

José Manuel Lorente-Herce*, Pablo Parra-Membrives,
Daniel Díaz-Gómez, Darío Martínez-Baena,
Macarena Márquez-Muñoz y Francisco Javier Jiménez-Vega

Unidad de Gestión Clínica, Enfermedades Digestivas, Hospital
Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lorente82@gmail.com (J.M. Lorente-Herce).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2012.02.015

Síndrome de Paget-Schroetter

Paget-Schroetter syndrome

El síndrome de Paget-Schroetter es una enfermedad relativamente infrecuente pero de especial importancia por afectar a sujetos jóvenes y sanos¹. Su manejo es controvertido y suele precisar tratamiento médico, quirúrgico y endovascular.

Presentamos un caso de una mujer de 48 años, fumadora (20 paquetes/año), sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor y edema en miembro superior derecho súbito, de menos de 24 h de evolución. La exploración física general fue normal. En el miembro superior derecho presentaba ingurgitación venosa, así como en la parte anterior del pecho. Se realizó ecografía venosa en la que no se apreció flujo en la vena subclavia derecha.

Ante el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembro superior derecho, se decide realizar flebografía con guía hueca de fibrinólisis 0,035 mm y en el mismo acto se inicia fibrinólisis intratrombo con urocinasa a dosis iniciales de 250.000 U y posteriormente 60.000 U/hora. Realizamos controles radiológicos seriados para ver evolución y así poder recolocar el catéter. A las 48 h del inicio, tras comprobar la lisis

del trombo, se decide suspender la fibrinólisis, realizar angioplastia con balón 8 × 40 mm e iniciar anticoagulación hasta la cirugía (fig. 1). Tras 4 semanas, se realiza cirugía descompresiva mediante resección transaxilar de la primera costilla. En el control flebográfico posquirúrgico se observa una estenosis residual significativa y presencia de abundantes colaterales, por lo que se coloca stent 8 × 40 mm para corrección de dicha estenosis (fig. 2). Actualmente, tras un año de evolución, la paciente está asintomática.

El síndrome de Paget-Schroetter es una trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia al pasar por el triángulo formado por el músculo escaleno anterior, la primera costilla y el tendón y músculo subclavios².

Su incidencia es de 2 por 100.000 habitantes y afecta a jóvenes (edad media 32 años) principalmente varones (2:1)³, en la extremidad superior dominante. Hasta el 80% de los pacientes refieren actividad física importante con movimientos de separación y rotación externa.

La clínica clásica consiste en dolor, edema y sensación de pesadez en el miembro afectado⁴. El inicio es brusco, en el

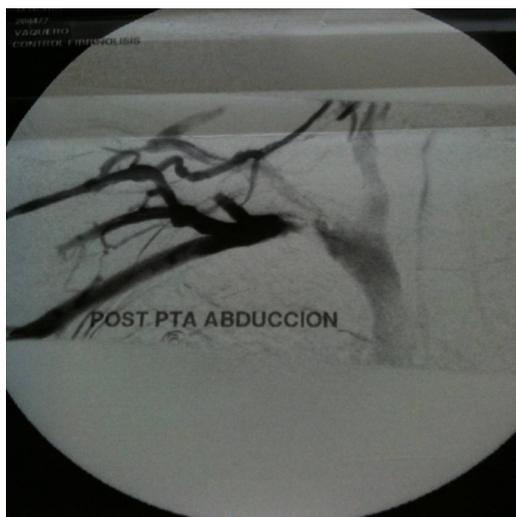


Figura 1 – Flebografía inicial a las 48 h del inicio, tras fibrinólisis y angioplastia con maniobras de provocación.

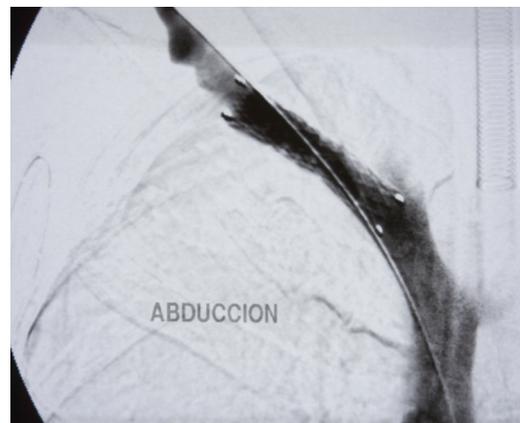


Figura 2 – Resultado final tras resección de la primera costilla y colocación de stent.

85%¹ de los casos los síntomas comienzan antes de 24 h desde la realización del ejercicio.

El eco-doppler⁵ es la primera técnica diagnóstica a realizar. En manos expertas es muy sensible (78-100%) y específica (82-100%)⁶. El siguiente paso es la flebografía en la que se puede objetivar trombosis de la vena subclavio-axilar en la unión costoclavicular y presencia de abundantes colaterales¹. En caso de no observar dicha obstrucción, la presencia de colaterales siempre implica cierto grado de estenosis. Las maniobras de provocación, como la separación de la extremidad, pueden ayudar al diagnóstico¹.

No hay un claro consenso respecto al tratamiento. Hoy en día, la mayor parte de los autores están de acuerdo en que la anticoagulación en monoterapia ofrece malos resultados⁷, por lo que se recomienda asociarla a fibrinólisis y a tratamiento quirúrgico y/o endovascular⁸.

La fibrinólisis con estreptoquinasa o urocinasa intratombos en fase aguda (antes de 10 días) es muy efectiva (hasta 100%) y segura, siendo el tratamiento de elección⁵. Dado que la desaparición del trombo no resuelve el cuadro ni elimina la compresión venosa, se recomienda realizar cirugía descompresiva. Previamente a dicha cirugía, la angioplastia o la colocación de stent no están indicadas, ya que pueden lesionar más el endotelio y la articulación puede llegar a obstruir e incluso romper el stent⁴.

La técnica quirúrgica descompresiva² más utilizada es la resección transaxilar de la primera costilla, tiene poca morbilidad y excelentes resultados estéticos. Sus principales complicaciones son la lesión del nervio torácico largo, hemoemotórax y la resección de la segunda costilla. Otros abordajes como desarticulación esternal, claviclectomía o vía supra/infraclavicular, también están descritas. Una de las ventajas de esta última es la posibilidad de realizar una reconstrucción venosa completa⁹, en casos en los que persisten la clínica o defectos hemodinámicos.

El momento de realizar la cirugía está en debate; hay autores que recomiendan realizarla 3 meses después de la fibrinólisis, ya que la tasa de complicaciones es menor⁵. Por otro lado, las últimas series proponen realizarla inmediatamente por el riesgo de recurrencia hasta la cirugía, además de que la recuperación es más rápida⁷. En cualquier caso se debe anticoagular al paciente entre 3 y 6 meses tras la descompresión.

En los casos en los que los resultados son subóptimos, tras la cirugía se puede plantear en este momento angioplastia o colocación de stent, aunque, si es posible, se prefiere evitar su uso⁷.

En conclusión, el síndrome de Pager-Schroetter es una enfermedad infradiagnosticada, que afecta a individuos jóvenes en su extremidad dominante. El manejo más aceptado

es fibrinólisis lo antes posible, cirugía descompresiva y anticoagulación, con lo que las secuelas disminuyen y más del 90% de los pacientes se reincorporan a su actividad habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ilig KA, Doyle AJ. A comprehensive review of Paget-Schroetter syndrom. *J Vasc Surg.* 2010;51:1538-47.
2. Azakie A, McElhinney DB, Thompson RW, Raven RB, Messina LM, Stoney RJ. Surgical management of the subclavian-vein effort thrombosis as a result of thoracic outlet compression. *J Vasc Surg.* 1998;28:777-86.
3. Guzzo JL, Chang K, Demos J, Black JH, Freischlag JA. Preoperative thrombolysis and venoplasty affords no benefit in patency following first rib resection and scalenectomy for subacute and chronic subclavian vein thrombosis. *J Vasc Surg.* 2010;52:658-63.
4. Schenider DB, Dimuzio PJ, Martin ND, Gordon RL, Wilson MW, Laberge JM, et al. Combination treatment of venous thoracic outlet syndrome: open surgical decompression and intraoperative angioplasty. *J Vasc Surg.* 2004;40:599-603.
5. Lee JT, Karwowski JK, Harris J, Haukoos JS, Olcott C. Long-term thrombotic recurrence after nonoperative management of Paget-Schroetter syndrome. *J Vasc Surg.* 2006;43:1236-43.
6. Chin EE, Zimmerman PT, Grant EG. Sonographic evaluation of upper extremity deep venous thrombosis. *J Ultrasound Med.* 2005;24:829-38.
7. Molina JE, Hunter DW, Dietz CA. Paget-Schroetter syndrome treated with thrombolytics and immediate surgery. *J Vasc Surg.* 2007;45:328-34.
8. Landry GJ, Liem TK. Endovascular management of Paget-Schroetter syndrome. *Vascular.* 2007;15:290-6.
9. Doyle A, Wolford HY, Davies MG, Adams JT, Singh MJ, Saad WE, et al. Management of effort thrombosis of the subclavian vein: today's treatment. *Ann Vasc Surg.* 2007;21:723-9.

Marta Botas Velasco*, Pablo Calvín Álvarez,
Fernando Vaquero Lorenzo, Andrés Álvarez Salgado
y Luis Javier Álvarez Fernández

*Servicio de Cirugía Vasculard, Hospital de Cabueñes, Gijón,
Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martabotas@hotmail.com
(M. Botas Velasco).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2012.02.014