

Trombosis venosa del tronco axilo-subclavio (*)

A propósito de tres casos tratados por trombectomía

E. CACCIATORE, M. S. SAVIANO y G. TUSCANO

**Istituto di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica
(Direttore: Prof. A. Conti). Università di Modena (Italia)**

La trombosis venosa del tronco axilo-subclavio representa una afección que en los últimos años se ha constituido en entidad nosológica bien definida por sus caracteres clínicos y anatomopatológicos, pero que no obstante deja pendiente el problema de su patogenia y de su tratamiento. Creemos, pues, interesante exponer brevemente 3 casos que hace poco han venido a nuestra observación.

Observación I. M. R., mujer de 44 años de edad. Labores de su casa. Intervenida por cáncer ovárico bilateral con metástasis pélvicas. Al octavo día postoperatorio, edema molesto del miembro superior izquierdo, subcianosis ungueal, repleción de las venas superficiales, dolor en la raíz del miembro y que irradia hacia la parte distal, parestesias e impotencia funcional. Remitida a nuestro Servicio, practicamos flebografía: trombosis aguda axilo-subclavia, con aspecto fluctuante del trombo (fig. 1).

Intervención de urgencia: Se practica una flebotomía a través de la vía deltopectoral, transversal sobre la vena axilar, dando salida a numerosos trombos de aspecto reciente. Pasado varias veces el catéter de Fogarty en ambos sentidos y exprimido el miembro manualmente, se comprueba un buen flujo venoso. Vendaje elástico-comprensivo del miembro y terapéutica anticoagulante postoperatoria.

El buen resultado inmediato, con rápida reducción del volumen de la extremidad, persiste al año, habiendo recuperado su normal funcionalismo y actividad. La flebografía de comprobación muestra una permeabilidad absoluta de las venas humeral, axilar y subclavia (fig. 2).

Observación II. C. R., varón de 29 años de edad. Agente de expedición. Cinco días antes de su ingreso, al despertarse por la mañana, fugaz y transitoria hinchazón y dolor difuso del miembro superior derecho, con sensación de pesadez y tensión. Por la mañana de su ingreso presenta edema molesto en toda la extensión de la extremidad, con retículo venoso estásico en el tercio superior del brazo, sensación de tensión y dolorimiento difuso. Flebografía: trombosis venosa extensa del tronco axilo-subclavio derecho (fig. 3). Dada la sintomatología relativamente precoz y lo notable del cuadro objetivo, se procede a la intervención.

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

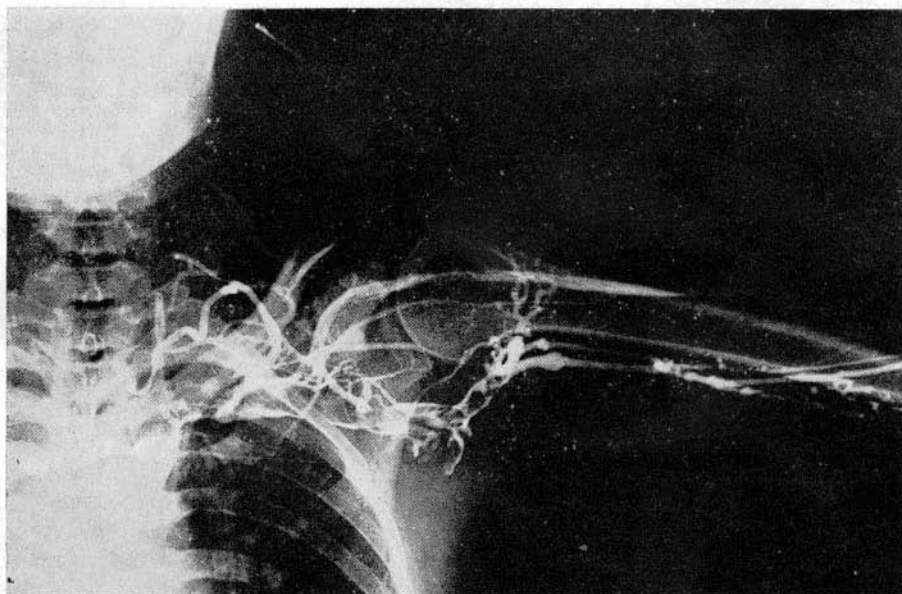


Fig. 1: Flebografía demostrando una trombosis venosa aguda del tronco axilo-subclavio izquierdo. Circulación colateral. (Obs. I).

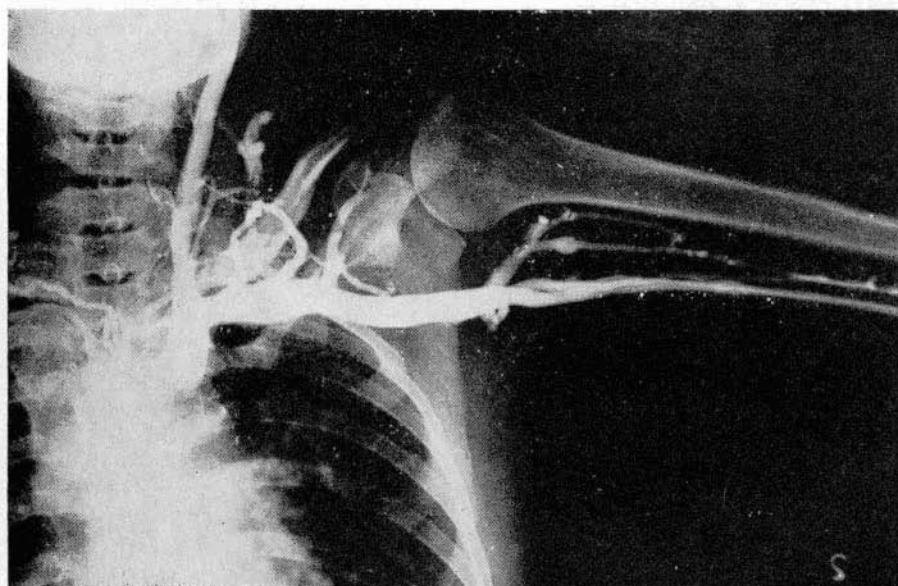


Fig. 2: El mismo caso de la figura anterior después de la trombectomía efectuada un año antes. Permeabilidad absoluta de las venas humeral, axilar y subclavia.



Fig. 3: Flebografía mostrando una trombosis venosa subaguda extensa del tronco axilo-subclavio derecho. (Obs. II).

Aislamiento de la vena axilar por vía axilar anterior; intenso proceso periflebítico. Flebotomía transversa. Extracción con pinzas de cálculo de varios trombos frescos y mediante sonda de Fogarty introducida repetidamente se exteriorizan otros trombos, uno de ellos no reciente. Tras estas maniobras y repetidas expresiones manuales del miembro se observa un buen flujo sanguíneo por ambos cabos. Vendaje elástico-compresivo y terapéutica anticoagulante postoperatoria.

Buena «restitutio ad integrum» anatómica y funcional, que persiste al año, permitiendo una actividad normal del miembro. La flebografía de comprobación muestra una permeabilidad normal de la vena axilar hasta el sector proximal de la subclavia (fig. 4).



Fig. 4: El mismo caso de la figura anterior después de la trombectomía efectuada un año antes. Permeabilidad del tronco recuperada.

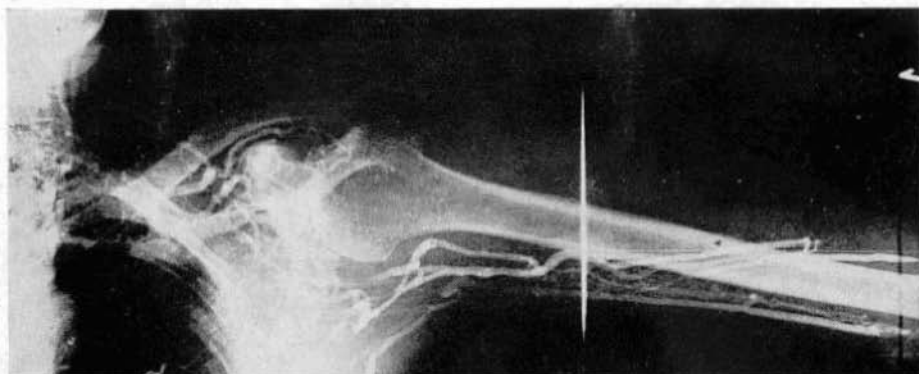


Fig. 5: Flebografía demostrando una trombosis venosa subaguda del tronco axilo-subclavio izquierda. Circulación colateral. (Obs. III).

Observación III. Z. F., varón de 65 años de edad. Albañil. Once días antes de su ingreso empieza a notar, en pleno bienestar, al final de su trabajo diurno, discreta turgencia del miembro superior izquierdo, con leve estasis venosa superficial y subcianosis distal. En los días sucesivos aumento progresivo del edema con sensación de pesadez y tensión; impotencia funcional. Flebografía: trombosis venosa del tronco axilo-subclavio (fig. 5).

Por vía deltopectoral, alargada con sección del tendón del pectoral mayor, se practica flebotomía transversal de la axilar, vena que presenta sus paredes engrosadas y con fenómenos inflamatorios. Utilizando pinzas de cálculos y la sonda de Fogarty en ambos sentidos se extraen trombos no recientes. Se com-

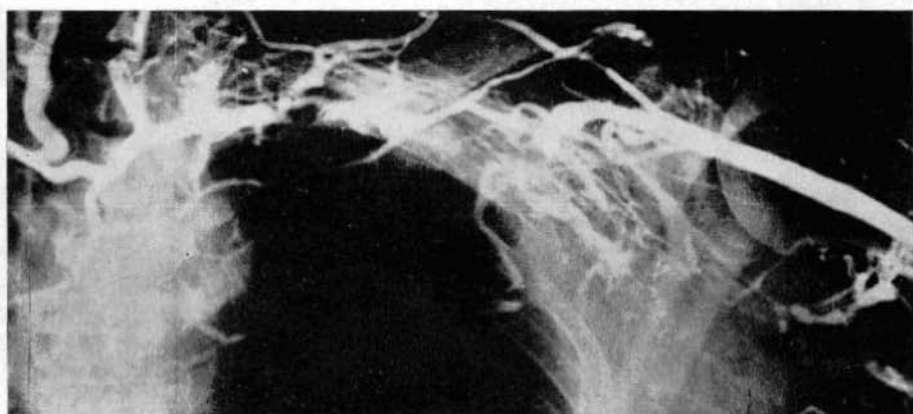


Fig. 6: El mismo caso de la figura anterior después de la trombectomía efectuada dos años antes, con resultado relativamente satisfactorio. Suficiente descarga venosa con circulación colateral bien desarrollada que reopacifica el sector proximal de la subclavia.

pleta la «toilette» de trombos distales por expresión manual del miembro, hasta obtener un discreto flujo sanguíneo distal y proximal. Vendaje elástico-compresivo y terapéutica anticoagulante postoperatoria.

En los días sucesivos se asiste a la resolución del edema y a una buena recuperación funcional del miembro. Este resultado persiste a los dos años, sintiendo el paciente, de vez en cuando, sólo un ligero edema distal al término de su jornada laboral. La flebografía de comprobación evidencia una suficiente descarga venosa con una circulación colateral bien desarrollada que reopacifica el sector proximal de la subclavia (fig. 6).

DISCUSION

Los tres casos presentados constituyen ejemplos típicos de trombosis venosa del miembro superior. El primero referible, verosíblemente, al proceso neoplásico como factor predisponente, correspondiendo los otros dos a la llamada trombosis primitiva venosa del tronco axilo-subclavio y que representa cerca del 1-2 % de todas las localizaciones. Esta forma ha sido denominada «espontánea», «idiopática», «de esfuerzo», «por stress», testimonio esta pluralidad de su incierta patogenia. Se ha atribuido a microtraumas sobre la pared venosa por formaciones anatómicas contiguas (costilla cervical, ligamento costocoracoideo, ligamento de Langer, ligamento vertebropleural, nervio frénico, haces musculares) y repetición de movimientos particulares durante determinadas actividades laborales o deportivas. No obstante, a varios de estos factores hay que concederles un valor sólo hipotético: en ninguno de nuestros pacientes, incluso aceptando un particular decúbito durante la noche en uno y un eventual esfuerzo en otro como factores favorecedores, no hemos hallado al examen objetivo y radiológico ni en el acto operatorio anomalía anatómica alguna.

En todos nuestros enfermos la flebografía ha confirmado la sospecha clínica y nos ha permitido establecer con exactitud la extensión de la trombosis confirmando, independientemente del sector afectado de inicio, cómo comprende todo el tronco axilo-subclavio. La baja incidencia de embolia pulmonar, en particular en las formas «primitivas», dado el supuesto carácter precozmente adhesivo del trombo, la recanalización tardía (parcial y mucho menos frecuente de lo que se cree), la posibilidad de desarrollo de una abundante circulación colateral escápulo-cervico-yugular y lateral tóraco-intercosto-mamaria (que por lo general garantiza en el mejor de los casos un parcial flujo sanguíneo sólo en reposo), el aparente beneficio en pocos días con sólo terapéutica médica en algunos casos, han llevado hasta hace poco tanto al paciente como al propio médico a mostrarse reacios acerca de una eventual terapéutica quirúrgica. Los pocos casos descritos en la literatura limitan la indicación quirúrgica a aquellas formas de trombosis con tendencia a propagarse con rapidez en sentido ascendente y a las formas masivas de esfuerzo en estadio muy precoz.

Por el momento, el problema de la terapéutica nos parece que está lejos de hallarse resuelto. Los resultados a largo plazo de los enfermos tratados conservadoramente, tal como se expone en la reciente literatura sobre el tema, no

justifican considerando la recuperación funcional la corriente de optimismo respecto al pronóstico benigno de la afección. Se ha comprobado que, a pesar de poder obtener en pocos días de terapéutica médica una aparente remisión de la sintomatología, el 74 % de los pacientes dados de alta clínicamente manifiestan secuelas tardías a la vuelta de pocas semanas al reanudar su normal actividad laboral.

Considerando los recientes progresos y las posibilidades terapéuticas que hoy día puede ofrecer la cirugía vascular, cabe pensar en que una trombectomía venosa, aparte de un bajo riesgo quirúrgico, ofrece mayores garantías de recuperación funcional en estos enfermos. A tal fin es esencial la flebografía en el momento del ingreso, seguida de la intervención desobstructiva venosa con catéter de Fogarty que no debe ser diferida dado el carácter precozmente adhesivo del trombo. Esta conducta nos ha dado resultados satisfactorios incluso cuando la trombosis no era reciente. En estos casos la solución quirúrgica, aún sin garantizar una «restitutio ad integrum» completa, favorece de manera notable la recanalización precoz de la luz venosa y el desarrollo de una circulación colateral viciante. La garantía de conseguir una desobstrucción completa, como en la primera observación, reside en la posibilidad de intervenir en la fase precoz de la trombosis, como nos demuestra la experiencia adquirida con la trombectomía incluso de otros sectores.

En consecuencia, nos parece que dada la inocuidad de la angiografía, el bajo riesgo quirúrgico, la desaparición completa de la sintomatología y la buena recuperación funcional del miembro, en contraste con las secuelas tardías de la terapéutica médica sola, hay que tomar en consideración la trombectomía venosa del tronco axilo-subclavio en todos aquellos casos primitivos o secundarios de trombosis venosa de este sector que lleguen precozmente a nosotros.

RESUMEN

Partiendo de su experiencia personal respecto al tratamiento de las trombosis venosas axilo-subclavias, los autores consideran que, dado el riesgo de un 70 % de secuelas tardías funcionales con sólo tratamiento médico, está justificado proceder a la trombectomía venosa de dicho sector, incluso en casos atendidos algo tarde. Con esta conducta se favorece la recanalización en los casos precoces y la circulación colateral en los casos tardíos, de lo cual resulta un mejor funcionamiento del miembro. Como es natural, los mejores resultados se obtienen en relación a la precocidad de actuación.

SUMMARY

The paper discusses treatment of axilo-subclavian venous thrombosis. Considering that after medical treatment 70 % of the cases present late functional complications the authors recommend the the use of thrombectomy which will

allow recanalization of the vessel in recent cases and the development of collateral circulation in the old ones. The convenience of early thrombectomy in order to guarantee the best results is pointed out.

BIBLIOGRAFIA

- Arnulf, G.:** Phlébite du membre supérieur dite d'effort traitée par thrombectomie. A propos de trois observations. «Lyon Chir.», 61:901, 1965.
- Luccioli, G. M.; De Luca, G.; Girolimoni, G.:** Su di un caso di trombosi venosa post-traumatica della vena succlavia sinistra. «Gazz. Int. Med. e Chir.», 75:1.655, 1970.
- Martorell, F.:** El Síndrome de la pedrada. «Angiologia», 7:245, 1955.
- Martorell, F.:** «Angiologia», Ed. PEM, Roma 1972.
- Puglionisi, A. y Di Giovanni, V.:** Terapia chirurgica delle flebotrombose acute degli arti. «Actas del 74.º Congr. de la Soc. Ital. Chirurgia», Roma 1972.
- Swinton, N. W.; Edgett, J. W.; Hall, R. J.:** Primary subclavian-axillary vein thrombosis. «Circulation», 38:737, 1968.
- Tilney, N. L.; Griffiths, H. J. G.; Edwards, E. A.:** Natural history of major venous thrombosis of the upper extremity. «Arch. Surg.», 101:792, 1970.