



SÍNDROME DE ORTNER: UNA ARTERIA QUE TE DEJA SIN PALABRAS

1) Centro Privado de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Introducción

El síndrome de Ortner, o síndrome cardiovocal, es una entidad clínica caracterizada por disfonía secundaria a parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierda causadas por enfermedad cardiovascular². Sus causas más frecuentes son: dilatación auricular izquierda y aneurisma de aorta torácica o del ductus arterioso, por compresión o tracción del nervio laríngeo recurrente.

Descripción del caso clínico

Paciente de 67 años, ex tabaquista, que por disfonía de varios meses se realiza una TAC de tórax donde se informa: porción medial del cayado aórtico (CA) con dilatación aneurismática sacular de 71mm de diámetro, presentando luz permeable de 42 mm de diámetro reducido por fenómenos ateromatosos concéntricos. Cuello de 25mm con procesos ateromatosos heterogéneos que evidencian inestabilidad de placa. Presencia de al menos 3 colecciones líquidas en mediastino anterior, la mayor de 2mm (interpretados como rotura contenida de aorta).

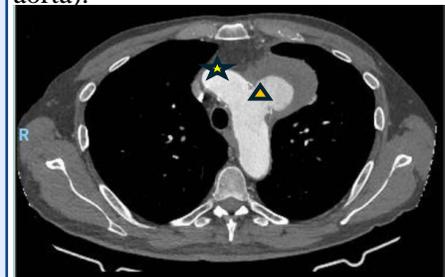


Figura 1: TAC con contraste donde se evidencian las colecciones líquidas contenidas (estrella) y el aneurisma sacular (triángulo) en el cayado aórtico.

En el **Ecocardiograma** se evidencian: diámetros conservados, motilidad conservada. Fey reducida. Y en el **Eco Doppler de vasos del cuello** se constatan pequeñas placas planas.

Posteriormente se realiza **Cinecoronariografía** que mostró: *Arteria Descendente Anterior (DA)* con obstrucciones severas en tandem en su tercio proximal asociado a Puente muscular en tercio medio. Buen lecho distal.

Arteria Circunfleja (CX) sin obstrucciones. *Arteria Coronaria Derecha (CD)* dominante con obstrucción severa en tercio proximal y buen lecho distal. Y en la **Aortografía Torácica** se observa dilatación aneurismática sacular en tercio medio de Aorta Transversa de 70 mm de diámetro.

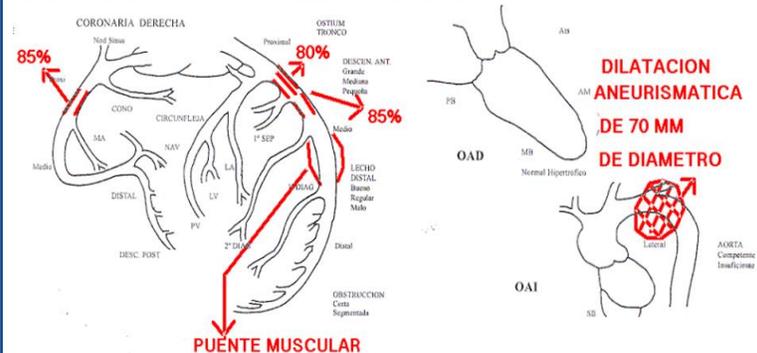


Figura 3: Cinecoronariografía y Aortograma

Tratamiento

El Heart Team decide emplear **Técnica de Debranching Tipo 1**, para aislar el aneurisma con una endoprótesis por vía retrógrada femoral, pero sin comprometer la circulación del miembro superior izquierdo, realizando una derivación de la arteria subclavia izquierda (ASI) con un ByPass desde Aorta ascendente.

El procedimiento fue realizado en dos tiempos: en el primero se realiza Cirugía de Revascularización Miocárdica con ByPass RIMA a DA + ByPass Aortocoronario con puente Venoso a CD + ByPass Aorto Subclavio.

En el segundo tiempo se coloca Endoprótesis a Aorta Torácica: Cayado y descendente, con éxito y sin complicaciones.

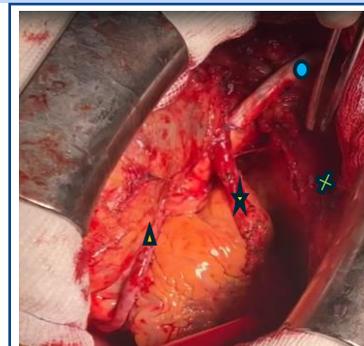


Figura 4: ByPass RIMA a DA (estrella) + ByPass Aortocoronario con puente Venoso a CD (triángulo) + By Pass Aorto Subclavio (Círculo). Además, se visualiza el aneurisma (Cruz).

Figura 5: Visualización de la permeabilidad del ByPass a ASI.

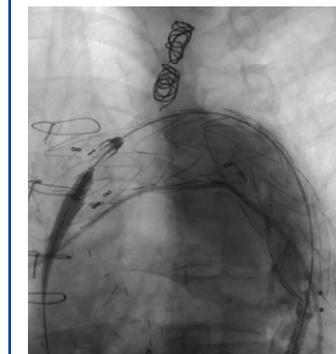


Figura 6: Angiografía posterior a colocación de Endoprótesis y Coils ocluyendo la porción proximal de la ASI.

Figura 7: Esquema de la Técnica de Debranching Tipo 1 realizada en el paciente.



Conclusión

La Técnica de Debranching es una alternativa válida asociada a pocos eventos adversos en el abordaje de aneurismas del CA en pacientes con alto riesgo quirúrgico.