

# Disfagia y estridor por arco aórtico derecho con divertículo de Kommerell

## Sr. Editor:

Los trastornos del arco aórtico son causa de disfagia y disnea en el lactante. El arco aórtico derecho es una variante anatómica que se presenta aproximadamente en el 0,1%<sup>1</sup> de la población, y en la mitad de estos casos la arteria subclavia izquierda (ASI) es aberrante. Sin embargo, el anillo vascular formado por un arco aórtico derecho con ASI aberrante, divertículo de Kommerell y ligamento arterioso izquierdo es un fenómeno esporádico<sup>2</sup>.

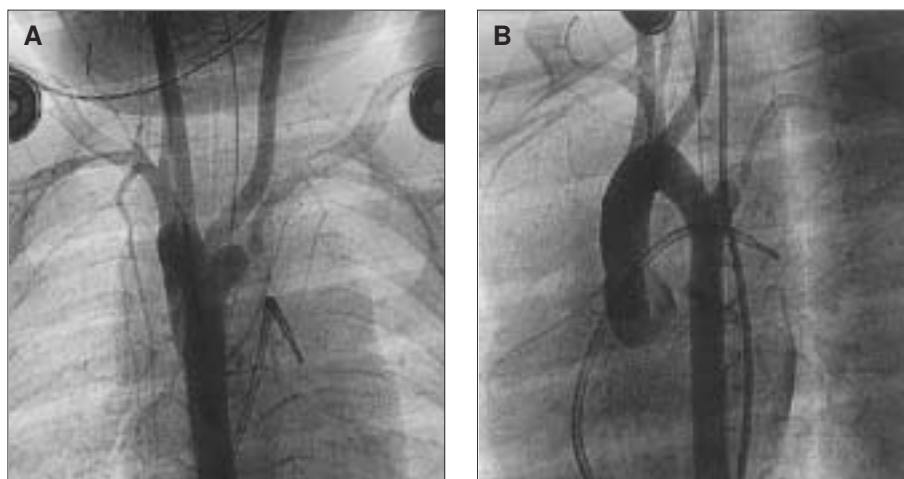
Lactante varón de 5 meses que presenta estridor desde el mes de vida coincidiendo con la ingesta y continuo desde el cuarto mes, junto con vómitos, regurgitaciones frecuentes y dificultad para la deglución. La exploración física fue normal, presentando un peso de 6,980 kg (percentil 25). La radiografía de tórax reveló un arco aórtico derecho. En el estudio baritado existía una impronta amplia en la cara posterior del esófago compatible con ASI aberrante. La ecocardiografía descartó malformaciones cardíacas asociadas, mostrando un corazón estructuralmente normal con arco aórtico derecho. La TC helicoidal no fue concluyente. Se realizó cateterismo derecho e izquierdo, al no estar el foramen oval permeable (fig. 1A y B), que muestra el arco aórtico derecho. El primer tronco que nacía de la aorta era la arteria carótida izquierda, el segundo la arteria carótida derecha, el tercero la arteria subclavia derecha, en cuarto lugar, en posición retroesofágica, un divertículo de Kommerell del cual nacía la ASI con estenosis en su origen. No existía conducto arterioso persistente.

A los 9 meses de edad, a través de toracotomía lateral izquierda se seccionó el ligamento arterioso que formaba un anillo con la ASI comprimiendo el esófago, pudiéndose comprobar durante la intervención la expansión esofágica al seccionar el ligamento. Se realizó una aortopexia de la aorta en el divertículo. Tras la intervención quirúrgica desaparecieron los síntomas respiratorios y digestivos.

La compresión extrínseca de la vía aérea y el esófago causada por un anillo vascular es una causa poco frecuente de enfermedad respiratoria en niños<sup>3</sup>. La presentación es generalmente precoz con dificultad respiratoria, disnea, estridor, neumonías recurrentes, disfagia, dificultad para la deglución, vómitos y fallo de medro<sup>4</sup>. Algunos pacientes con anillos vasculares pueden permanecer asintomáticos y ser diagnosticados de forma casual en la edad adulta.

Ante la sospecha clínica de un anillo vascular, la radiografía simple de tórax puede revelar la existencia de un arco aórtico derecho y, en ocasiones, un desplazamiento de la tráquea. No obstante, los hallazgos son similares en los distintos tipos de anillos<sup>5</sup>. La prueba diagnóstica de mayor valor para mostrar la compresión esofágica es el esofagograma con contraste baritado. La ecocardiografía permite descartar malformaciones cardíacas asociadas, definir el arco aórtico derecho, si existe un doble arco o un cabestrillo *sling* de la arteria pulmonar, pero es incapaz de identificar con exactitud las relaciones de los vasos con la tráquea y el esófago.

La RM y la TC de alta resolución aportan gran información tanto de las estructuras vasculares como de la vía aérea y el esófago, permitiendo valorar las compresiones extrínsecas, de-



**Figura 1.** Aortografías en posteroanterior (A) y oblicua anterior izquierda (B). El arco aórtico es derecho observándose el divertículo de Kommerell del cual nace la ASI con una estenosis grave en su origen.

terminando la localización y la extensión de la lesión. Gracias a la precisión y calidad de imagen de estas técnicas cada vez es menos frecuente tener que recurrir al cateterismo cardíaco. En casos difíciles, donde no se visualiza con exactitud el recorrido de la aorta y sus ramas, la aortografía resulta esencial para precisar la estructura, el calibre y la distribución de los vasos, información que es necesaria a la hora de planificar el procedimiento quirúrgico.

La toracotomía lateral izquierda es la vía de abordaje para proporcionar una exposición adecuada del ligamento arterioso y proceder a su sección. En la mayor parte de los casos esto es suficiente para que los síntomas desaparezcan. No obstante, cuando el divertículo es de gran tamaño, es necesaria su escisión, ya que contribuye a la persistencia de los síntomas y tiene riesgo de disección. Esto es más frecuente en la edad adulta, precisando abordaje a través de toracotomía lateral derecha<sup>6</sup>, que permite la resección del divertículo de Kommerell y la anastomosis de la ASI con la arteria carótida izquierda<sup>7</sup>, evitando así el desarrollo de un síndrome de robo de la arteria subclavia y la claudicación del brazo<sup>8</sup>.

La presencia de estridor y trastornos de la deglución durante la lactancia deben alertar de la existencia de un anillo vascular. El diagnóstico debe ser precoz, ya que el tratamiento quirúrgico es curativo y conlleva la desaparición de los síntomas.

**E. Rojas Gracia, L. Conejo Muñoz, V. Cuenca Peiró,  
R. Maese Heredia, A. Sadeck, M. Ferreiro  
y J.I. Zabala Argüelles**

Sección de Cardiología Pediátrica.  
Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga. España.

**Correspondencia:** Dr. J.I. Zabala Argüelles.

Sección de Cardiología Pediátrica.

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya.

Arroyo de los Ángeles, s/n. 29011 Málaga. España.

Correo electrónico: jignacio.zabala.sspa@juntadeandalucia.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dmooovsek V, Weber ED, Snow Rd. Stenotic origin of an aberrant left subclavian artery from a right-sided aortic arch: A case report. *Angiology* 1996;47:523-9.
2. Chen CL. Repair of right aortic arch with aberrant left subclavian artery and left ligamentum arteriosum. *J Pediatr Surg* 1990;25:795-6.
3. Pumberger W, Voiti P, Göpfrich H. Recurrent respiratory tract infections and dysphagia in a child with an aortic vascular ring. *South Med J* 2002;95:265-8.
4. Bakker DAH, Berger RME, Witsenburg M, et al. Vascular rings: A rare cause of common respiratory symptoms. *Acta Paediatr* 1999;88:947-52.
5. Pickardt PJ, Siegel MJ, Gutiérrez FR. Vascular rings in symptomatic children: Frequency of chest radiographic findings. *Radiology* 1997;203:423-6.
6. Jung JY, Almond CH, Saab SB, Lababidi Z. Surgical repair of right aortic arch with aberrant left subclavian artery and left ligamentum arteriosum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978;75:237-43.
7. Gaus T, Gaubert JY, Monties JR, Moulin G, Mouly A, Comen A, et al. Right-sided aortic arch: Surgical treatment of an aneurysm arising from a Kommerell's diverticulum and extending to the descending thoracic aorta with an aberrant left subclavian artery. *Cardiovascular Surg* 1994;2:110-3.
8. Cina CS, Arena GO, Bruin G, Clase CM. Kommerell's diverticulum and aneurysmal right-sided aortic arch: A case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2000;32:1208-14.