

Traumatismo yatrogénico de la arteria subclavia izquierda

Compleja solución quirúrgica

L. SIERRA, P. CARBONELL, M. CONCHA, R. FRIAS, F. GARCIA-SANCHEZ y
J. GOMEZ-ULLARTE, Médicos Adjuntos
J. J. PERIS-PEDRO, Jefe Clínico
J. M. CAFFARENA, Jefe del Servicio

**Servicio de Cirugía Cardio-Vascular de la Ciudad Sanitaria «La Fe»
Valencia (España)**

En la práctica de la Cirugía Vasculard existen ocasiones en las que no nos es posible bosquejar, mediante técnicas quirúrgicas programadas o estudiadas, una solución quirúrgica a un caso concreto. Tal es el caso que presentamos en este trabajo. Al hacerlo no pretendemos, ni mucho menos, demostrar un feliz resultado quirúrgico en una situación que, por otra parte, nosotros mismos hemos creado. Lo hacemos pensando en que quizá pueda ser de interés conocerlo para situaciones parecidas.

Caso Clínico

G.I.B., varón de 46 años de edad. Camionero. Asiste a nuestra consulta externa por presentar, desde hace año y medio, parestesias y adormecimiento de los dos primeros dedos de la mano izquierda. Ocasionalmente, calambres en antebrazo, en especial en la carga y descarga de objetos pesados. Fenómeno de Raynaud en los dedos afectos al contacto con agua fría. Estas molestias no le permiten realizar su trabajo. No otros trastornos ni antecedentes de importancia.

La exploración vascular fue del todo normal; por otra parte, fueron negativas las pruebas de hiperabducción, cérvico-costoclavicular y de Adson. Comprobamos en la misma consulta el fenómeno de Raynaud. Resto de la exploración, normal.

Exámenes de Laboratorio habituales, normales, así como los específicos de actividad reumática, crioaglutininas, etc.

El estudio de la columna vertebral en triple proyección dio resultado normal.

Diagnosticado en primera instancia de Síndrome de Raynaud inespecífico en el miembro superior izquierdo, se indicó tratamiento vasodilatador y los clásicos ejercicios de **Peet** (5), durante dos meses.

Vemos al paciente de nuevo, refiriendo que no ha notado mejoría alguna. Se decide ingresarle para simpatectomía cervico-torácica por vía anterior, intervención que se llevó a cabo por la técnica habitual, aunque en este caso tuvimos que traccionar la arteria subclavia hacia abajo y afuera, por presentarse con un bucle que nos impedía visualizar la cadena simpática cervical. Terminada la intervención comprobamos la integridad tanto de la cúpula pleural como de la arteria subclavia.

El postoperatorio evolucionó al principio sin complicaciones, pero se observó ausencia de pulso radial y presencia de parestesias en miembro superior izquierdo. Pensando en un arteriospasmó se procedió a tratamiento antiespasmódico por vía intravenosa durante una semana. Persistieron las parestesias, aunque la mano estaba más caliente, en especial en dedos, y también el antebrazo.

Viendo que seguía la ausencia de pulso radial, pensando en la posibilidad de una trombosis subclavia, sin descartar una disección de la íntima arterial a nivel de la zona de tracción, se decidió intervenirle de nuevo, previa arteriografía.

Efectuada ésta por técnica de Seldinger demostró, en efecto, una obstrucción de la arteria subclavia inmediatamente después del origen de la vertebral (fig. 1).



Fig. 1: Arteriografía efectuada por la técnica de Seldinger, mostrando la oclusión de la arteria subclavia izquierda inmediatamente después del origen de la vertebral.

Al octavo día de la primera intervención intentamos abordar la arteria subclavia por la incisión primaria. Por desgracia, existía en la zona una notable fibrosis que, unida a las adherencias sobre el plexo branquial, nos hizo desistir de proseguir la intervención por dicha vía por temor a traumatizar el plexo. Entonces practicamos una arteriotomía transversal a nivel del tercio superior de la arteria humeral con la idea de intentar una trombectomía axilo-humeral por medio de la técnica de Fogarty. Pusimos especial cuidado en su realización por temor a movilizar algún trombo hacia la vertebral, dada su vecindad, logrando extraer un trombo de unos 5 cm, aunque sin conseguir un flujo aceptable. Ante esto, confirmamos la existencia de una disección de la íntima a nivel de la subclavia en su segunda porción, motivo

por el cual decidimos sobre la marcha practicar una derivación aorto-axilar.

Para ello practicamos una toracotomía transversal en III espacio intercostal, seccionando el esternón también transversalmente y ampliando la incisión hacia

la inserción delto-pectoral izquierda. Disecamos el arco aórtico desde el origen de la subclavia hasta aorta descendente. Por el otro extremo de la incisión dise- camos la primera porción de la arteria axilar, comprobando su permeabilidad y un buen reflujo distal. Implantación de un injerto de dacron poroso de 8 mm tér-

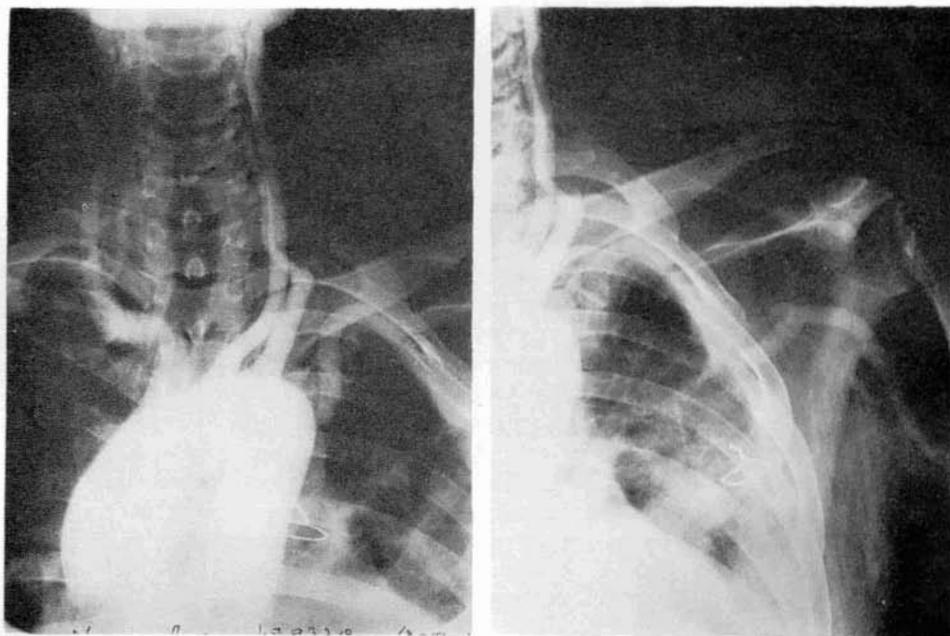


Fig. 2: Angiografía practicada una vez dado de alta el enfermo, mostrando la colocación y permeabilidad del injerto practicado entre aorta descendente y primera porción de la arteria axilar.

mino-lateral de aorta descendente a arteria axilar. Al terminar la intervención comprobamos una buena pulsatilidad del injerto y de la arteria distal. Anclamos la prótesis en su porción media, intratorácica, a la cúpula pleural para permitir una buena expansión del pulmón.

En el postoperado inmediato se reocluye la zona, por lo que le practicamos una trombectomía humeral distal, dado que existían trombos que obstruían las arterias radial y cubital. Tras este episodio, heparinizamos al enfermo, lo que en principio fuimos remisos en hacer dado el tipo de intervención efectuada.

Postoperatorio normal, comprobando no obstante una paresia del frénico izquierdo, posiblemente debida a la segunda intervención realizada a nivel supraclavicular o a la fibrosis de la zona que englobó al nervio.

Alta a las tres semanas de la última intervención, con pulsos distales presentes y cierta impotencia funcional grado II/IV de la que posteriormente se recuperó con terapéutica de rehabilitación. En la actualidad trabaja en su anterior empleo de camionero.

Una angiografía practicada posteriormente (fig. 2 - A y B) muestra la colocación y permeabilidad del injerto.

COMENTARIO

De las dos principales razones por las que se critica en muchas escuelas la realización de la simpatectomía cérvico-torácica por vía anterior una de ellas es su dificultad técnica, dada la vía de abordaje, y la otra es la menor asequibilidad de la cadena torácica, en concreto los ganglios T-2 y T-3. En nuestra pequeña experiencia de 18 intervenciones sobre el simpático cervical, 14 las hemos efectuado por vía anterior en síndrome y enfermedad de Raynaud. Esta es la primera complicación que hemos sufrido. Por otra parte, no hemos tenido dificultad, con un buen despegamiento de la cúpula pleural, en abordar el segundo ganglio; siendo en verdad dificultoso extirpar el tercero.

Un aspecto muy importante en este paciente fue nuestra ingenuidad en creer en la existencia de un espasmo tras la tracción de la arteria subclavia. Esto fue en realidad lo que hizo imposible resolver la complicación del modo habitual, reoperar de urgencia practicando cualquiera de las intervenciones usuales para resolver la disección de la íntima, actuando directamente sobre el foco traumatizado.

En lo que respecta a la técnica de nuestra intervención reparadora, creemos que la vía utilizada fue la conveniente, lo mismo que el anclaje del injerto en la cúpula de la cavidad pulmonar y la abocación del injerto a la primera porción de la axilar, para permitir por una parte la expansión del pulmón y, por otra, evitar una laxitud del injerto en las movilizaciones de la articulación escapulhumeral.

RESUMEN

Se presenta un caso de traumatismo yatrogénico de la arteria subclavia izquierda, de solución no habitual dadas las complicaciones que se fueron presentando. Se comentan las técnicas empleadas y las circunstancias del caso.

SUMMARY

A case of iatrogenic traumatism of the left subclavian artery is presented. An uncommon technic was employed for management. The procedures and the special circumstances of this case are described.

BIBLIOGRAFIA

1. **Austen, W. G. y Shaw, R. S.:** Isolated upper extremity symptoms due to obstruction of the aortic origin of the left subclavian or innominate artery. «New England J. Med.», 266:489, 1962.
2. **Calandriello, B.:** Chirurgia della porzione intratoracica della succlavia sinistra. «Arch. "Putti" Chir. Org. Mov.», 4:484, 1954.
3. **D'Addato, M.:** Lesión traumática de la arteria axilar, tratada con prótesis de dacron. «Angiología», 21:289, 1969.
4. **Ochoa, M. y Castillo, F.:** Fístula arteriovenosa subclavia. «Angiología», 18:248, 1966.
5. **Peet, R. M. y colaboradores:** Thoracic outlet syndrome: Evaluation of a therapeutic exercisa program. «Proc. Staf. Meet. Mayo Clin.», 31:281, 1956.