda aberrante. Considerando que debe existir un ligamento arterioso (no visible por no ser permeable), la proyección craneal (panel inferior izquierdo) demuestra un anillo vascular casi completo.

Nuestra conducta con la paciente fue conservadora, valorando que la disfagia no le inducía desnutrición, el tamaño del divertículo permanecía estable en el seguimiento y la morbimortalidad con cirugía, en el adulto, es elevada.

Carlos Delgado^a, Juan Mestre^b
y Fernando Barturen^c

^aDepartamento de Medicina Interna. Servicio de Cardiología. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca.

^bDepartamento de Radiología. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca.

^cDepartamento de Medicina Interna. Unidad de Cuidados Intensivos. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca. España.

Full English text available at: www.revespcardiol.org