

## **El síndrome costoclavicular**

### **Experiencia personal**

N. GALINDO, J. OSSO, R. MARTINEZ, M. CARDONA y J. LATORRE

Servicio de Cirugía Vascular (Jefe: N. Galindo) del Hospital San Rafael.  
Barcelona (España)

Cualquier alteración en la anatomía de la región cérvico-costoclavicular puede dar lugar, dadas las estrechas relaciones de su contenido (arteria y vena subclavias y tronco inferior del plexo braquial), a una serie de molestias muy características según el elemento afectado.

A grandes rasgos, toda la patología de esta región depende del ángulo más o menos cerrado entre la clavícula y la I costilla, o de lo que se interponga en medio de este ángulo (fig. 1).

Tres pueden ser los factores responsables de la disminución del espacio en el triángulo interescalénico o desfiladero costoclavicular:

1. Contractura anormal de los músculos escalenos, lo cual hace que la I costilla se eleve = Síndrome del escaleno.

2. Agenesia de la parte anterior de la I costilla, lo cual también hace que se eleve la I costilla debido al desplazamiento hacia arriba de los músculos escalenos por falta de inserción anterior = Síndrome costoclavicular.

3. Interposición de una costilla supernumeraria = Síndrome de la costilla cervical (fig. 2).

Estos tres factores explican, por sí solos, la fisiopatología de estos síndromes. Los elementos vasculares y nerviosos que pasan por el desfiladero dan lugar, al ser comprimidos, a una sintomatología muy peculiar y de sobras conocida, que puede ser de predominio vascular (arterial y/o venosa), neurológica o mixta.

### **Material y método**

En nuestra estadística figuran 75 casos de síndrome cérvico-costoclavicular, desglosados de la siguiente manera:

**Costillas cervicales:** 13 casos, 7 bilaterales y 6 monolaterales, lo cual suma un total de 20 costillas cervicales. De los 13 casos, 10 corresponden al sexo femenino y 3 al masculino. Es interesante resaltar que tres de los casos eran niños de 5, 12 y 15 años de edad. A excepción de estos niños, las edades oscilaban entre los 20 y los 56 años.

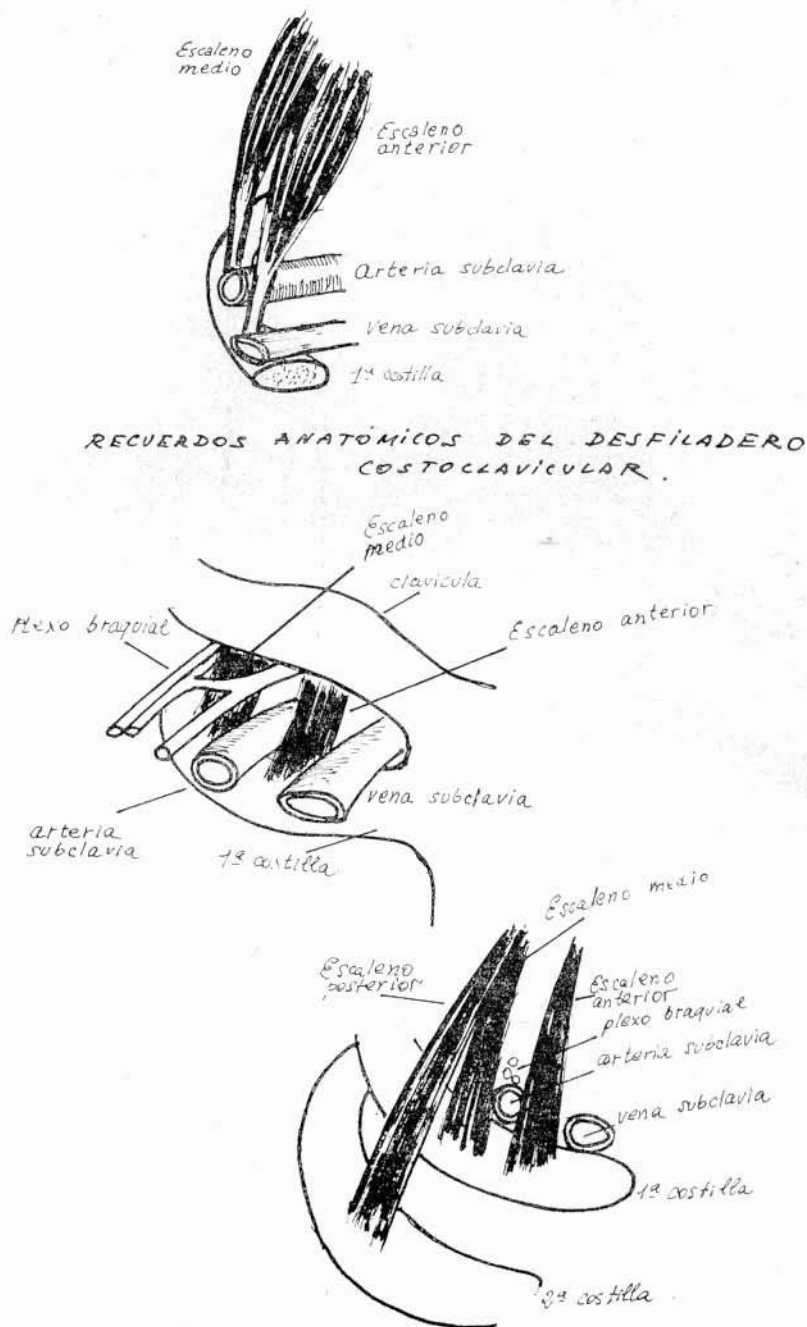


Fig. 1.— Recuerdo anatómico del desfiladero costoclavicular.

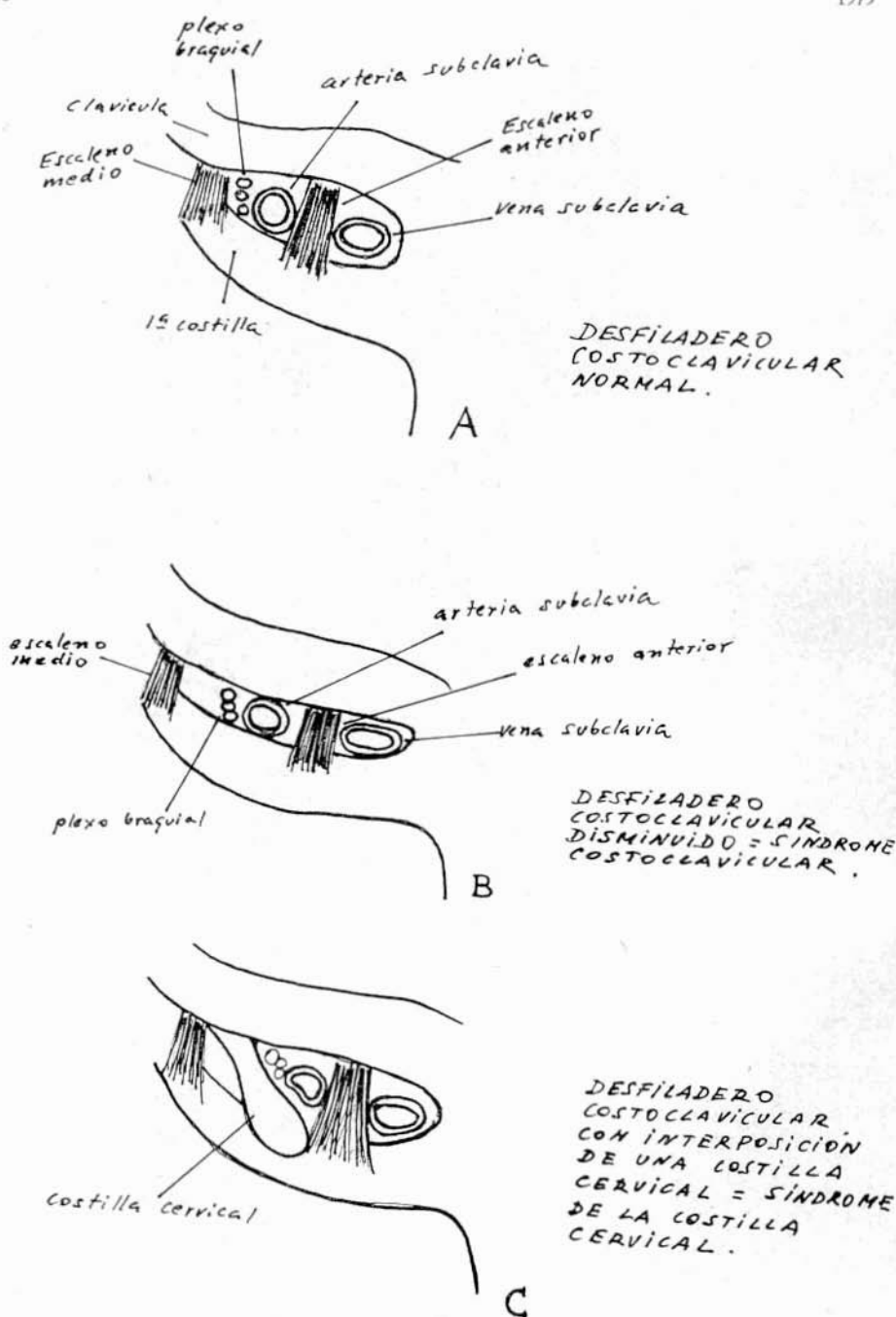
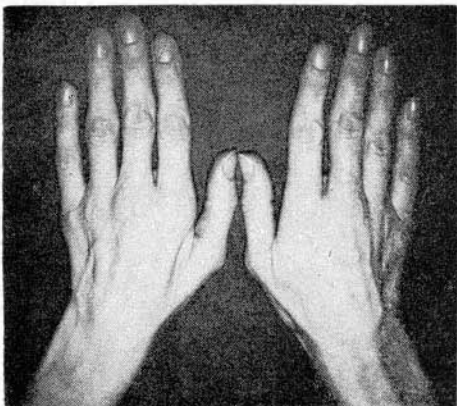
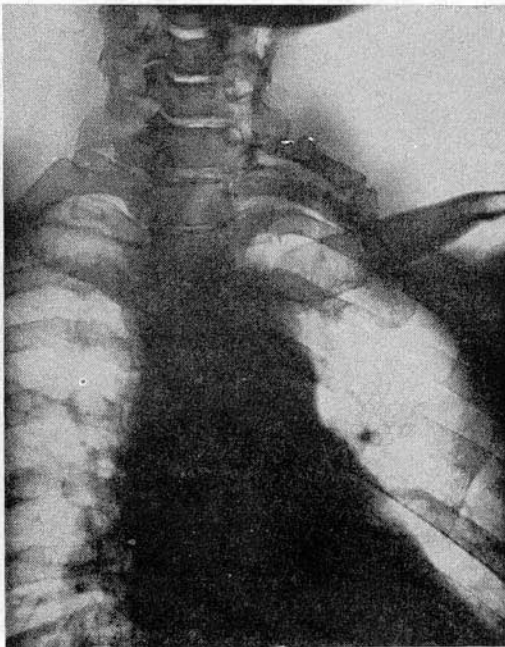


FIG. 2. — Desfiladero costoclavicular normal y anomalías.

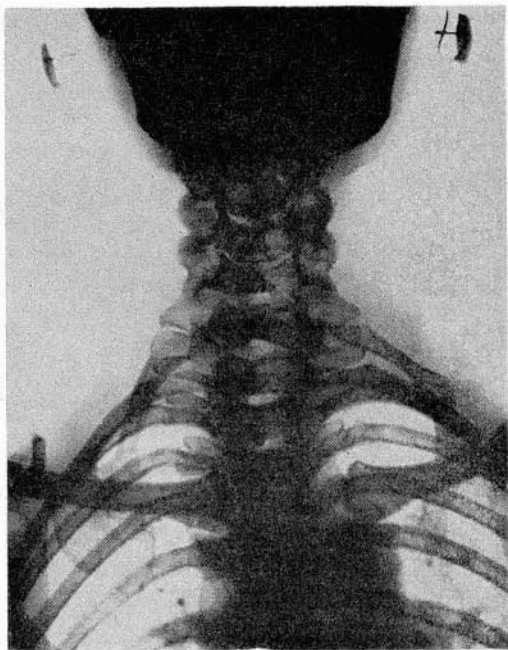


3

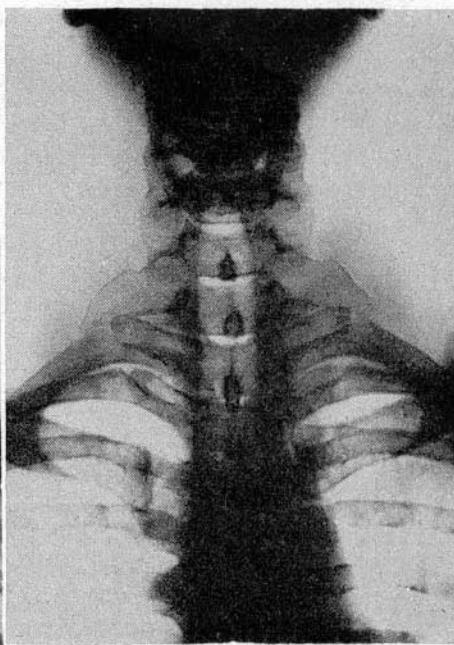
FIG. 3.—Paresia con amiotrofia por compresión del plexo braquial. Corresponde al mismo Caso de la figura 4. FIG. 4.—Costilla cervical larga del lado izquierdo, articulada a la I costilla por una banda fibrosa. En el lado derecho presenta una costilla rudimentaria y asintomática. FIG. 5. Costilla cervical bilateral. FIG. 6.—Apofisomegalia bilateral de la VII cervical, que ocasiona un síndrome costoclavicular bilateral.



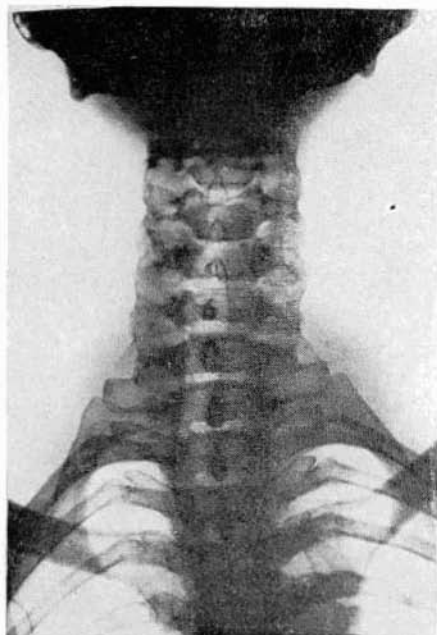
4



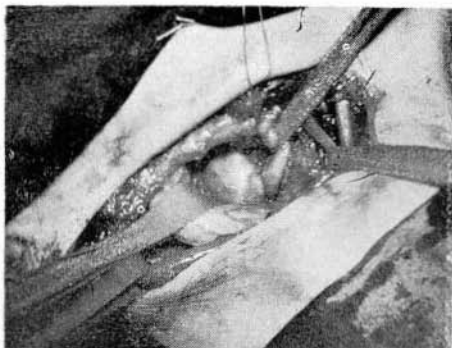
5



6



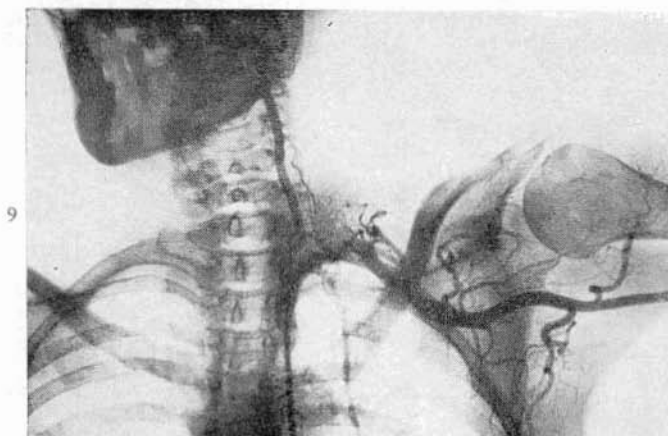
7



8

FIG. 8.—Espacio supraclavicular derecho en el que puede observarse una cinta, a la derecha, separando la carótida común y, a la izquierda, otra cinta separa el tronco del plexo braquial. En medio cabe ver la protuberancia ósea de la costilla cervical que comprime la bifurcación carótido-subclavia y el tronco inferior del plexo, provocando una neuritis traumática y una gangrena distal de uno de los dedos de la mano.

FIG. 7.— Cierre prácticamente total del ángulo costoclavicular por anomalía congénita de la I<sup>a</sup> costilla dorsal.



9

FIG. 9.— «Kinking» y dilatación postestenótica de la arteria subclavia por compresión directa por una costilla cervical.

De estos 13 casos fueron operados 10 (6 bilaterales y 4 unilaterales, lo cual suma 16 resecciones de costilla cervical). A 4 de los operados fue necesario asociar una simpatectomía cervicodorsal por vía supraclavicular.

**Síndrome del escaleno:** 42 casos, 18 bilaterales y 24 unilaterales. De ellos, 38 corresponden al sexo femenino y 4 al masculino. Las edades oscilaban entre los 35 y los 58 años.

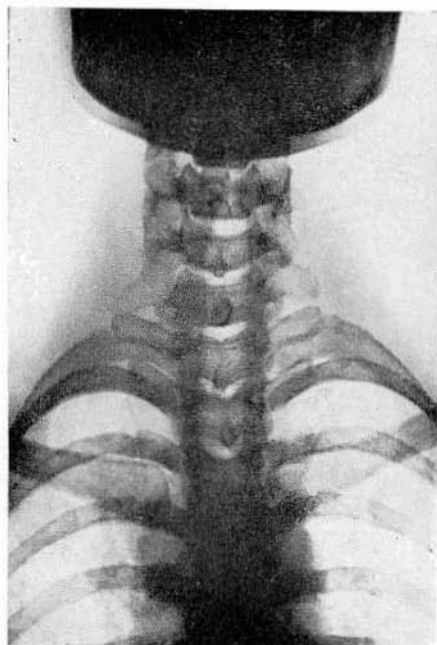


FIG. 10. — Transversomegalia de ambas apófisis de la VIIª cervical.

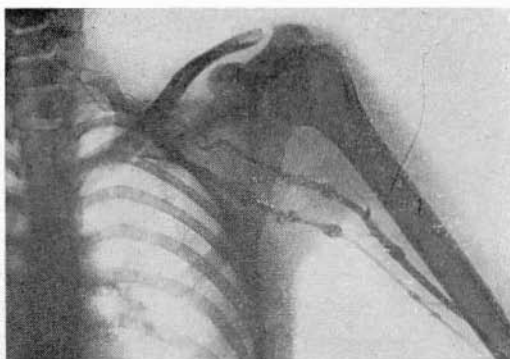


FIG. 11. — Trombosis de la vena subclavia por compresión debida a una costilla cervical. FIG. 12. Costilla cervical en un niño de 12 años de edad.

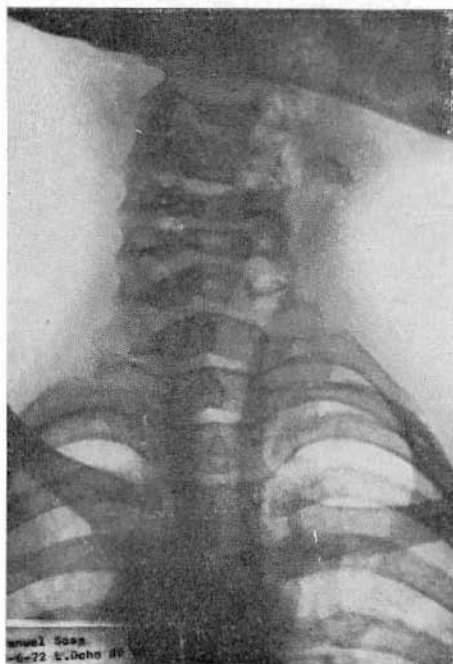


FIG. 12. — Costilla cervical en un niño de 12 años de edad.

De estos casos, 18 fueron intervenidos de ambos lados y 24 de uno solo, lo cual suma un total de 60 escalenotomías.

**Síndromes costoclaviculares:** 20 casos, 3 por anomalía de la I costilla y 17 por megaapófisis de la VII cervical. Estas 17 megaapófisis eran bilaterales.

A los tres casos de anomalía de la I costilla se les practicó miotomía de los escalenos. A los de megaapófisis, a cuatro se les efectuó escalenectomía y al resto tratamiento médico a base de miorrelajantes, analgésicos y vitaminas B<sub>1</sub> B<sub>6</sub> B<sub>12</sub>.

En general los síntomas variaron desde simples parestesias nocturnas hasta dolor en reposo de tipo isquémico grado IV, con gangrena. Las manifestaciones sintomáticas más graves correspondieron a los casos de costilla cervical, la cual unas veces presionaba la arteria, otras la vena y otras el plexo, siendo en algunos casos la compresión mixta o neurovascular (fig. 3 a 12, con texto explicativo).

### Diagnóstico diferencial

Ante cualquier caso que presente una braquialgia o cervicobraquialgia **descendente** (lo subrayamos porque lo consideramos básico para el diagnóstico de los síndromes de compresión neurovascular) nuestra conducta, después de una exploración clínica de rutina comprobando pulsos periféricos, oscilometría, prueba de Adson, palpación y auscultación de ambas fosas supraclaviculares, es decir una radiografía de columna cervical centrando en C-7. A modo de esquema diremos, antes que nada, que efectuamos el diagnóstico diferencial radiológico entre estos tres grandes grupos: artrosis cervical, tumor de Pancoast y costilla cervical. Los tres pueden ser los responsables de las braquialgias descendentes. En caso de no existir alguna de estas tres entidades, valoramos las posibles anomalías de la I costilla dorsal (agenesia de su parte anterior, etc.), presencia de transversomegalias o megaapófisis, etc.

Hay que establecer diagnóstico diferencial con la enfermedad de Raynaud, arteritis de los troncos supraaórticos, neuropatías y procesos intraespiniales, hernia de disco cervical y síndrome del canal carpiano, como más importantes afecciones a considerar.

En cualquier caso y siempre que la exploración clínica lo justifique, debe completarse la exploración con la práctica de angiografías, arterio o flebografías.

### Tratamiento

Nuestro criterio es el siguiente:

En casos de molestias leves y de aparición en relación con la posición o la carga, aconsejamos tratamiento médico consistente en ejercicios orientados a fortalecer la musculatura del cinturón escapular. Si es preciso, se asocian miorrelajantes, antiinflamatorios y analgésicos.

Si por exploración descubrimos una costilla cervical, sistemáticamente proponemos la intervención quirúrgica, aunque las molestias sean leves, en vistas a evitar posibles complicaciones vasculares. Con el tratamiento quirúrgico logramos la descompresión del paquete vasculonervioso. Al tratamiento descompresivo (resección de costilla cervical, escalenotomía) asociamos a veces una simpatectomía cervicodorsal cuando existe compromiso isquémico.

Queremos resaltar el detalle de no olvidar una desperiostización máxima al reseca la costilla cervical, con objeto de evitar una posible regeneración del tejido óseo.

### RESUMEN

Tras una relación de las causas que producen el síndrome costoclavicular, el autor expone su experiencia personal (75 casos), trata del diagnóstico diferencial y de su pauta terapéutica.

### SUMMARY

Experience of the author on 75 cases of costoclavicular syndrome is presented. Diagnosis and therapy are described.