

DISFAGIA LUSORIA: CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE ESCONDE EN LA ANATOMÍA.

Dysphagia lusoria: when diagnosis hides in the anatomy.

Tinahones Garrido J, Gómez Torres KM, de la Cuesta Fernández I, Viñolo Ubiña C

HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE. EL EJIDO, ALMERÍA.

Resumen

La disfagia lusoria es una condición donde la dificultad para tragar se relaciona con una anomalía congénita en la arteria subclavia, comúnmente la derecha, que resulta en la compresión del esófago. A pesar de ser poco común, es la causa más frecuente de disfagia de origen vascular. La severidad de los síntomas varía de leve a grave, dependiendo del grado de compresión. El diagnóstico requiere pruebas de imagen como angioTAC, RMN o esofagograma con bario para identificar la arteria aberrante y su relación con el esófago. El tratamiento varía según la gravedad, desde cambios en la dieta hasta cirugía para ligar o reposicionar la arteria subclavia aberrante y así aliviar la compresión.

Palabras clave: disfagia lusoria, anomalía congénita, compresión esofágica.

Abstract

Dysphagia lusoria is a condition in which difficulty swallowing is related to a congenital anomaly of the subclavian artery, most commonly the right one, resulting in compression of the esophagus. Although rare, it is the most frequent cause of vascular-origin dysphagia. The severity of symptoms ranges from mild to severe, depending on the degree of compression. Diagnosis requires imaging tests such as CT angiography, MRI, or barium esophagogram to identify the aberrant artery and its relationship with the esophagus. Treatment varies according to severity, from dietary modifications to surgery to ligate or reposition the aberrant subclavian artery in order to relieve the compression.

Keywords: dysphagia lusoria, congenital anomaly, esophageal compression.

Javier Tinahones Garrido
Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería.
javier.tiga@gmail.com

Tinahones Garrido J, Gómez Torres KM, de la Cuesta Fernández I, Viñolo Ubiña C.
Disfagia lusoria: cuando el diagnóstico se esconde en la anatomía.
RAPD 2025;48(5):xx-xx. DOI: 10.37352/2025485.3

CASO CLÍNICO

Introducción

Presentamos el caso de una mujer de 53 años que es diagnosticada de una anomalía de origen congénito que juega un papel importante en el diagnóstico diferencial de la disfagia especialmente en pacientes jóvenes sin enfermedades preexistentes ni factores de riesgo evidentes para otras patologías esofágicas.

Caso clínico

Mujer de 53 años sin antecedentes médicos de interés, que es derivada desde Atención Primaria por disfagia de larga evolución, inicialmente a sólidos pero que ya ha progresado también a líquidos y que se acompaña de vómitos ocasionales y sensación de nudo. Ante la normalidad de resultados analíticos y la nula respuesta a tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs), se solicita endoscopia digestiva alta que revela una impronta posterior a la altura de T3 sugerente de arteria subclavia derecha aberrante retroesofágica. Tras estos resultados, se solicita seriada esofagoduodenal en donde se visualiza la impronta por compresión extrínseca en la cara posterior del esófago (Figura 1) y un angioTAC (Figuras 2 y 3), que confirma la presencia de esta arteria aberrante congénita, con origen en arco aórtico, distal a la subclavia izquierda y trayecto retroesofágico, responsable de la disfagia que presenta. Con todo ello, la paciente es remitida a cirugía vascular y se programa para bypass arterial, pendiente de valoración de la técnica, con o sin oclusión endovascular.

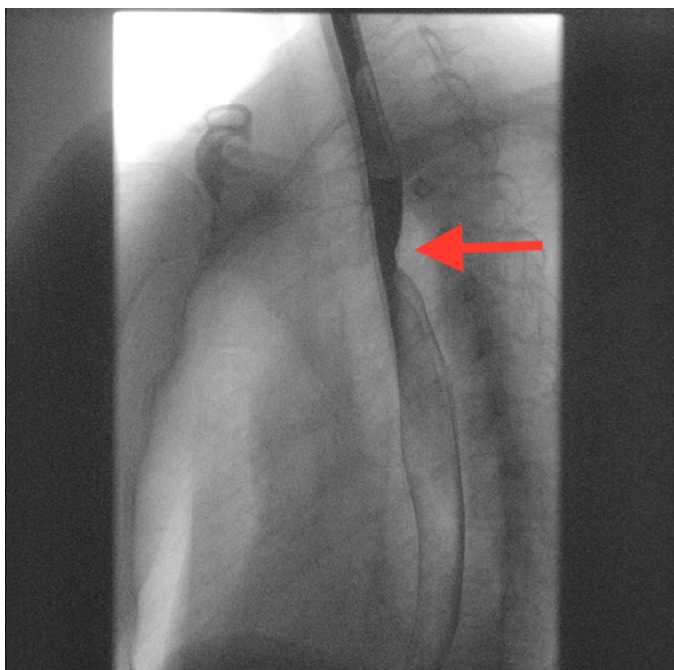


Figura 1. Seriada esofagoduodenal en donde se visualiza la impronta por compresión extrínseca en la cara posterior del esófago (flecha roja).

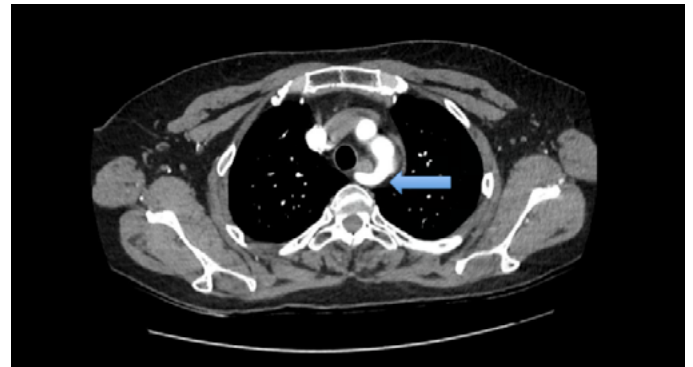


Figura 2. Corte axial de TAC torácico en el que se visualiza la salida de la arteria subclavia derecha aberrante desde el arco aórtico izquierdo (flecha azul).

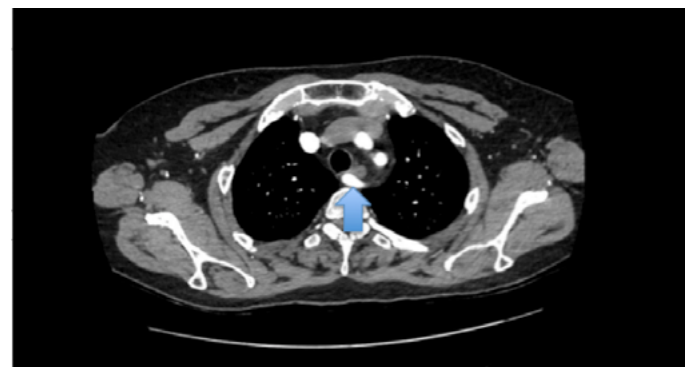


Figura 3. Corte axial de TAC torácico en el que se visualiza la compresión esofágica por parte de la arteria subclavia derecha aberrante (flecha azul).

Discusión

La disfagia esofágica puede originarse por diversas causas, incluyendo trastornos de la motilidad, enfermedades inflamatorias y enfermedades mecánicas. Entre las causas más comunes se encuentran el reflujo gastroesofágico, la esofagitis eosinofílica, la ingesta de cáusticos, la presencia de cuerpos extraños, la acalasia y las compresiones extrínsecas, incluidas las de origen vascular. Es importante considerar las causas vasculares en el diagnóstico diferencial de la disfagia, especialmente en pacientes jóvenes sin enfermedades preexistentes ni factores de riesgo evidentes para otras patologías esofágicas.

La prevalencia de la anomalía de la arteria subclavia que causa la disfagia lusoria varía entre el 0,5 y el 1,8%, y es más común en el lado derecho. Esta condición se origina debido a la persistencia de la séptima arteria intersegmentaria derecha y a una involución anormal del cuarto arco aórtico durante el desarrollo embrionario. En el 80% de los casos, el recorrido del vaso es retroesofágico, en el 15% se sitúa entre la tráquea y el esófago, y en el 5% es pretraqueal.

La arteria subclavia aberrante a menudo se descubre de manera incidental durante pruebas de imagen realizadas por

otros motivos, y suele ser asintomática. Sin embargo, puede tener un impacto significativo si causa síntomas provocando la compresión de estructuras vitales relacionadas con el trayecto anómalo del vaso (disfagia si comprime el esófago, dificultad respiratoria si comprime la tráquea o la arteria pulmonar e incluso síndrome de Horner si afecta al plexo simpático cervical). La edad promedio en la que comienzan a manifestarse estos síntomas es después de los 50 años, lo cual puede estar relacionado con la pérdida de flexibilidad del esófago debido al envejecimiento, el incremento en la compresión esofágica causada por la dilatación aneurismática progresiva de la arteria aberrante, o la rigidez provocada por la arteriosclerosis en la pared del vaso.

El manejo efectivo de esta condición requiere una evaluación precisa que incluya pruebas de imagen relevantes como TAC y RMN, consideradas el estándar de oro. Otras pruebas, como el esofagograma con bario y la endoscopia, siguen siendo fundamentales para orientar el diagnóstico inicial. Además, se necesita un enfoque terapéutico multidisciplinario y personalizado, en el que participan gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos vasculares y que variará según la gravedad, desde cambios en la dieta hasta cirugía para ligar o reposicionar la arteria subclavia aberrante y así aliviar la compresión.

Bibliografía

1. Jahangeer S, Bashir M, Harky A, et al. Aberrant subclavian: new face of an old disease. *J Vis Surg.* 2018 May 22;4:108. doi:10.21037/jovs.2018.05.11.
2. Febrero B, Ríos A, Rodríguez JM, Parrilla P. Dysphagia lusoria as a differential diagnosis in intermittent dysphagia. *Gastroenterol Hepatol.* 2017 May;40(5):354-356. doi:10.1016/j.gastre.2016.03.012.
3. Nedelcu AH, Lupu A, Moraru MC, et al. Morphological aspects of the aberrant right subclavian artery—a systematic review of the literature. *J Pers Med.* 2024 Mar 22;14(4):335. doi:10.3390/jpm14040335.
4. Coles M, Sharma A. Dysphagia lusoria: is the dysmotility connection illusory or real? *Dig Dis Sci.* 2020 Apr;65(4):942-945. doi:10.1007/s10620-020-06152-2.