

NECROSIS DE LOS DEDOS POR COSTILLA CERVICAL

J. PALOU

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico
Barcelona (España)*

Los síndromes del escaleno, excelentemente estudiados por ADSON y COFFEY en 1927 y por OCHSNER, GAGE y DE BAKEY en 1935 (Scalenus anti-cus syndrome), son relativamente poco frecuentes.

ADSON y COFFEY, revisando más de medio millón de fichas de la Clínica Mayo, encontraron solamente 303 casos en los que se hizo el diagnóstico de costilla cervical (0,056 %). En el 55 % de este grupo las costillas cervicales se descubrieron accidentalmente, puesto que no produjeron síntomas.

Los síndromes del escaleno acompañados de la presencia de una costilla cervical uni o bilateral, como causa de trastornos circulatorios graves en la extremidad, todavía son menos frecuentes. Vamos a relatar un caso de costilla cervical bilateral como causa de necrosis de las puntas de dos dedos de la extremidad superior derecha. El tratamiento fué quirúrgico: escalenotomía y extirpación de un fragmento de la costilla cervical.

OBSERVACIÓN: L. T. Q., muchacho de 24 años que nos remite el Doctor MESTRE SANCHO, con el diagnóstico de síndrome isquémico de la extremidad superior derecha. Gran fumador. Nunca ha estado enfermo. Hace doce años, sin embargo, una sierra mecánica le produjo una herida en la muñeca derecha, al parecer con sección vásculo-tendino-nerviosa, que fué reparada en lo posible. Desde entonces aunque ha realizado trabajos pesados, notaba que no tenía tanta fuerza en la mano derecha.

Desde hace pocos meses, nota que la pérdida de fuerza, sobre todo cuando lleva pesos, es ya de toda la extremidad superior derecha. Aparece también dolor en la eminencia hipotenar.

Desde hace un mes y medio, coincidiendo con los primeros fríos, cianosis y frialdad de las puntas de los dedos de la mano derecha, que finalizó con necrosis de las puntas del segundo y tercer dedo. El dolor que presenta a partir de entonces no es tan intenso como para impedirle dormir, pero es bastante molesto durante el día, variando en su intensidad e impidiéndole realizar su trabajo normal.

Exploración: A la exploración presenta necrosis de la punta del segundo y tercer dedos de la mano derecha, con frialdad y palidez de los restantes dedos de la mano.

Disminución de la temperatura local de la mano.
Disminución del índice oscilométrico a nivel de la muñeca derecha (fig. 1).

Pulsatilidad presente en subclavias y humerales.

Pulsatilidad ausente en la radial derecha.

Cicatriz de antigua herida a nivel de la muñeca derecha.

En toda persona joven, sin antecedentes patológicos y con un síndrome isquémico agudo de una extremidad, tenemos que pensar como causa más frecuente en una tromboangeítis obliterante o bien en un síndrome del escaleno con o sin costilla cervical.

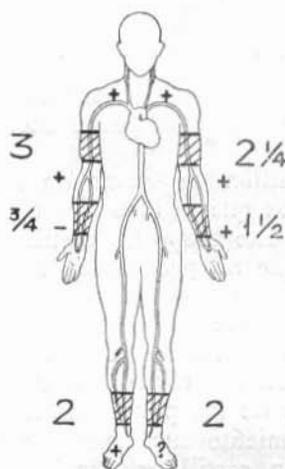


Fig. 1. — Pulsatilidad y oscilometría observada en el enfermo que reseñamos. afecto de costilla cervical.

Podía tratarse de un síndrome isquémico agudo en un tromboangeítis obliterante, a pesar de no existir historia de claudicación intermitente, de «flebitis migrans», etc. Era un gran fumador y, además, a la exploración no se palpaba la pedia izquierda. Sin embargo, prosiguiendo la exploración, pronto se descarta dicha enfermedad, ya que al palpar los fosas supraclaviculares nos encontramos con unos relieves óseos muy pronunciados y dolorosos a la presión, sobre todo en el lado derecho.

La arteria subclavia derecha resulta propulsada por dicha tumoración ósea, palpándose muy fácilmente debajo mismo de la piel; incluso por simple inspección se observan sus latidos. Sospechando ya la presencia de una costilla cervical se realiza una radiografía de dicha región, que confirma el diagnóstico (figs. 2 y 3). Existe radiológicamente una enorme costilla cervical en el lado derecho, incluso con una artrodia con la primera costilla (fig. 2) y una costilla cervical más pequeña en el lado izquierdo.

Realizando un tratamiento médico de prueba sin mejorar, se decide tratamiento operatorio.

Intervención (23-I-58): Bajo anestesia general se descubre el escaleno anterior del lado derecho, existiendo una hipertrofia del músculo que aplasta visiblemente la arteria subclavia contra la costilla cervical, dando lugar a una verdadera estenosis arterial.

Seccionado el escaleno anterior, la arteria queda liberada parcialmente, decidiéndose entonces extirpar parte de la costilla cervical para completar esta liberación. Después de dicha extirpación, la arteria queda completamente liberada.

Al día siguiente han cedido los dolores, encontrándose el enfermo mucho mejor. En días sucesivos se elimina la necrosis, recuperando progresivamente su fuerza en la extremidad superior derecha, volviendo prontamente a su trabajo.

En la actualidad, a los siete meses de la intervención, se encuentra recuperado, quedando solamente una ligera parestesia de la mano derecha

como consecuencia del accidente que produjo una sección completa a nivel de la muñeca.

En el caso descrito nos encontramos con las alteraciones circulatorias propias del síndrome (disminución del índice oscilométrico y de la temperatura cutánea, trastornos tróficos importantes, etc.) y con las alteraciones nerviosas por irritación del plexo braquial en forma de algias que siguen el trayecto nervioso.

Los trastornos circulatorios que suelen presentar este tipo de enfermos acostumbran a ser por trombosis arterial. No es éste el caso, en que es posible que dichos trastornos fueran debidos a compresión de la subclavia y espasmo arterial, en un enfermo en que ya existía una ligadura de la arteria radial consecutiva a un accidente. Seguramente, con el tiempo, la costilla hubiese dado lugar a una trombosis de la subclavia.

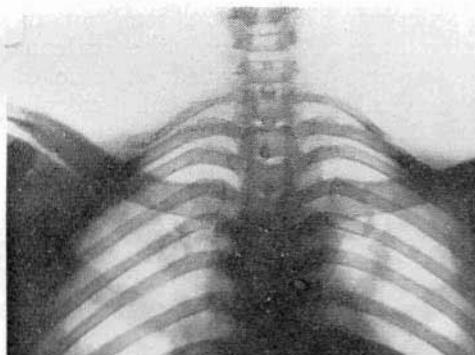


Fig. 2. — Radiografía de frente. Imagen de costilla cervical bilateral. En el lado derecho artrodia con la primera costilla.



Fig. 3. — Radiografía oblicua. Se observa la artrodia con la primera costilla.

Hasta los estudios de ADSON y COFFEY se consideraba que los trastornos vasculonerviosos eran producidos por la costilla cervical. Estos autores demostraron la importancia que tenía el músculo escaleno anterior en la producción de dichos trastornos, de tal manera que la simple sección de dicho músculo bastaba para hacerlos desaparecer en un porcentaje elevado de enfermos.

OCHSNER, GAGE y DE BAKEY atribuían el síndrome a la compresión del plexo vasculonervioso por la primera costilla torácica. Describieron algunos casos en que existían síntomas de costilla cervical sin la presencia radiológica de la misma. Afirmaban que la contracción del escaleno anterior, contracción producida por la irritación de fibras del plexo braquial, daba lugar a una elevación de la primera costilla torácica. Dicha sintomatología desaparecía con la escalenotomía.

A pesar de lo dicho, no todos los enfermos afectos de síndrome del escaleno son tributarios de intervención. Bastantes de ellos con medidas con-

servadoras mejoran (infiltraciones novocaínicas del escaleno o del ganglio estrellado); otros, como hemos dicho, precisan de una escalenotomía, y si tan grande es la costilla y acentuados los trastornos, como en este caso, pueden practicarse conjuntamente la escalenotomía y la extirpación de la costilla.

RESUMEN

Se presenta y comenta un caso de necrosis de los dedos por costilla cervical, tratado y curado por escalenotomía y resección de un fragmento de dicha costilla.

SUMMARY

Various structures may exert pressure on the neurovascular bundle at the cervicobrachial junction. If the patient has symptoms from the presence of a cervical rib and adequate conservative treatment does not afford relief, operation is indicated. At the time of operation the scalenus anterior muscle should be cut and the cervical rib removed. A case of ischemic necrosis of the fingers due to cervical rib is presented. Scaleno-tomy and costectomy was successful.