



Tos crónica como síntoma precursor infrecuente de Aneurisma de Aorta Torácica: Reporte de Caso.

Chronic cough as an uncommon clinical presentation of thoracic aortic aneurysm: a case report.

Villablanca, A. (1), Concha I. (1),
Chaparro T. (1), Parra K. (2), Vergara K.
(1), Neira Y (1).

(1) Interno/a de Medicina,
Universidad Universidad
Católica de la Santísima
Concepción, Chillán, Chile

(2) Estudiante de Medicina,
Universidad Universidad
Católica de la Santísima
Concepción, Chillán, Chile

Recibido el 22 de 05 de 2026.

Aceptado el 14 de septiembre de 2026.

Publicado el 29 de septiembre de 2026.

Correspondencia: Antonia Ester

Villablanca Vega

Correo: avillablanca@medicina.ucsc.cl

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.

REVISTA
ANACEM



Resumen

La tos crónica es un síntoma que se caracteriza por presentar una duración superior a 8 semanas. Esta corresponde a una causa frecuente de consulta médica y se asocia con mayor frecuencia a patologías respiratorias, tales como: asma, enfermedad por reflujo gastroesofágico y síndrome de goteo postnasal. En una menor cantidad de casos, puede manifestarse secundariamente a enfermedades cardiovasculares, neurológicas o mediastínicas. Por otro lado, los aneurismas aórticos son dilataciones permanentes y localizadas de la aorta que exceden en más del 50% el diámetro esperado del vaso. El desarrollo de esta patología se relaciona con alteraciones estructurales de la pared arterial, incluyendo degradación de elastina, colágeno y células musculares lisas, que favorecen la pérdida de la integridad vascular, progresión del aneurisma y eventual disección o ruptura. Dentro de sus principales factores de riesgo podemos encontrar la hipertensión arterial, tabaquismo, envejecimiento, dislipidemia y enfermedades genéticas asociadas a alteraciones de la pared vascular. Finalmente, el nervio laríngeo recurrente izquierdo, una rama del nervio vago, rodea el arco aórtico antes de ascender hacia la laringe, motivo por el cual puede verse comprometido por patologías cardiovasculares expansivas como aneurismas y disecciones de aorta torácica. El síndrome de Ortner corresponde a una entidad infrecuente caracterizada por parálisis del nervio laríngeo recurrente

izquierdo secundario a compresión extrínseca o enfermedades cardiopulmonares subyacentes. Clínicamente se puede manifestar mediante tos crónica, disfonía, ronquera, disfagia y disnea. El reconocimiento de estas etiologías poco frecuentes resulta imperativo para ampliar el diagnóstico diferencial de síntomas respiratorios persistentes y realizar un diagnóstico oportuno de patologías cardiovasculares potencialmente graves.

Palabras clave: Tos crónica; Aneurisma aórtico torácico ; Nervio laríngeo recurrente



Abstract

Chronic cough is a symptom characterized by a duration of more than eight weeks. It is a frequent reason for seeking medical attention and is most often associated with respiratory conditions such as asthma, gastroesophageal reflux disease, and postnasal drip. In fewer cases, it can be secondary to cardiovascular, neurological, or mediastinal diseases. Aortic aneurysms, on the other hand, are permanent, localized dilations of the aorta that exceed the expected diameter of the vessel by more than 50%. The development of this condition is related to structural alterations of the arterial wall, including the degradation of elastin, collagen, and smooth muscle cells, which contribute to the loss of vascular integrity, aneurysm progression, and eventual dissection or rupture. The main risk factors include high blood pressure, smoking, aging, dyslipidemia, and genetic diseases associated with vascular wall abnormalities. Finally, the left recurrent laryngeal nerve, a branch of the vagus nerve, loops around the aortic arch before ascending to the larynx, which is why it can be compromised by expansive cardiovascular pathologies such as aneurysms and thoracic aortic

dissections. Ortner syndrome is a rare condition characterized by paralysis of the left recurrent laryngeal nerve secondary to extrinsic compression or underlying cardiopulmonary diseases. Clinically, it can manifest as chronic cough, dysphonia, hoarseness, dysphagia, and dyspnea. Recognizing these rare etiologies is essential to broaden the differential diagnosis of persistent respiratory symptoms and to make a timely diagnosis of potentially serious cardiovascular pathologies.

Key words: Chronic Cough ; Aortic Aneurysm, Thoracic ; Recurrent Laryngeal Nerve



Introducción

La tos crónica, definida como tos que dura 8 semanas o más, es una afección común que representa una de las principales causas de consulta en entornos de atención ambulatoria y primaria. La tos crónica afecta a aproximadamente el 10 % de los adultos en diferentes poblaciones generales. Su prevalencia es mayor en Europa, América y Australia (10-20%). La etiología es amplia y predominantemente abarca patologías respiratorias como lo es el asma, enfermedad por reflujo gastroesofágico y síndrome de goteo postnasal. Sin embargo, en una menor cantidad de casos puede corresponder a manifestaciones extrapulmonares secundarias a compromiso cardiovascular, neurológico o mediastínico (1) (2) (3).

La aorta corresponde a la arteria de mayor calibre en el organismo y se divide anatómicamente en cinco segmentos: raíz aórtica, aorta

ascendente, arco aórtico, aorta descendente y aorta abdominal. Histológicamente, está compuesta por tres capas; íntima, media y adventicia, que le confieren resistencia y elasticidad frente a variaciones de presión de flujo sanguíneo (4).

Los aneurismas aórticos corresponden a dilataciones permanentes y localizadas de la aorta que exceden en más del 50% el diámetro esperado del vaso. La incidencia de la entidad es de 0,37 casos por cada 100.000 personas con una presentación asintomática en un 90% de los pacientes. Se ha observado una incidencia creciente explicada por el aumento de la esperanza de vida. Su desarrollo refleja alteraciones estructurales y funcionales de la pared aórtica, particularmente de componentes de la matriz extracelular como elastina, colágeno y células musculares lisas vasculares. La degradación y remodelación anormal de estos elementos favorecen la pérdida de integridad mecánica de la pared arterial, facilitando su dilatación progresiva y



eventual disección o ruptura. Diversos factores de riesgo se han asociado al desarrollo de aneurismas aórticos, incluyendo hipertensión arterial, tabaquismo, envejecimiento, dislipidemia, enfermedad valvular aórtica y alteraciones genéticas que afectan la homeostasis vascular y el desarrollo de la aorta (5) (6) (7) (8).

El nervio laríngeo recurrente izquierdo, rama del nervio vago, desciende hasta el mediastino y rodea el arco aórtico a nivel del ligamento arterioso antes de ascender nuevamente hacia la laringe. Debido a este trayecto intratorácico puede verse comprometido por patologías cardiovasculares expansivas, particularmente aneurismas de aorta torácica y disecciones al mismo nivel (9).

El síndrome de Ortner, corresponde a una entidad infrecuente caracterizada por parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo secundaria a enfermedad cardiopulmonar subyacente o compresión extrínseca del nervio por

efecto de masa como lo son los aneurismas. Clínicamente, puede manifestarse con síntomas como tos crónica, disfonía, ronquera, disfagia y disnea. La comorbilidad más frecuentemente asociada es el aneurisma aórtico (40%), hipertensión pulmonar (35%), estenosis mitral (17%) y la hipertensión arterial esencial (12%) (10) (11) (12) (13) (14) (15).

El objetivo del presente estudio es reportar el caso de un paciente con tos crónica como manifestación inicial de un aneurisma de aorta torácica, destacando la importancia de sospechar patologías cardiovasculares infrecuentes frente a cuadros de tos crónica.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento antihipertensivo y hernioplastía izquierda, quien consultó en el servicio de urgencias por tos seca de 3 meses de evolución, dolor torácico lacerante



leve a moderado con irradiación hacia dorsal de 3 meses de evolución y disnea progresiva de 8 días de evolución. Previo a su consulta se había realizado un ecocardiograma transesofágico que mostró una insuficiencia aórtica leve a moderada asociado a una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 60% y un test de esfuerzo sin alteraciones. Además, se realizó una tomografía computarizada, en la que, incidentalmente se reporta un aneurisma de aorta torácica proximal con disección aórtica Stanford B.

Al examen físico el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, auscultación cardíaca con ritmo regular en dos tiempos sin soplos, auscultación pulmonar sin ruidos agregados, abdomen blando, depresible e indoloro, pulsos en extremidades superiores simétricos. Destacando hipertensión arterial de 157/91 mmHg, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto y saturación de oxígeno de 95% ambiental.

Su estudio inicial en el servicio de urgencias contempló exámenes de laboratorio sin alteraciones. Se decide iniciar manejo con volemicación cautelosa y terapia farmacológica que incluía: Carvedilol 6.25 mg cada 12 horas, Amlodipino 5 mg al día, 40 mg de telmisartán / 12.5 mg de hidroclorotiazida 1 comprimido al día y Omeprazol 40 mg al día. Por otro lado, se decidió trasladar al paciente a una unidad de paciente crítico debido a la categorización de su patología como potencialmente letal.

Se solicitó un electrocardiograma compatible con bradicardia sinusal asociada a un patrón de repolarización precoz benigna, sin signos evidentes de isquemia aguda ni trastorno mayor de conducción (**Figura 1**).

Además, se solicitó una radiografía de tórax que evidenció ensanchamiento del mediastino (**Figura 2**).



Posteriormente, con el objetivo de ampliar el estudio se solicitó una angiotomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidenció una dilatación aneurismática del arco aórtico de 56 milímetros aproximadamente en la zona 2, además se observó un pequeño flap de disección distal a la arteria subclavia izquierda, la cual tenía un nacimiento anómalo distal en la aorta descendente. Por su parte, la arteria vertebral izquierda nacía en el arco aórtico y presentaba un tamaño de 8 mm. La aorta descendente era normal y tenía un tamaño de 30 mm (**Figura 3**).

La presencia de una dilatación aneurismática significativa del arco aórtico, asociada a disección, en un paciente con tos seca persistente, dolor torácico y disnea, y sin hallazgos pulmonares relevantes al examen físico, permitió considerar una posible relación entre la sintomatología y la patología aórtica. Es por ello que se decidió solicitar una evaluación por otorrinolaringología, que al realizar la

nasofibroscopia objetiva una parálisis de la cuerda vocal izquierda, confirmando así una parálisis del nervio laríngeo recurrente

En consideración del estudio realizado, la evaluación por parte del comité de cardiocirugía decidió que, debido a la patología subyacente y presentación clínica del paciente se optaría por un abordaje quirúrgico. Frente a ello, se decidió complementar el estudio con una coronariografía, en la que se observaron arterias coronarias sin lesiones obstructivas. Durante el abordaje quirúrgico, se realizó un reemplazo de aorta ascendente con prótesis Evita Neo N°30, asociado a un bypass carotídeo subclavio izquierdo y reimplante de vasos supra aórticos.

Posterior a la cirugía se realizó una nueva angiotomografía computarizada, en la que se evidenció la prótesis de arco aórtico, sin extravasaciones, con un diámetro transversal máximo de 5,8 cm, con resto de aorta torácica de calibre normal. Además, se observó un



leve derrame pleural bilateral, junto a atelectasias segmentarias en ambas bases pulmonares e imagen sugerente de trombos en la arteria interlobar y segmentaria para el lóbulo inferior derecho. En el postoperatorio inmediato presentó hemodinamia estable, con requerimientos de oxígeno adicional FiO2 28% por naricera, sin apremio ventilatorio y recuperación con movilización precoz.

Finalmente, el paciente cursó una evolución clínica favorable posterior a la resolución quirúrgica, con adecuada recuperación hemodinámica y manejo oportuno de las complicaciones postoperatorias.

En cuanto a sus consideraciones éticas, el presente trabajo corresponde a un reporte de caso clínico individual y no contempla una intervención experimental ni procedimientos adicionales con fines de investigación, es por ello que para su publicación se cuenta exclusivamente con el consentimiento informado del paciente

y no con la aprobación de un Comité Ético Científico, siguiendo con los requerimientos de las bases de publicación de caso clínico de la Revista.

Discusión y conclusión

La tos crónica constituye un síntoma frecuente de consulta y presenta un amplio diagnóstico diferencial, siendo las causas respiratorias y gastrointestinales las más habituales. Sin embargo, existen causas extrapulmonares menos frecuentes que deben considerarse, especialmente ante la presencia de síntomas de alarma o hallazgos anormales en estudios de imagen. En este contexto, las enfermedades cardiovasculares y, particularmente, los aneurismas de aorta torácica, pueden presentarse con síntomas derivados de su relación anatómica con estructuras mediastínicas. Estos pueden manifestarse mediante síntomas secundarios a su crecimiento y a la



compresión de estructuras adyacentes. Entre estas estructuras se encuentra el nervio laríngeo recurrente izquierdo, cuyo trayecto intratorácico mantiene una estrecha relación con el arco aórtico. Las características anatómicas y las variaciones en la ramificación de este nervio permiten comprender su potencial compromiso frente a alteraciones estructurales de las regiones cardiovasculares adyacentes (9).

En este contexto, la angiotomografía computarizada continúa siendo el examen de elección para la evaluación de aneurismas y disección aórtica, permitiendo definir extensión, compromiso y eventual planificación quirúrgica.

Como limitaciones del presente caso destaca la ausencia de estudio otorrinolaringológico complementario, incluyendo laringoscopia para objetivar parálisis cordal izquierda, lo que habría permitido establecer con mayor precisión la presencia de síndrome de

Ortner. Asimismo, no se contó con una descripción imagenológica dirigida a evaluar específicamente la existencia de compresión de la vía aérea por el aneurisma. Por estas razones, aunque existe plausibilidad anatómica y temporal para relacionar la tos con la patología aórtica, no es posible establecer de manera definitiva un mecanismo causal. Finalmente, no se contó con seguimiento clínico prolongado que permita evaluar la evolución de la tos posterior a la reparación quirúrgica del aneurisma.

En conclusión, frente a la duda etiológica respecto a cuadros de tos crónica se debe realizar un estudio amplio, que incluya la sospecha de etiologías extrapulmonares, considerando causas cardiovasculares potencialmente graves dentro de los diagnósticos diferenciales.



Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

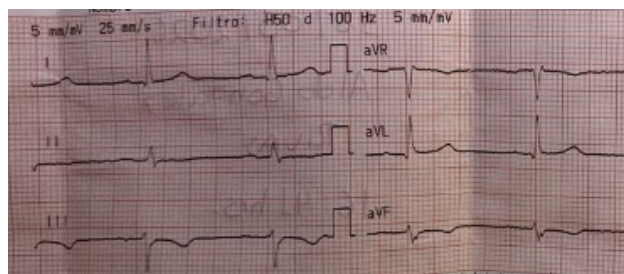


Figura 1: Electrocardiograma que evidencia bradicardia sinusal asociada a un patrón de repolarización precoz benigna.



Figura 2: Radiografía de tórax que evidencia ensanchamiento del mediastino.

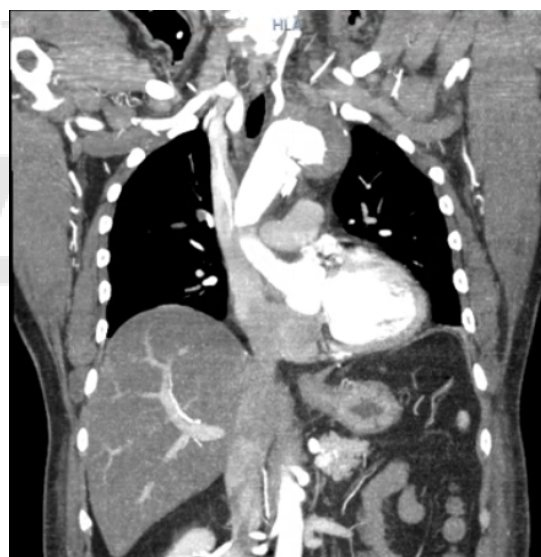


Figura 3. Angiotomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidencia dilatación aneurismática de la aorta en su cayado con un flap de disección que involucra la aorta proximal a la emergencia de la arteria subclavia izquierda.



Referencias

1. Turner RD, Birring SS. Chronic cough as a disease. *ERJ Open Res.* 2024 nov 18;10(6):00459-2024. doi:10.1183/23120541.00459-2024. PMID:39559449; PMCID:PMC11571073.
2. Chung KF, McGarvey L, Song WJ, Chang AB, Lai K, Canning BJ, Birring SS, Smith JA, Mazzone SB. Cough hypersensitivity and chronic cough. *Nat Rev Dis Primers.* 2022 jun 30;8(1):45. doi:10.1038/s41572-022-00370-w. PMID:35773287; PMCID:PMC9244241.
3. Smith JA. El panorama terapéutico en la tos crónica. *Lung.* 2024 feb;202(1):5-16. doi:10.1007/s00408-023-00666-y. Publicado electrónicamente 2023 dic 21. PMID:38127133; PMCID:PMC10896934.
4. Writing Committee Members, Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, Braverman AC, Bray BE, Brown-Zimmerman MM, Chen EP, Collins TJ, DeAnda A Jr, Fanola CL, Girardi LN, Hicks CW, Hui DS, Jones WS, Kalahasti V, Kim KM, Milewicz DM, Oderich GS, Ogbechie L, Promes SB, Ross EG, Schermerhorn ML, Times SS, Tseng EE, Wang GJ, Woo YJ. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022 dic 13;80(24):e223-e393. doi:10.1016/j.jacc.2022.08.004. Publicado electrónicamente 2022 nov 2. PMID:36334952; PMCID:PMC9860464.
5. Faiza Z, Sharman T. Thoracic Aortic Aneurysm. [actualizado el 1 may 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 24 may 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554567/>
6. Nistal JF. Epidemiología, diagnóstico, clasificación e



- indicaciones quirúrgicas actuales de los aneurismas de la aorta toracoabdominal. *Cirugía Cardiovascular*. 2023;30(6):339-356. doi:10.1016/j.circv.2023.09.002.
7. Ardahanlı İ, Aslan R, Özkan Hİ, Özel F, Özmen M. Una revisión contemporánea del aneurisma de la aorta torácica: de la patogénesis molecular a la integración clínica. *J Vasc Dis*. 2025;4(3):26. doi:10.3390/jvd4030026.
8. Chou E, Pirruccello JP, Ellinor PT, Lindsay ME. Genetics and mechanisms of thoracic aortic disease. *Nat Rev Cardiol*. 2023 mar;20(3):168-180. doi:10.1038/s41569-022-00763-0. Publicado electrónicamente 2022 sep 21. PMID:36131050; PMCID:PMC12175203.
9. Krishnan PB, Santosh MP. An atypical bilateral trifurcation of recurrent laryngeal nerve. *BMC Surg*. 2022 may 13;22(1):176. doi:10.1186/s12893-022-01624-w. PMID:35562686; PMCID:PMC9101918.
10. Satia I, Hassan W, McGarvey L, Birring SS. The clinical approach to chronic cough. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2025 mar;13(3):454-466. doi:10.1016/j.jaip.2024.11.004. Publicado electrónicamente 2024 nov 16. PMID:39557290.
11. Zhang Z, Feng H, Chen X, Li W. Ortner's syndrome secondary to thoracic aortic aneurysm: a case series. *J Cardiothorac Surg*. 2022 oct 20;17(1):270. doi:10.1186/s13019-022-02023-1. PMID:36266693; PMCID:PMC9583463.
12. Verma S, Talwar A, Talwar A, Khan S, Krishnasastri KV, Talwar A. Ortner's syndrome: a systematic review of presentation, diagnosis and management. *Intractable Rare Dis Res*. 2023 ago;12(3):141-147. doi:10.5582/irdr.2023.01047. PMID:37662622; PMCID:PMC10468413.
13. Arango Guerra P, Ortega-Agamez C, Naranjo-Restrepo S. Ortner's syndrome (cardiovocal syndrome): a case report. *Cureus*. 2023 may 1;15(5):e38408. doi:10.7759/cureus.38408.



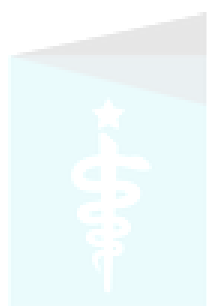
PMID:37265902;

PMCID:PMC10231905.

14. Fu ZQ, Li S. Ortner's syndrome secondary to aortic arch aneurysm after SARS-CoV-2 infection. J Geriatr Cardiol. 2025 feb 28;22(2):274-276. doi:10.26599/1671-5411.2025.02.00

5. PMID:40104829;
PMCID:PMC11911159.

15. Leoce BM, Bernik JT, Voigt B, Dardik H, Bernik TR. Ortner syndrome secondary to saccular thoracic aneurysm. J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2021;7(3):371-373. doi:10.1016/j.jvscit.2021.05.005. PMID:34278060;
PMCID:PMC8261533.



REVISTA
ANACEM