



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-08 - ABORDAJE COMBINADO SUPRACLAVICULAR ABIERTO Y TRANSTORÁCICO ROBÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO ARTERIOVENOSO SECUNDARIO A COSTILLA CERVICAL TIPO 3

Linda Klimavicius Palma, Sebastián Peñafiel Guzmán, Esther Cladellas Gutiérrez, David Poveda Chávez, María del Pilar Montoya Urbano, Marcos Martínez Aguilar, Laura Ramio Iglesias, Pedro López de Castro Aljure y Carlos Martínez Barenys

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La costilla cervical es una costilla adicional que se origina de la séptima vértebra cervical, extendiéndose hacia el cuello pudiendo, en ocasiones, articularse con la primera costilla. En muchos casos, es asintomática y se descubre incidentalmente en radiografías de tórax, pero puede causar dolor en la región supraclavicular o manifestarse en forma de síndrome del estrecho torácico (SET). El tratamiento generalmente es conservador, estando indicada la cirugía en casos sintomáticos. A continuación, presentamos un caso clínico de costilla cervical sintomática en forma de SET arteriovenoso y su manejo quirúrgico mediante abordaje combinado supraclavicular abierto y transtorácico robótico.

Caso clínico: Mujer de 63 años que consultó en urgencias por clínica de dolor isquémico en el miembro superior derecho. El angioTC diagnóstico, evidenció la presencia de costilla cervical bilateral: tipo 3 derecha (sindesmosis con la primera costilla por tabiques fibrocartilaginosos) y tipo 1 izquierda (sin sindesmosis). Además, había disminución del diámetro de la arteria y vena subclavia derechas y ausencia de flujo arterial en su trayecto por el desfiladero torácico, con recuperación a nivel axilar y humeral. No se evidenció afectación vascular del lado izquierdo. Se intenta realizar embolectomía de la arteria subclavia sin éxito. Por ende, es remitida al servicio de Cirugía Torácica. Tras maniobras de provocación positivas, se realizó tratamiento quirúrgico del SET mediante abordaje combinado supraclavicular abierto y transtorácico robótico en un único procedimiento. La exéresis de la costilla cervical se realizó mediante cervicotomía supraclavicular con el paciente en decúbito supino ofreciendo una exposición óptima para el control vasculo-nervioso, sección de la sindesmosis entre costilla cervical y 1.^a costilla, exéresis de costilla cervical y arteriolisis y neurolisis parcial. Seguidamente se colocó a la paciente en decúbito lateral derecho y se realizó un abordaje robótico con tres puertos de 8 mm más un puerto de asistencia, mediante el que se procedió a la sección del ligamento costo clavicular y el músculo subclavio, se completó la sección del músculo escaleno anterior y medio y se completó la exéresis subtotal de la primera costilla; finalmente se completaron la neuro, arterio y venolisis. El procedimiento y el posoperatorio inmediato transcurrieron sin incidencias permitiendo el alta de la paciente a los tres días con tratamiento de gabapentina e enoxaparina por 6 meses. A los 6 meses de la cirugía la paciente estaba asintomática sin necesidad de analgesia y el angioTC de control mostraba dilatación aneurismática de la arteria subclavia derecha retroesofágica (12 × 23 mm), sin trombosis ni estenosis; la arteria subclavia izquierda se mantenía sin alteraciones.

Discusión: El abordaje combinado supraclavicular abierto y transtorácico robótico, en un único procedimiento, permite la exéresis completa de los diferentes elementos óseos que originen el SET y la liberación completa de los elementos del paquete vículo-nervioso; consiguiéndose así un tratamiento óptimo del SET arterio-venoso secundario a costilla cervical tipo 3.