

Trombosis venosa profunda primaria del miembro superior. Consideraciones epidemiológicas y patogénicas *

P. CASTELLI, A. SARCINA, M. ZANETTA y C. NOVALI

Istituto di Chirurgia Vascolare (Direttore: Prof. G. Agrifoglio) Università di Milano (Italia)

Introducción

La Trombosis Venosa Profunda del miembro superior representa un pequeño tanto por ciento (1-2 %) en relación a la del miembro inferior (5, 7). Esta entidad clínica es un campo de notable interés, desde el momento en que todavía no tiene una clara clasificación etiopatogénica y, por consiguiente, la terapéutica más adecuada (2).

Por otra parte, es preciso recordar que subsiste, de igual modo que en la trombosis profunda del miembro inferior, la posibilidad si bien rara de embolia pulmonar y gangrena venosa (1).

Pero, de mayor interés clínico son las secuelas posttrombóticas, con la subsiguiente limitación funcional residual en sujetos a menudo muy jóvenes.

En cuanto se refiere a la clasificación es oportuno distinguir las trombosis venosas profundas del miembro superior en secundarias y primarias; estas últimas, a su vez, subdivididas en espontáneas y «de esfuerzo» o postraumáticas (tabla I).

Lo más frecuente es que se afecte la vena axilar (50 % de los casos), seguida de la vena subclavia (20 %) (9).

La edad media de los sujetos afectos se halla alrededor de los 30-40 años para las trombosis primarias y de los 45-50 para las secundarias.

Ambos miembros parecen estar afectados por igual, aunque algunos autores (6, 8) exponen una incidencia mayor de trombosis primarias en el miembro superior derecho.

Por último, el sexo masculino está más afectado que el femenino (9).

La patogenia de las formas primarias es atribuida por la mayor parte de autores (1, 6, 8) a la particular situación anatómica del sector venoso axilo-subclavio a nivel del espacio costo-clavicular (fig. 1). En efecto, tal estructura anatómica queda limitada por delante por la clavícula y por el músculo subclavio. Este músculo se presenta como una cuerda firme que forma con la 1.^a costilla las ramas de unas tenazas en la boca de las cuales se halla la vena subclavia.

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

El estrechamiento del espacio costo-clavicular provoca, pues, un traumatismo directo sobre la vena. Tal estrechamiento se produce durante la hiperabducción del brazo, la hiperextensión del cuello, la retracción de la espalda hacia atrás y hacia abajo.

La vena puede quedar comprimida entre: el ligamento costo-coracoide y la 1.^a costilla, el músculo subclavio y la 1.^a costilla, la clavícula y la 1.^a costilla. Otros lugares de compresión son: el espacio comprendido entre el pectoral menor y el plano costal, entre el húmero y el músculo subescapular (1, 8).

TABLA I

Clasificación de la trombosis venosa profunda del miembro superior

Trombosis venosa profunda	Primaria	{ Espontánea De esfuerzo o postraumática
	Secundaria	{ Trauma directo. Compresión extrínseca Sepsis Insuficiencia cardíaca congénita Hipercoagulabilidad (Policitemia, píldora, cáncer, etc.)

TABLA II

Trombosis venosa profunda del miembro superior. Casuística del Istituto di Chirurgia Vascolare. Università di Milano

Caso	Sexo	Edad	Lado	Episodio desencadenante	Síntomas iniciales
1	M	33	Izq.	Tras trabajo físico	Edema
2	M	67	Izq.-Dr.	—	Edema, dolor
3	F	43	Dr.	—	Edema, dolor
4	F	34	Dr.	—	Edema, dolor, cianosis, cordón axilar
5	F	24	Izq.	—	Edema, cianosis, cordón axilar
6	M	20	Izq.	Tras actividad física	Edema, dolor
7	M	20	Dr.	Jugando basket	Edema, dolor, cianosis
8	F	26	Dr.-Izq.	—	Edema, dolor, cianosis
9	F	32	Izq.	—	Edema, dolor, cianosis, fiebre
10	M	28	Dr.	Tras actividad física	Edema, dolor
11	M	60	Izq.	—	Edema, dolor
12	M	20	Dr.	—	Edema, dolor, cianosis, fiebre

Casuística

En el Istituto de Chirurgia Vascolare de la Universidad de Milano entre enero de 1971 y diciembre de 1979, hemos observado 14 casos de trombosis venosa profunda primaria del miembro superior en 12 enfermos. En dos de ellos la trombosis fue bilateral y en tiempos sucesivos. Pertenecían al sexo masculino 7 (55%); las edades estaban comprendidas entre los 20 y los 67 años (promedio 35 años). El lado derecho estuvo afectado en 7 de los 14 casos.

Sólo en 4 pacientes fue posible recoger en la anamnesis una causa traumática aguda desencadenante de la trombosis: tras un partido de Basket, una lesión por educación física, una actividad laboral (recolección de fruta, ordeñar); en tanto los restantes 9 casos tuvieron al parecer un inicio «espontáneo». Como de particular, 4 de estos últimos mostraron las primeras molestias al despertarse tras una noche de reposo.

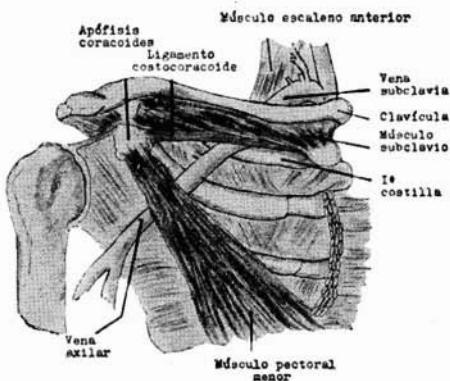


Fig. 1. Trayecto anatómico de la vena axilar y de la subclavia.

Respecto a la sintomatología inicial, en todos los casos (100 %) ha existido hinchazón notable y de improviso, con menor frecuencia cianosis de todo el miembro y dolor tipo pesadez persistente (9 casos, 64 %) y fiebre sin signos de infección en 2 casos (14 %) (tabla II).

Al examen objetivo se comprobó de modo constante edema de la extremidad y dolor difuso a la presión. En 2 casos (14 %) se palpaba un cordón duro en el fondo del hueco axilar, mientras en 5 casos (35 %) era visible una red venosa superficial en el brazo y espalda.

En todos los casos se estableció el diagnóstico de trombosis venosa profunda axilosubclavia, confirmada en seguida por flebografía. Las figuras muestran algunos hallazgos flebográficos.

Nuestros pacientes han sido observados en fase subaguda o crónica.

La terapéutica ha sido siempre médica en todos los casos: En fase subaguda, con anticoagulantes (heparina sódica por vía venosa, 20-40.000 U.I./día durante 7-10 días, en infusión continua; seguido de anticoagulantes orales durante

3-6 meses) y en fase crónica ionoforesis del miembro (con enzimas difusores antiedematosos) y contención elástica del brazo afectado.

En todos hemos tenido remisión de la sintomatología subaguda y mejoría de la crónica.

No se han producido embolias pulmonares o gangrenas del miembro.

Discusión

A la luz de los datos de la literatura (3) y del análisis de nuestra casuística surgen algunas consideraciones sobre la etiopatogenia y la epidemiología de la trombosis venosa profunda del miembro superior.



Fig. 2. Flebografía que demuestra una trombosis de la vena axilar izquierda con la correspondiente circulación colateral.

Ante todo hay que considerar que a menudo la trombosis no es un suceso primario sino el resultado de acciones compresoras, quizás «intermitentes», sobre la vena por parte de las estructuras anatómicas del cinturón escapular.

Por tal motivo se puede, pues, anotar que si el diagnóstico de trombosis del sector axilo-subclavio es bastante obtenible, mucho más compleja es la individualización precisa del factor etiológico.

Por ello se explica la diversidad de indicaciones terapéuticas que se encuentran en las casuísticas de los distintos autores.

Creamos que la trombectomía con catéter de Fogarty tiene su correcta indicación sólo en los casos de trombosis venosa en fase aguda (24-72 horas primeras), transcurrida la cual la adhesividad del trombo a la pared venosa puede hacer imposible su remoción.

Así, incluso los trombolíticos (uroquinasa) están indicados sólo en la fase aguda. Algunos autores obtienen buenos resultados con la asociación de la trombectomía a los trombolíticos.

En la fase subaguda los anticoagulantes (heparina sódica y calcícal) emplean su justificación para impedir la extensión del proceso trombótico y favorecer el desarrollo de la circulación colateral; a continuación es bueno suministrar anticoagulantes orales durante unos 3 a 6 meses, en relación a la evolución clínica de la enfermedad.

En fase crónica, como el cualquier síndrome postflebitíco, la atención debe dedicarse sobre todo el tratamiento sintomático: antiedematosos, contención elástica, ionoforesis, etc.

De esta manera hemos obtenido en todos nuestros casos buenos resultados, tanto en el aspecto funcional como estético (reducción del volumen y de la consistencia del edema, desaparición de la red venosa superficial).

Las intervenciones quirúrgicas en la fase crónica, tal el «by-pass» con safcna del segmento trombosado, no siempre parecen indicadas, en relación a la extensión de la trombosis. Hay que recordar que fisiológicamente se asiste al do-

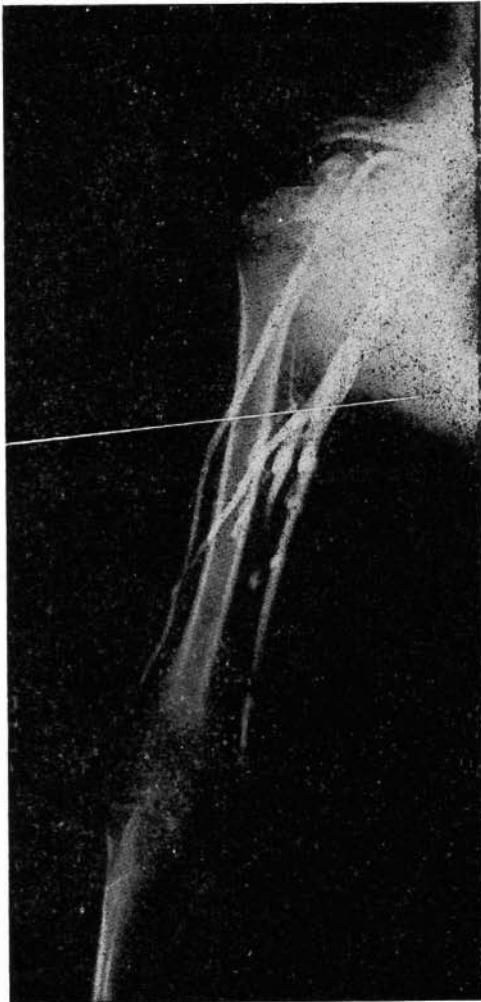


Fig. 3. A) Flebografía dinámica: obstrucción de la vena axilar derecha, con el miembro en posición de aducción. B) Flebografía dinámica: imagen de la vena axilar, con el miembro en abducción.

sarrolo de circulación colateral que, sobre pasando la obstrucción axilosubclavia, permite en la mayoría de casos una adecuada descarga a través del sistema yugular interno.

En cualquier caso hay que eliminar una probable causa de compresión con intervenciones quirúrgicas adecuadas a cada caso, como la tenotomía del pectoral menor, la escalenotomía anterior, resección del ligamento costo-coracoide o de la primera costilla. En efecto, observaciones recientes (4) demuestran que muchos casos clasificados clínicamente de trombosis venosa axilo-subclavia a la exploración quirúrgica no presentan manifestación trombótica alguna.

De ahí la importancia de practicar en todos los casos de trombosis venosa axilo-subclavia un correcto examen flebográfico, examen que debe efectuarse de tipo dinámico, es decir en dos posiciones sucesivas: primero con el miembro en aducción y luego en hiperabducción. La flebografía del miembro contralateral puede ser útil para evidenciar alteraciones anatómicas causa de compresión.

Hay que concluir, pues, que al enfrentarse con la trombosis venosa axilo-subclavia no existe aún un método diagnóstico y sobre todo terapéutico que valore la enfermedad en su significado etiológico, lo que seguramente se debe al hecho de que como no es de frecuente observación se la considera aún de escaso relieve clínico y social.

RESUMEN

La trombosis venosa profunda del miembro superior es, respecto a la del inferior, de porcentaje escaso (1-2%).

Bajo el punto de vista de clasificación, distinguimos una forma secundaria y otra primaria. A su vez, esta última presenta una forma espontánea y otra «por esfuerzo».

La patogenia, por la mayor parte de autores y por nuestra experiencia de 14 casos de la forma primaria, se atribuye a una particular disposición anatómica del sector venoso axilo-subclavio a nivel del espacio costo-clavicular.

Se discute aún sobre las posibilidades terapéuticas. Nuestra experiencia ha sido siempre médica, aunque en los casos de trombosis aguda el tratamiento quirúrgico (trombectomía) encuentra su indicación.

El complemento radiográfico (flebografía dinámica) siempre es de aconsejar, a fin de una eventual programación quirúrgica asociada a la eliminación de la causa de compresión.

SUMMARY

The frequency, classification, pathogenical and therapeutical possibilities of the deep venous thrombosis of the upper limb, based on the experience of the 14 cases, are commented on. They were all treated medically, being in a phase of chronicity, leaving the surgery (Thrombectomy) for the acute cases.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, J. T.; McEvoy, R. K.; De Weese, J. A.: Primary deep venous thrombosis of upper extremity. «Arch. Surg.», 91:29, 1965.
2. Coon, W. W. y Willis, P. W.: Thrombosis of deep veins of the arm. «Surgery», 64:990, 1968.
3. D'Addato, M.: Phlebologia Praeventiva et Restitutiva. «Symposium Internazionale», Lugano, 1976. Santoriana ed., pág. 68.
4. Nigro, R.; Reina, G.; Caramuta, U.: Trombosi acuta della vena ascellare. «Min. Cardioangiol.», 27:227, 1979.
5. Ochsner, A. y cols.: Thrombo-embolism-analysis of cases at Charity Hospital in New Orleans over 12-year period. «Ann. Surg.», 134: 405, 1951.
6. Prescott, S. M. y Tikoff, G.: Deep venous thrombosis of the upper extremity: a reappraisal. «Circulation», 59:350, 1979.
7. Serradimigni, A. y Mercier, C.: «Les Thromboses Veineuses Profondes des Membres». Masson Ed., Paris, 1973. Pág. 146.
8. Tatibouet, L.: Les thromboses veineuses espontanées des veines axillaires et sous-clavières. «Coeur et Med. Int.», 18: 417, 1979.
9. 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.