

CARTA CIENTÍFICA

Úlcera penetrante de aorta torácica con parálisis del nervio recurrente (síndrome de Ortner)



Penetrating ulcer of the thoracic aorta with recurrent nerve palsy (Ortner's syndrome)

F. Manresa-Manresa*, J.M. Sánchez-Rodríguez, S. Villar-Jiménez, J.J. Castilla-Carretero y F.T. Gómez-Ruiz

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años, hipertenso controlado con 2 fármacos, fumador y con hiperplasia benigna de próstata, que presenta disfonía de 3 meses de evolución. Sin otra sintomatología cardiorrespiratoria o neurológica. En la exploración física presentaba tensión arterial de 145/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 65 lpm y SatO₂ del 100%. No presentaba adenopatías u otras masas en el cuello y no refería síndrome constitucional. La exploración otorrinolaringológica evidenció parálisis de la cuerda vocal izquierda en posición paramediana, sin visualizarse otras anormalidades. La analítica sanguínea no mostró alteraciones significativas y el ECG mostró ritmo sinusal e hipertrofia ventricular izquierda. La radiografía de tórax era normal. La angiografía por tomografía axial computarizada (angio-TAC) (fig. 1) mostró una dilatación sacular en la parte inferior izquierda del arco aórtico, con un diámetro máximo de 29 mm en la zona correspondiente al nervio laríngeo recurrente izquierdo. El paciente fue diagnosticado de úlcera penetrante del arco aórtico. La lesión fue tratada con éxito mediante el implante de una endoprótesis torácica RELAY Plus® (Bolton Medical) de 30 × 120 mm vía transfemoral derecha, con oclusión parcial del origen de la arteria subclavia izquierda (ASI), que se rellenaba de forma retrógrada en la arteriografía de control intraoperatoria, y exclusión completa de úlcera penetrante. El paciente fue

dado de alta al tercer día del postoperatorio, sin complicaciones. Las angio-TAC de control a los 6 y 12 meses (fig. 2) mostraron una disminución del tamaño de la úlcera penetrante, con diámetro máximo de 20 mm, sin evidenciarse endofugas u otras complicaciones. A los 14 meses de la intervención, la disfonía del paciente se resolvió por completo, y la exploración otorrinolaringológica se normalizó (movilización de cuerda vocal izquierda previamente parética).

El síndrome de Ortner es una rara causa de parálisis recurrencial izquierda, por una causa cardiovascular identificable. Ortner describió este síndrome en 1897 en pacientes con parálisis del nervio recurrente laríngeo izquierdo y disfonía provocada por aumento de tamaño de la aurícula izquierda, por enfermedad valvular mitral¹. Desde entonces se han descrito otras causas que provocan este síndrome, incluyendo aneurismas y pseudoaneurismas torácicos del arco aórtico², aneurismas postraumáticos, defectos septales auriculares, implantación endocardial de marcapasos, hipertensión pulmonar³, embolismo pulmonar recurrente⁴, aneurisma del ductus arterioso⁵ y disección de aorta. Mikus et al.⁶ describen este síndrome en un paciente, como en nuestro caso, provocado por una úlcera penetrante en la aorta torácica.

El nervio laríngeo recurrente izquierdo es rama del vago izquierdo, que se origina a nivel del arco aórtico; este nervio recorre la cara inferior del arco, y se sitúa posterior al ligamento arterioso; su porción ascendente recorre postero-lateral al esófago y sale del tórax; este nervio provee de inervación motora ipsilateral a los músculos de la laringe y vías respiratorias altas. El nervio laríngeo

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: franman.m@gmail.com
(F. Manresa-Manresa).

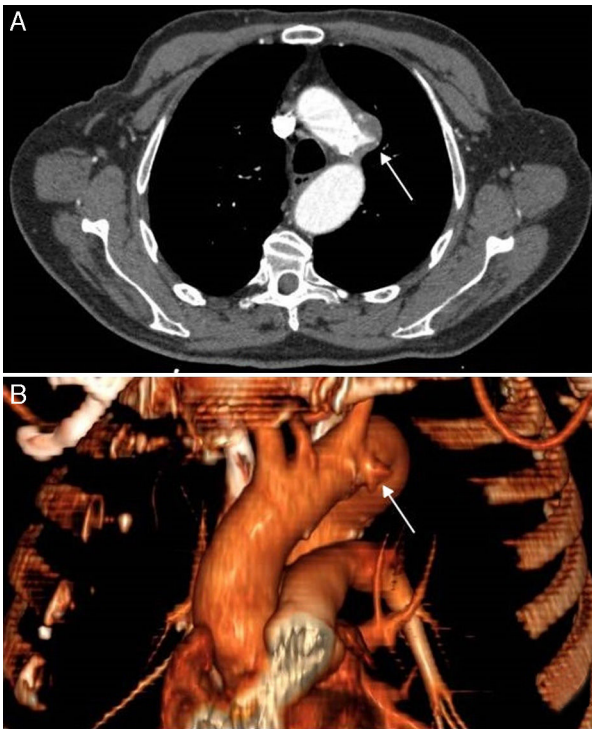


Figura 1 Angio-TAC con corte axial (A) y su reconstrucción en 3D (B), que muestra úlcera penetrante de aorta torácica con diámetro máximo de 29 mm en la zona correspondiente al nervio laríngeo recurrente izquierdo.

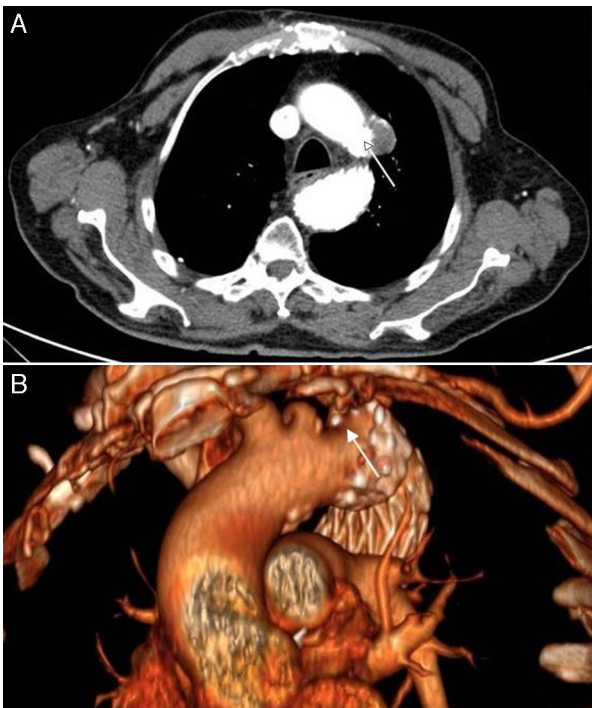


Figura 2 Angio-TAC con corte axial (A) y su reconstrucción en 3D (B), que muestra disminución del tamaño de la úlcera penetrante con disminución de diámetro máximo a 20 mm, sin evidenciarse endofugas.

recurrente izquierdo discurre cerca del esófago, tráquea, nódulos linfáticos, arteria pulmonar y aorta torácica; cualquiera de estas estructuras que provoque efecto masa puede causar tracción del nervio. Además, la extensión mediastínica de tumores, así como adenopatías de causa infecciosa, también pueden provocar parálisis de este nervio. La mayoría de parálisis recurrentes es debida a neoplasias seguida de procesos iatrogénicos⁷. La úlcera penetrante en la aorta fue descrita por primera vez por Shennan en 1931⁸, y se describe como una ulceración de una placa arteriosclerótica que penetra a través de la lámina elástica interna de la capa media de la arteria; ocurren de forma más frecuente en pacientes ancianos con enfermedad arteriosclerótica e hipertensión⁸. Las indicaciones para su intervención incluyen el diámetro y la profundidad, la presencia de síntomas refractarios o recurrentes, el aumento del diámetro aórtico y la presencia de aneurisma sacular⁹. Mientras que el dolor persistente y la rotura son indicaciones claras de intervención, el resto no son tan absolutas¹⁰. La recuperación de la disfonía se suele producir a los 8-12 meses de la intervención, dependiendo del daño nervioso y del tiempo previo de compresión. En nuestro caso fue de 14 meses.

Como resumen, hemos descrito una rara causa de parálisis de cuerda vocal en un paciente con una pequeña úlcera penetrante en la aorta torácica, en la zona que recorre el nervio laríngeo recurrente izquierdo. Se han descrito pocos casos de úlcera penetrante en aorta torácica, presentándose con síndrome de Ortner. Aunque las lesiones neoplásicas o inflamatorias causan con más frecuencia parálisis recurrente, debemos tener en cuenta evaluar la aorta y estructuras vasculares del mediastino como rara, pero potencial causa de disfonía. El tratamiento con endoprótesis aórtica puede ser un tratamiento definitivo tanto de la enfermedad aórtica como de la parálisis recurrente izquierda.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Ortner N. Recurrent laryngeal nerve paralysis due to mitral valve stenosis. *Wien Klin Wochenschr.* 1897;10:753-5.
2. Lew WK, Patel K, Haqqani OP, Weaver FA. Endovascular management of hoarseness due to a thoracic aneurysm: Case report and review of the literature. *Vasc Endovascular Surg.* 2009;43:195-8.
3. Wiebe S, Yoo S, Shroff M. Answer to case of the month #102. Ortner's syndrome (cardiovocal syndrome). *Can Assoc Radiol J.* 2005;56:173-4.

4. Albertini RE. Vocal cord paralysis associated with pulmonary emboli. *Chest*. 1972;62:508–10.
5. Runge V, Pieper CC, Schiller W, Praeger AJ, Probst C, Wilhelm KE. Endovascular repair of an ductus arteriosus aneurysm causing Ortner syndrome. *Vasc Endovascular Surg*. 2014;48:271–4.
6. Mickus TJ, Mueller J, Williams R. An uncommon cause of Ortner syndrome. *J Thorac Imaging*. 2010;25:82–4.
7. Rosenthal LH, Benninger MS, Deeb RH. Vocal fold immobility: A longitudinal analysis of etiology over 20 years. *Laryngoscope*. 2007;117:1864–70.
8. Shennan T. Dissecting aneurysms. En: *Medical research council, special report series N.º 193*. London: HMSO; 1934.
9. Eggebrecht H, Plicht B, Kahlert P, Erbel R. Intramural hematoma and penetrating ulcers: Indications to endovascular treatment. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;38, 659e665.
10. Mestres G, Rodríguez R, García-Madrid C, Montaña X, Burrel M, Cruz LF, et al. Tratamiento endovascular de las úlceras penetrantes de aorta torácica: seguimiento a medio plazo. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:54–9.