

EL FACTOR DE RIESGO VASCULAR EN OTORRINOLARINGOLOGÍA: ANOMALIAS VASCULARES

Antonio Belinchón, Jefe de Servicio.
Eugenia Pérez, Médico Especialista de Área.

Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol.

INTRODUCCION

Toda la actividad quirúrgica otorrinolaringológica viene enmarcada por un territorio vascular denso que en su mayor parte no constituye un objetivo específico del acto quirúrgico sino una entramada red de obstáculos a salvar y actualmente, el origen de las más graves complicaciones que debemos prevenir.

En la experiencia de todos nosotros se van sumando a lo largo del tiempo las ocasiones en que el "factor vascular" nos ha puesto repentinamente ante un situación dramática.

La primera de las medidas que permiten minimizar estas situaciones es sin duda el conocimiento profundo de la vascularización normal y sus variaciones, congénitas o por patología sobreañadida.

La segunda medida es en expresión actual mantener un elevado índice de sospecha, o de otro modo, tener siempre presente esta posibilidad.

Un breve resumen topográfico nos servirá para repasar las ideas expuestas.

Así, en el límite inferior, la base del cuello, la traqueotomía arriesga a una erosión por decúbito de un tronco braquiocefálico alto(1) o bien como luego verán, a la lesión de una gran arteria. La adenectomía izquierda conlleva en ocasiones la sección del conducto torácico.

Una complicación mayor de la tiroidectomía es el hematoma postoperatorio, origen de asfixia inmediata por compresión(2). La cirugía tumoral faringo-laríngea cuya agresividad crece de día en día, incrementa considerable-

mente el riesgo peroperatorio y sobre todo postoperatorio de roturas carotídeas tras una infección. Los "loop" de la carótida interna frecuentes en la edad de presentación de los tumores son otro obstáculo con el que raramente se cuenta. Las masas cervicales de diagnóstico preoperatorio incierto, son el paradigma de un encuentro desgraciado: los tumores glómicos carotídeos descubiertos en el curso de una cervicotomía son en opinión de cirujanos de la talla de Guerier(3) una de las situaciones más comprometidas en las que nos podemos encontrar. Las malformaciones venosas, aunque de menor dificultad diagnóstica, plantean problemas similares. Incluso en la actividad práctica más elemental, durante la amigdalectomía, tanto la posición del paciente como la posibilidad de una variación anatómica como la señalada por Iglesias expone una hemorragia cuyo desenlace puede ser fatal. La cirugía otológica aunque con menor frecuencia presenta también problemas similares a tener presentes: pensemos en una arteria estapedial persistente en el curso de una estapedectomía, un golfo yugular alto, una dehiscencia de la pared anterior de la caja timpánica con canal carotídeo ausente y pared arterial sin latido, un glomus timpánico, la adherencia de las arterias cerebelosas a un tumor del ángulo. Por último, la cirugía del senooidal, flanqueado por las carótidas y el seno cavernoso.

Como han visto y citando sin ánimo exhaustivo, cualquiera que sea la región a abordar el obstáculo vascular está siempre presente.

Queremos aportar un ejemplo de nuestra propia experiencia que ilustra elocuente-

mente el tema. Se trata de una paciente de 52 años de edad que va a ser sometida a una tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides. La intervención se desarrolla sin incidentes hasta que al proceder a la disección de la cara posterior de la glándula y la pared traqueal, aparece en el campo una estructura blanco amarillenta, mate, cuyo aspecto semeja al de una adenopatía metastásica. Al avanzar en la disección se va descubriendo tanto en dirección lateral izquierda hacia abajo como lateral derecha y en dirección craneal, una formación cilíndrica, de más de un centímetro de grosor que proviniendo de la entrada del tórax, cruza la cara anterior de la traquea hasta situarse en el espacio vascular derecho, lateral al eje visceral y por debajo de la vena yugular interna, en la localización típica de la arteria carótida primitiva. Una vez extirpado el tiroides no se aprecia compresión traqueal y concluimos la intervención sin mayor sobresalto.

COMENTARIOS

Interesados por el hallazgo y en el deseo de completar nuestras lagunas hemos revisado la bibliografía sobre las anomalías de los grandes vasos del cuello y encontrado un gran número de referencias, pero todas ellas con muy pocos casos.

La disposición anatómica normal de las ramas del llamado aórtico es: primero la emergencia del tronco braquiocefálico derecho y sus ramas, carótida primitiva derecha y subclavia derecha. En segundo lugar, carótida primitiva izquierda y subclavia izquierda(4).

Las variaciones con expresión en nuestra especialidad son en primer lugar la arteria subclavia derecha aberrante, clásica causa de "disfagia Lusoria", ocasionada por el cruce retroesofágico del vaso. De mucha menor fre-

cuencia es el tronco braquiocefálico anómalo, causante de una estenosis traqueal extrínseca baja. Disminuyendo de frecuencia, otra anomalía citada por Taure es la presencia de las dos carótidas primitivas a un lado y las dos subclavias al otro. En la revisión de Harris(5) se cita así mismo la ausencia de carótida interna, cuya porción craneal puede estar sustituida por ramas de la maxilar interna que se dirigen a través del agujero redondo mayor y oval y se unen intracranealmente, contabilizando en su trabajo, veinticuatro casos. En esta misma revisión aparece citada en último lugar una carótida primitiva anómala, que naciendo de la aorta a la derecha de su posición normal, se dirige hacia arriba y hacia la izquierda, comprimiendo la cara anterior de la traquea. Esta anomalía sería la imagen en espejo de la que presenta la paciente objeto de nuestra comunicación.

En conclusión creemos que el desequilibrio de la balanza del lado del "riesgo vascular" puede y debe compensarse añadiendo continuamente aportaciones al platillo del conocimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Murphy T. A.*, fiberoptic endoscope used for nasal intubation. *Anaesthesia* 1967; 22: 489 - 491.
- 2.- *Eriksen S.* The fiberoptic Rhinoscope in Adult intubation. *Anesthesiology* 1986; 64: 128 - 129.
- 3.- *Rogers S. N., Bernumof J. L.* New and easy techniques for fiberoptic endoscopyaided tracheal intubation. *Anesthesiology* 1983; 59: 569-572.
- 4.- *Ovassapian A., Dykes M. H. M., Golmon M. E.* Fiberoptic nasotracheal intubation: a training program. *Anesthesiology* 1980; 53: 352.