

Divertículo de Kommerell

Osbaldo Espinosa-Blanco, Sandra G. Medina-Escobedo, José A. Villalobos-Silva, Aseneth Guzmán-Morales, Omar Hernández-Robles, y Lizbeth Gómez-Martínez.

Departamento de Cirugía Cardiorácica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Cd. Victoria, Tamaulipas, México.

El divertículo de Kommerell es una entidad rara. Nosotros reportamos el caso de una paciente adulta que presentó disfagia. Después de un examen clínico cuidadoso y estudios de gabinete se demostró la compresión esofágica secundaria al divertículo de Kommerell, arco aórtico derecho y arteria subclavia izquierda aberrante. Se realizó manejo quirúrgico de manera exitosa.

Palabras Clave: Anillo vascular; Disfagia; Kommerell

Kommerell diverticulum is a rare entity. We report herein the case of an adult patient who presented dysphagia. After a careful clinical examination and imaging studies was shown the compression esophageal secondary to the Kommerell diverticulum, right aortic arch and aberrant left subclavian artery. Surgical operation was successfully performed.

Key words: Dysphagia; Kommerell; Vascular ring

(Cir Card Mex 2016; 1(4): 153-154)

© 2016 por la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca, A.C.



En 1936, Kommerell describió una dilatación aórtica aneurismática la cual originaba la arteria subclavia, causado por una persistencia embriológica del segmento posterior del cuarto arco aórtico, ésta anomalía lleva ahora su nombre. El divertículo de Kommerell (DK) es raro, ocurre en solo el 0.5% de la población. Los síntomas son poco comunes y son causados habitualmente por la presencia del aneurisma. La disfagia provocada por la compresión esofágica es el síntoma más común [1].

En pacientes con arco aórtico derecho el DK a menudo sirve como el origen de la arteria subclavia izquierda, además tienen un ligamento arterioso que va de la aorta torácica descendente adyacente al DK conectando a la arteria pulmonar [2].

En 1946, Robert Gross realizó la primera cirugía para esta patología pero el procedimiento quirúrgico ha seguido evolucionando, la apertura del anillo vascular es obligatorio para liberar los síntomas compresivos mediante la división del ligamento arterioso, pero actualmente para prevenir los síntomas residuales es necesario resear también el DK [3-4]. Nosotros reportamos un caso de DK con arco aórtico derecho, arteria subclavia izquierda aberrante como causa de disfagia en un adulto.

Autor responsable: Dr. Osbaldo Espinoza-Blanco
Correo electrónico: cardiocirujano1972@hotmail.com

CASO CLINICO

La paciente femenina de 43 años de edad, con 4 meses de historia de disfagia. La serie esófago-gastroduodenal demostró desplazamiento del esófago en su tercio medio asociado a imagen de densidad acuosa. La angiotomografía (Fig. 1) mostró la presencia de arco aórtico de lado derecho, con una saculación que emerge de aorta descendente de 43x16 mm de donde se origina la arteria subclavia izquierda de trayecto retro-esofágico comprimiendo el esófago de forma posterior en su tercio medio. La resonancia magnética nuclear corroboró la presencia de arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante con divertículo de Kommerell que condiciona estenosis extrínseca del esófago en tercio medio. El ecocardiograma descartó malformaciones intracardíacas. Se abordó a través de una incisión de toracotomía posterolateral izquierda, entrando a cavidad torácica en el cuarto espacio intercostal, se rechazó el pulmón antero e inferiormente, se incidió la pleura parietal a nivel de la arteria subclavia izquierda, se disecó el DK hasta su origen en la aorta, posteriormente se identificó el ligamento arterioso (Fig. 2), el cual se ligó y seccionó, posteriormente se colocó pinzamiento parcial en el origen del DK y en la arteria subclavia izquierda, se reseó el DK y la aorta se cerró con doble surgete continuo, ligando posteriormente la arteria subclavia izquierda. El posoperatorio cursó con disfonía la cual desapareció durante el seguimiento en consulta externa con terapia de lenguaje. La paciente presentó resolución completa de sus síntomas.



Figura 1. Angiotomografía. La flecha señala el divertículo de Kommerell.

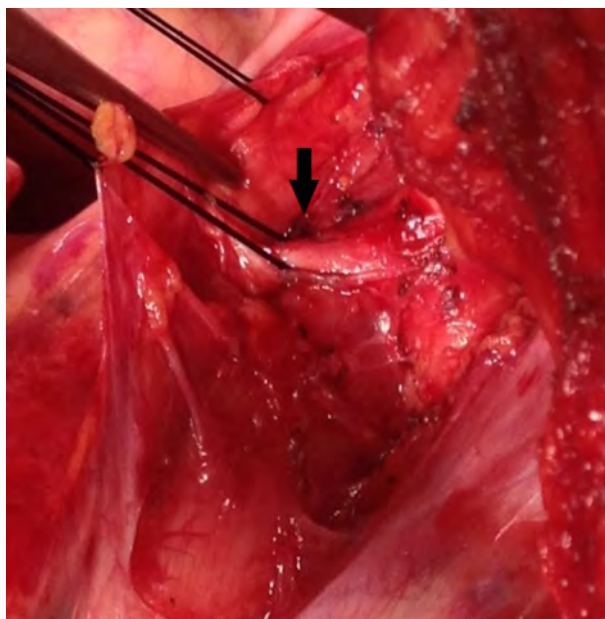


Figura 2. Momento transoperatorio. La flecha señala el divertículo de Kommerell.

COMENTARIO

El DK es una anomalía congénita rara, ocurre sólo en el 0.5% de la población, es un remanente embriológico del cuarto arco aórtico dorsal. En pacientes con arco aórtico derecho el DK sirve de origen a la arteria subclavia izquierda, éstos pacientes tienen un ligamento arterioso de la aorta torácica descendente adyacente al DK que conecta con la arteria pulmonar. Es menos común que un DK ocurra asociado a un doble arco aórtico. El DK puede ser una causa independiente de compresión de la tráquea o esófago en pacientes con o sin anillo vascular [1-5].

En 1936, Kommerell describió por primera vez la presencia de un aneurisma de la aorta descendente por eso ésta anomalía se conoce por su nombre, aunque el diagnóstico postmortem fue descrito en 1794 por David Bayford [1].

En general, los pacientes cursan asintomáticos toda su vida, pero cuando se presentan los síntomas son secundarios a compresión traqueal o esofágica (disfagia lusoria), entonces los síntomas más frecuentes son: disfagia o disnea, aunque con menor frecuencia se presentan tos, estridor, infecciones respiratorias bajas frecuentes y disnea con el ejercicio [2]. Nuestra paciente presentó disfagia secundaria a la compresión esofágica.

La tomografía axial computada es el estudio diagnóstico pri-

mario, dando imágenes claras no sólo de las estructuras vasculares sino también de la tráquea y la reconstrucción en 3D nos define adecuadamente la anatomía vascular, pero si existen dudas se debe realizar también una resonancia magnética nuclear [2].

La obstrucción traqueal o esofágica es indicación para el manejo quirúrgico del DK, aunque en pacientes asintomáticos también está indicada la cirugía porque existe el riesgo de la disección o de ruptura. Desde que Robert Gross reportó el primer manejo quirúrgico en 1946, el abordaje ha ido evolucionando. Inicialmente era solo la sección y ligadura del ligamento arterioso, pero debido a que algunos pacientes presentaban síntomas residuales a partir del 2002 Backer recomendó incluir en el procedimiento la resección del divertículo [4].

En resumen, el DK es una anomalía rara que puede provocar compresión significativa de las estructuras mediastinales, el síntoma más común es la disfagia. La resección del divertículo con sección y ligadura del ligamento arterioso es la mejor opción quirúrgica.

FINANCIAMIENTO: ninguno.

DECLARACIONES: Los autores declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Malas MB, Barr ML, Starnes VA, et al. Dyspnea lusoria: Compression of the pulmonary artery by a Kommerell's diverticulum. *Ann Thorac Surg* 2002; 73: 312-3.
2. Backer CL, Rusell HM, Wurlitzer KC, et al. Primary resection of Kommerell diverticulum and left subclavian artery transfer. *Ann Thorac Surg* 2012; 94: 1612-8.
3. Kim KM, Cambria RP, Isselbacher EM, et al. Contemporary surgical approaches and outcomes in adults with Kommerell diverticulum. *Ann Thorac Surg* 2014; 98: 1347-54.
4. Backer CL, Hillman N, Mavroudis C, et al. Resection of Kommerell's diverticulum and left subclavian artery transfer for recurrent symptoms after vascular ring division. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 64-9.
5. Klein P, Balci M, Moritz A. Primary complete repair of partial double aortic arch and Kommerell diverticulum. *Ann Thorac Surg* 2011; 91: 627-9.