

Síndrome de Paget-Schrötter. Aportación de un caso

J. M. PEREZ MORENO, J. RIVAS MARTIN, F. VALLEJO VAZQUEZ, G. BICHARA y F. VENERO MONTERO.

Cátedra de Patología y Clínica Médica y Cátedra de Patología Quirúrgica. Hospital M. de Mora. Universidad de Cádiz.

(Recibido, 29 de noviembre de 1983.)

RESUMEN

Se revisa el síndrome de Paget-Schrötter a propósito de un caso personal cuyo diagnóstico fue confirmado mediante el correspondiente estudio flebográfico. Se descartaron posibles causas que secundariamente pudieran ser motivo de la oclusión al flujo venoso. Se hace hincapié en la existencia de un esfuerzo brusco o repetido como factor etiológico que incide sobre el conflicto mecánico que supone la encrucijada subclavioaxilar. Comentamos la oportunidad del tratamiento médico o quirúrgico en relación con el tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro y la asistencia a consulta.

INTRODUCCION

La «tromboflebitis por esfuerzo del miembro superior» fue descrita por PAGET y posteriormente por SCHRÖTTER a finales del siglo pasado^{1,5,8}. A mediados del presente siglo, HUGHES³ reconsidera las diferentes posibilidades etiológicas y propone la denominación de «síndrome de Paget-Schrötter» para las obstrucciones venosas a nivel de la encrucijada subclavioaxilar. PIULACHS⁶ prefiere el término de «tromboflebitis autóctona del miembro superior», ya que el dato del esfuerzo no es siempre objetivable. La baja incidencia viene reflejada porque tan sólo representan del 1,5 al 3 % del total de las trombosis venosas periféricas en todas las estadísticas publicadas^{8,9}.

La oclusión en el flujo venoso a nivel del enclave subclavioaxilar, precedida de un esfuerzo brusco o repetido, obliga a descartar otras posibles causas, como costilla cervical, procesos inflamatorios o neoplásicos, aneurismas, estasis postraumáticos, etc.^{1,2}.

Se trata pues de una afección benigna, unilateral, que acepta como factor patogénico común un conflicto mecánico^{2,7}. Se instaura rápidamente sin comprometer el estado general⁴. Clínicamente se traduce por edema elástico a tensión, tonalidad cianótica cutánea, importancia funcional relativa con sensación de pesadez del miembro afecto y aparición de una abundante red venosa complementaria que se extiende a brazo, hombro y parte anterior del tórax^{2,10}. La confirmación diagnóstica es aportada por el estudio flebográfico, que pone de manifiesto la obstrucción venosa y la presencia de una manifiesta red vicariante^{2,5,7,8}. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico, basado en el uso de anticoagulantes y antiinflamatorios el primero y en la práctica de trombectomía o flebectomía con o sin injerto venoso el segundo^{5,8,9}.

OBSERVACION CLINICA

Paciente varón de 20 años. Estudiante. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. Practica habitualmente tenis de mesa.

Anamnesis: Acude a consulta por presentar desde hace unos 35 días molestias en miembro superior derecho consistentes en hinchazón de la extremidad, con sensación de tensión y pesadez; el cuadro se instauró de forma rápida y no recuerda traumatismo anterior, aunque el día antes estuvo practicando tenis de mesa durante unas horas. No refiere dolor, pero señala dificultad de movimientos de la extremidad afecta tras mínimos esfuerzos; la sintomatología mejora con el reposo y aumenta con la actividad física.

Exploración física: Paciente atlético con buen estado general; la exploración cardiopulmonar y del aparato locomotor no ofrece datos patológicos; pulsos periféricos presentes. En todo el miembro superior derecho destaca la presencia de una tonalidad levemente cianótica con un edema a tensión, cuya comparación con la extremidad opuesta es claramente objetiva; en la palpación se comprueba la existencia de un edema tenso, elástico, indoloro, con temperatura normal y que no se deprime a la presión. A nivel de tercio superior de brazo, hombro y zona infraclavicular derecha se objetiva una importante red venosa colateral (Fig. 1).

Exploraciones complementarias: Bioquímicamente (hematimetría, VSG, glucemia, urea y pruebas de hemorragia y coagulación) no se detectaron valores patológicos. Estudio radiológico de tórax normal. Ante la sospecha clínica de un proceso obstructivo venoso en la encrucijada subclavioaxilar se practicó flebografía por punción de la vena céfalica derecha; se puso de manifiesto una normal replección de la vena basilica y aportes periféricos, con ausencia de relleno en la vena subclavia derecha debido a la presencia de un stop completo por trombosis; una gran red vascular complementaria que drena a vena yugular derecha completa la imagen flebográfica (Fig. 2).

Con el diagnóstico de «tromboflebitis de esfuerzo de la vena subclavia derecha» se instauró tratamiento conservador a base de reposo del miembro afecto y antiinflamatorios; se desecharon la terapia anticoagulante o quirúrgica debido al tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro, así como por la buena evolución clínica y la



Fig. 1.—Red venosa colateral visible a la inspección física.

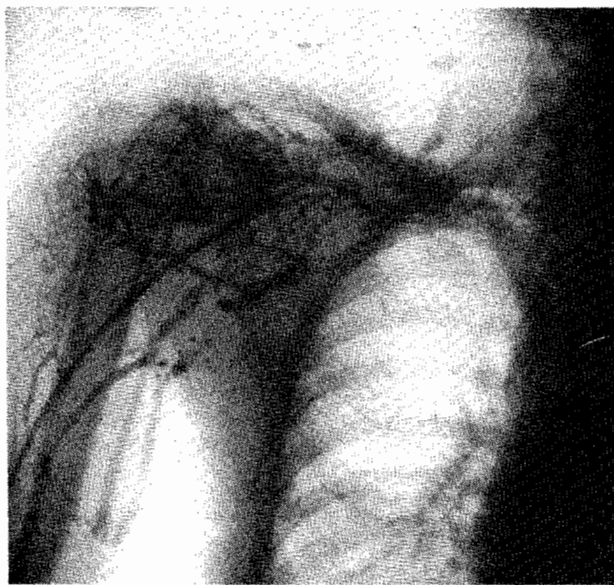


Fig. 2.—Flebograma. Stop en vena subclavia derecha, con evidente circulación complementaria.

ausencia de complicaciones. A partir de la primera semana de iniciado el tratamiento desapareció la sintomatología, reapareciendo, aunque con menor intensidad, tras realizar sobreesfuerzos con el miembro afecto. A los 30 días el cuadro clínico remitió por completo.

A los 3 meses, con el paciente totalmente asintomático, se repitió el estudio flebográfico y aunque no varió sustancialmente el patrón radiológico, se observa una red vicariante plenamente suficiente pasando el contraste sin dificultad a menor presión.

COMENTARIO

Descartadas otras posibles causas que puedan motivar un stop venoso a nivel de la encrucijada subclavioaxilar, consideramos que el síndrome de Paget-Schrötter es secundario a un esfuerzo; no obstante, como ocurre en nuestro caso, no ha de tratarse obligatoriamente de un esfuerzo o ejercicio brusco o violento, sino de microtraumatismos repetidos que inciden sobre el conflicto mecánico que supone el desfiladero costoclavicular^{2,3}.

En cuanto al diagnóstico consideramos que éste es fundamentalmente clínico^{2,10}, teniendo gran importancia la anamnesis, la unilateralidad del cuadro y la nula repercusión del estado general. La confirmación diagnóstica es aportada por el estudio flebográfico que demuestra la presencia de una trombosis venosa subclavioaxilar^{2,5,7,8}.

En cuanto al tratamiento creemos que el éxito terapéutico dependerá del momento de la instauración de éste⁵. A partir de las 48-72 horas el tratamiento conservador sólo suele ofrecer resultados parciales, mientras que una actitud quirúrgica debe plantearse en un plazo máximo de 7 días. En nuestro caso, y debido al tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro y la asistencia a consulta, optamos por un tratamiento médico conservador. A la primera semana obtuvimos mejoría clínica con el miembro en reposo, estando plenamente asintomático a los 30 días. En realidad esto no presupone «restitutio ad integrum», ya que en el flebograma de control no se objetivó recanalización del trombo venoso, aunque la circulación de retorno estaba plenamente garantizada con la red suplementaria.

BIBLIOGRAFIA

1. GOMEZ CONDE, S.; CASAL NUÑEZ, E.; OYANGUREN BARAJAS, L. M.; GOMEZ BELTRAN, F., y DIEZ-CABALLERO LASHERAS, F.—Síndrome de Paget-Von Schrötter. A propósito de un caso personal.—*Rev. Clín. Esp.*, 159, 71, 1980.
2. DREWES, J.—Besondere Venenerkrankungen.—*Rhein. Arzt.*, 9, 446, 1977.
3. HUGHES, E. R.—Collective review: Venous obstruction in the upper extremity.—*Int. Abst. Surg.*, 88, 1949.
4. ADAMS, J. T.; MC EVOY, R. K., y DE WEESE, J. A.—Primary deep venous thrombosis in upper extremity.—*Surgery*, 91, 29, 1965.
5. GALINDO, N.; OSSO, J.; CONILL, C., y RIUS, M. T.—El síndrome de Paget-Von Schrötter. Presentación de seis casos.—*Angiología*, 29, 15, 1977.
6. PIULACHS, P.—Lecciones de patología quirúrgica. Afecciones de los vasos y nervios periféricos.—Toray, Barcelona, 1125, 1966.
7. MARTINEZ-URREA, J., y MARTINEZ-URREA DUALDE, J. V.—Tromboembolismos venoso de los miembros.—*Jano*, 519, 72, 1982.
8. MATE SANZ, J. M.; GARCIA GARCIA, F.; ACIN GARCIA, F.; MENDEZ SANGIL, B., y MEDINA SOTILLOS, I.—Obstrucción del sistema venoso de las extremidades superiores.—*Pathos*, 38, 82, 1982.
9. OCHSNER, A.; DE BAKEY, M. E.; DE CAMP, P. T., y DAROCHA, E.—Thromboembolism: An analysis of cases at the Charity Hospital in New Orleans over a 12 year period.—*Ann. Surg.*, 134, 405, 1951.
10. TILNEY, N. I.; GRIFFITHS, H. J., y EDWARDS, E. A.—Natural history of major venous thrombosis of the upper extremity.—*Arch. Surg.*, 101, 792, 1970.