



Divertículo de Kommerell en un paciente con síndrome coronario agudo

Kommerell's diverticulum in a patient with acute coronary syndrome

Elba Susana Padilla Ávila,¹ Karina Esmeralda Ferrusca Ortega,² Dalyir Rodríguez Garibay³

Resumen

El divertículo de Kommerell es un hallazgo poco común que consiste en una alteración anatómica en presencia de una arteria subclavia aberrante; más rara aún es su asociación a un síndrome coronario agudo, ya que no se encuentran reportes en la literatura. En nuestro caso, exponemos el hallazgo de un divertículo en una arteria subclavia derecha aberrante en un paciente con oclusión de la arteria coronaria descendente anterior.

Palabras clave: Divertículo de Kommerell, síndrome coronario agudo, arteria subclavia aberrante, angioplastia.

Summary

Kommerell's diverticulum is an uncommon finding consisting of an anatomical alteration in the presence of an aberrant subclavian artery; even rarer is its association with an acute coronary syndrome, since no reports are found in the literature. In our case, we present the finding of a diverticulum in an aberrant right subclavian artery in a patient with occlusion of the anterior descending coronary artery.

Keywords: Kommerell's diverticulum, acute coronary syndrome, aberrant subclavian artery, angioplasty.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Kommerell fue descrito por primera vez en 1936 por el radiólogo alemán Burckhard F. Kommerell, quien lo descubrió durante la realización de un estudio radiológico.¹ También conocido como "divertículo lusoria" o "divertículo remanente", consta de una dilatación aneurismática congénita presente en el origen de una arteria subclavia aberrante y representa una variación vascular poco común.^{2,3} La arteria subclavia derecha

aberrante suele ser la anomalía más frecuente en las alteraciones del arco aórtico, pudiendo encontrarse en 1.8% de los casos; hasta en 60% de las ocasiones, se asocia a un divertículo de Kommerell.^{4,5} Presentamos a un paciente de 76 años de edad con un síndrome coronario agudo y el hallazgo incidental de una arteria subclavia derecha aberrante. En nuestro país se desconoce la incidencia de esta asociación, ya que se tienen pocos casos reportados en la bibliografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Masculino de 76 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución y dislipidemia mixta de reciente diagnóstico, ambas en tratamiento. Inició su padecimiento treinta días previos a su ingreso presentando cuadros de dolor torácico opresivo, autolimitados y sin relación con esfuerzo, por lo que acudió a Urgencias. Se presentó reactivo, alerta, con TA 120/70 mmHg, FC 81 lpm, FR 18 rpm, saturando al 97% aire ambiente, temperatura 36.5°.

Se solicitó una placa de tórax, que mostró prominencia del botón aórtico (*Figura 1*).

¹ Jefa de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Ángeles de Querétaro.

² Médica residente de Anestesiología del HRMIAE de la Secretaría de Salud.

³ Médica interna de pregrado de la Universidad Anáhuac Querétaro.

Correspondencia:

Dra. Elba Susana Padilla Ávila
Correo electrónico: elsusanpa@hotmail.com

Aceptado: 12-11-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
www.medigraphic.com/actamedica

Se realizó una TAC contrastada, con la cual se observó una variante anatómica: origen aberrante de la subclavia derecha. Se obtuvo calcio coronario en 130 UA. Se llevó a cabo una aortografía, que reveló un origen único de ambas carótidas, origen independiente de la subclavia izquierda y sobre la aorta torácica descendente, un trayecto ectásico hacia la subclavia derecha, lo que confirmó la presencia del divertículo de Kommerell. La coronariografía dejó ver enfermedad arterial coronaria severa de un vaso, con oclusión de 30% del tronco coronario izquierdo, lesión ateromatosa de la DA con oclusión proximal de 90% y media de 100%, compatible con oclusión crónica total, lo que condicionaba cardiopatía isquémica crónica (Figuras 2 a 5).



Figura 1: Radiografía del tórax; muestra la prominencia del botón aórtico.

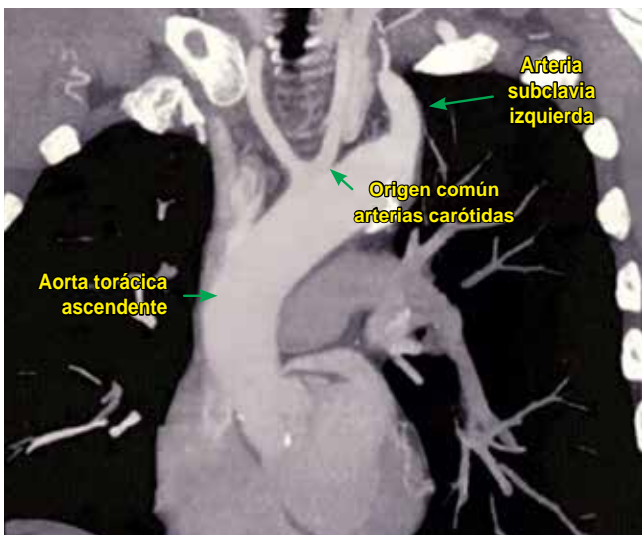


Figura 2: Tomografía axial computarizada del tórax; muestra el origen común de las arterias carótidas.

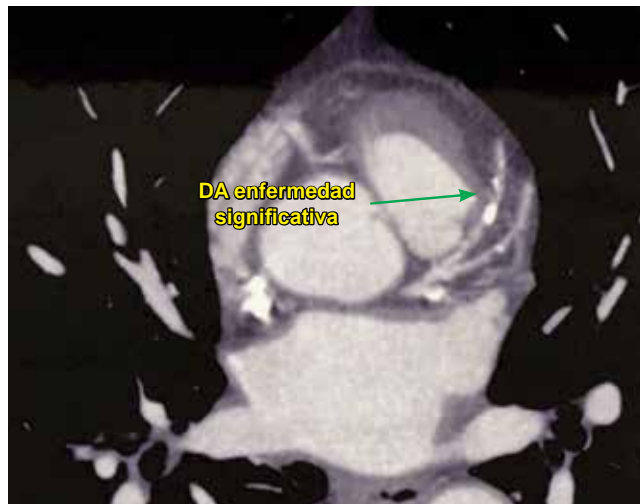


Figura 3: Tomografía axial computarizada del tórax que muestra la obstrucción significativa en la arteria coronaria descendente anterior.

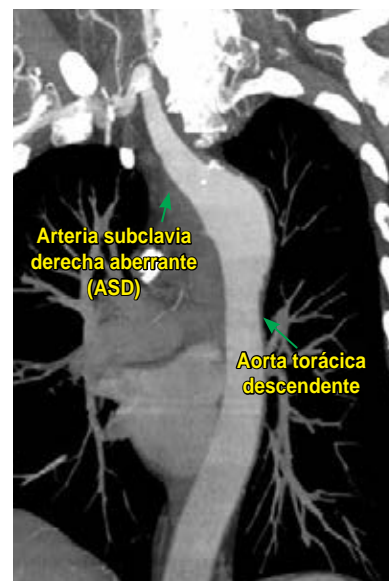


Figura 4:

Tomografía contrastada donde se aprecia la salida aberrante de la arteria subclavia derecha.

Se decidió realizar una intervención coronaria percutánea multisegmento debido al hallazgo de enfermedad severa difusa, tanto del segmento medio como del proximal de la DA. Se introdujeron catéteres balón y se llevaron a cabo insuflados desde el segmento medio-distal hasta el proximal, con resultados subóptimos. Se procedió a la colocación de una endoprótesis medicada liberadora de everolimus con polímero bioabsorbible PtCr 2.5 × 38 mm en el segmento medio distal, y empalmada proximalmente a esta, se colocó otra endoprótesis PtCr 2.75 × 38 mm, con 0% de lesión residual,

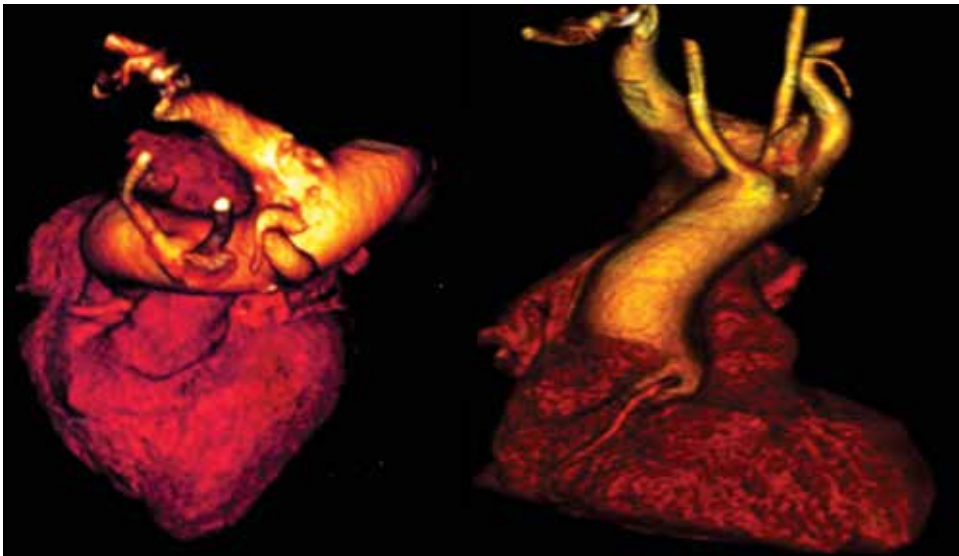


Figura 5:

Aortografía: se muestra la presencia del divertículo de Kommerell en el origen de la arteria subclavia derecha aberrante.

sin compromiso de los vasos secundarios y obteniendo flujos finales TIMI III.

El paciente se ingresó a la Unidad de Terapia Intermedia con diagnóstico de SICA IAM DA + divertículo de Kommerell para su vigilancia y tratamiento antiisquémico; se mantuvo hemodinámicamente estable y asintomático durante su estancia hasta su egreso a piso, y luego, a su domicilio.

DISCUSIÓN

El divertículo de Kommerell tiene una baja incidencia en nuestro medio, siendo el más frecuente en el origen de salida de la arteria subclavia izquierda.⁶ La mayor parte de los pacientes permanecen asintomáticos. En los adultos, la presencia de síntomas está relacionada con cambios ateroscleróticos, rigidez en los vasos anómalos o disección, que producen disfagia, disnea y dolor torácico.⁷ Nuestro paciente acudió al Servicio de Urgencias a causa de un dolor torácico opresivo compatible con el cuadro clínico del divertículo y de un síndrome coronario agudo.

En nuestro conocimiento, por el momento no se cuenta con la incidencia de la asociación entre el síndrome coronario agudo y el divertículo de Kommerell. Presentamos este caso para tener en cuenta esta asociación atípica y

las posibles complicaciones que pueda ocasionar para el abordaje técnico (angioplastia) terapéutico. Es importante que médicos especialistas tengan en mente esta asociación en el momento del diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS

1. Suarez AE, Slivka R. Acute superior vena cava syndrome after rupture of Kommerell's diverticulum: a case report. *Ann Emerg Med.* 2013; 61 (3): 348-350.
2. Barranhas AD, Indiani JM, Marchiori E, Santos AA, Rochitte CE, Nacif MS. Atypical presentation of Kommerell's diverticulum. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93 (6): 88-90.
3. Sahin H, Sarioglu FC, Pekcevik Y, Akay E, Çapar AE, Oztekin O et al. The Kommerell diverticulum revisited: embryogenesis, imaging findings of various types and clinical implications. *European Society of Radiology.* 2016; 1-44.
4. Valle-Caballero MJ, Gutiérrez-Martín MA, Caparrós-Escudero C, Barquero-Aroca JM, Hidalgo-Urbano R, Araji-Tiliani O. Arco aórtico derecho junto con arteria subclavia izquierda aberrante asociada con divertículo de Kommerell. *Cirugía Cardiovascular.* 2014; 21 (3): 216-218.
5. Criado FJ. Taking a new look at Kommerell: recent insights on aortic diverticula. *Vascular Disease Management.* 2016; 13 (7): 156-165.
6. Torres-Martel JM, Izaguirre-Guajardo G, Ramírez-Portillo CI. Divertículo de Kommerell. *Gac Med Mex.* 2016; 152 (3): 424-428.
7. Mubarak MY, Kamarul AT. Right-sided aortic arch with aberrant left subclavian artery from Kommerell's diverticulum. *Iran J Radiol.* 2011; 8 (2): 103-106.