



## V-32 - ACCESO SUPRACLAVICULAR DEL SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO

Esther María Martín Capón, Sandra Liliana Pardo Prieto, Ramón Vicente Verdú, Laura Maté Miguel, Elena Corpa Rodríguez, Baltasar Liebert Álvarez, Andrea Lora Ibarra, Cristina Cavestany García-Matres, Alberto Isla Guerrero y José Luis Gil Alonso

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La presencia de la costilla supernumeraria es una patología poco frecuente, cuya incidencia se encuentra en torno al 1%. Suele originarse de la apófisis transversa de la séptima vértebra cervical, y los síntomas más habituales son derivados de la compresión extrínseca del paquete neurovascular, dando lugar al síndrome del opérculo torácico, que se origina en un 30% de los casos por la presencia de una costilla accesoria (1). El tratamiento quirúrgico puede hacerse mediante distintos accesos y abordajes o combinación de ellos: supraclavicular, transaxilar, transtorácica mediante videotoracoscopia, o asistida por robot (1). El objetivo de este vídeo es ilustrar el abordaje supraclavicular del síndrome del opérculo torácico, producido por la existencia de la costilla cervical accesoria.

**Caso clínico:** Mujer de 41 años de edad, remitida desde atención primaria por costilla cervical supernumeraria bilateral. Valorada previamente por dichos hallazgos, en aquel momento no deseaba intervención quirúrgica. Acude de nuevo por incremento en los últimos años de molestias cervicales de predominio izquierdo y en el miembro superior ipsilateral, debilidad del miembro, sensación de bloqueo a la elevación del brazo, y frialdad ocasional en toda la extremidad. A la exploración, presenta perfusión distal y todos los pulsos conservados, pero movilidad limitada y bloqueo a la elevación del brazo por encima de los 90°. Las pruebas complementarias realizadas: angiorresonancia, resonancia de columna cervical, resonancia de plexo braquial izquierdo, y electromiograma, son normales. Dados los hallazgos no patológicos, se remite a rehabilitación para manejo conservador. No obstante, la paciente refiere en controles posteriores fracaso terapéutico y empeoramiento progresivo de los síntomas previamente descritos, motivo por el cual, se decide actitud quirúrgica. Mediante un abordaje supraclavicular, se realiza cervicotomía izquierda, disección minuciosa de la anatomía por planos, seccionando el músculo platísmo, omohioideo y escalenos anterior y medio, para identificar las estructuras nerviosas que recorren la zona quirúrgica. Bajo neuroestimulación, se identifican el nervio frénico, el tronco superior del plexo braquial, el nervio supraescapular, y el nervio espinal. Posteriormente, se visualiza la costilla accesoria, que tras la identificación de la arteria subclavia, se diseña cuidadosamente, para una mejor exposición y abordaje. Se realiza fresado para su adelgazamiento, y finalmente, costectomía parcial con gubia de Kerrison. Se comprueba viabilidad nerviosa, se revisa hemostasia, y se lleva a cabo el cierre final. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, obteniendo un resultado satisfactorio. Tras la intervención, y una vez en la planta, se comprueba que la paciente mantiene la sensibilidad conservada y la ausencia de bloqueos a la elevación del brazo izquierdo, y por lo tanto, una mejoría de los síntomas.

**Discusión:** La costilla cervical accesoria es una patología infrecuente, y es una causa del síndrome del opérculo torácico. El tratamiento quirúrgico persigue la descompresión de las estructuras nerviosas y

vasculares. El abordaje supraclavicular continúa siendo uno de los más frecuentes de esta patología.