

Trombosis de Esfuerzo

(Síndrome de Paget Schoertter)

REPORTE DE DOS CASOS

Por

Doctor Mario Rivera Mata *

En una revisión de literatura hecha por Veal de los 50 años antes de 1940, encontró reportes de 150 casos de trombosis de la vena axilar y subclavia. De 1233 casos de trombosis observados durante los años de 1938 a 1951, De Camp, encontró que solamente el 4.5% se presentó en la extremidad superior. Kleinsasser hizo una revisión de literatura de los diez años anterior a 1949 y encontró 56 casos de trombosis de los miembros superiores. Es evidente que si estas cifras se comparan con el número de tromboflebitis de todas las causas en todas las partes del cuerpo, el porcentaje de este padecimiento es verdaderamente muy pequeño.

La primera referencia de trombosis de esfuerzo de la vena axilar fue hecha por Schoertter en 1884. Casi simultáneamente Paget publica que la trombosis por esfuerzo no solamente se localiza en la vena axilar, sino, que puede extenderse a la subclavia y describe el padecimiento con signos y síntomas idénticos a los descritos por Von Schoertter. Ambos creían que sería un trabajo muscular excesivo el que produce machacamiento de las venas axilar y subclavia, lesionando su pared y favoreciendo la formación de un trombo. Por esta razón es que algunos autores como Hugues denominan este padecimiento como síndrome de Paget Schoertter.

DIAGNOSTICO

La afección se presenta generalmente en el hombre joven; más frecuente en el lado derecho. A veces se atribuye como causa desencadenante un esfuerzo muscular brusco. El aumento de volumen del miembro superior afectado es el signo esencial; el dolor casi siempre es secundario, pero frecuente. El edema es duro, recur-

* Del Servicio de Cirugía General "Federico Zumbado".

bierito habitualmente de una piel cianótica. Las venas subcutáneas distendidas forman una red vascular venosa anormal, neoformada, que se observa en la parte superior del brazo y superexterna del hombro así como en la cara anterior del hemitórax del mismo lado. En ciertos casos se palpa un cordón doloroso a lo largo del paquete vásculo-nervioso braquioxilar y menos frecuente ganglios palpables en esa mismas zonas. Puede haber parestesias. No hay modificación oscilométrica y el estado general del paciente no se modifica salvo, tal vez, una febrícula de 38 grados centígrados. La presión venosa aumenta y siempre existe retardo en el vaciamiento venoso. El estudio flebográfico siempre confirma el diagnóstico clínico de obstrucción venosa axilar y o subclavia.

ETIOLOGIA

Este capítulo ha sido motivo de interrogación por mucho tiempo y ha llamado la atención de los angiólogos de tal forma que, en la actualidad, la causa exacta en realidad se desconoce. Sin embargo, debe siempre buscarse una causa general; policitemia, cáncer, insuficiencia cardíaca, o una causa general: aneurismo cístico, tumor mediastinal, adenopatías axilares, anemias severas.

El esfuerzo simplemente desencadena una situación patológica preexistente, pero no está claro si es la causa predominante.

COMPLICACIONES

La embolia pulmonar es excepcional. Los profesores L. Leger y Claude Olivier reportan en una monografía tres casos, entre los que uno fue mortal. La extensión del padecimiento al otro lado es raro. De tal forma que la mejoría se realiza sin incidentes graves en general; pero persiste con frecuencia el edema del miembro superior, máxime, si el paciente ha sido atendido tardíamente y no ha recibido un tratamiento médico-quirúrgico adecuado. En tal caso, por estas lesiones permanentes y la incapacidad que le acarrea, el paciente se ve obligado a cambiar de actividad y dedicarse a otra que no requiera esfuerzo alguno con el miembro afectado. La recidiva es sumamente rara.

TRATAMIENTO

El tratamiento deberá ser dirigido a resolver el problema de compromiso venoso y evitar las lesiones permanentes que este padecimiento acarrea y deberán tomarse todas las medidas necesarias tales como anticoagulantes, reposo absoluto y tratar el padecimiento general o local que se encuentre como responsable de la trombosis venosa. El tratamiento quirúrgico es una indicación precisa

de este padecimiento y deberá ir precedido de un magnífico estudio flebográfico para localizar la lesión e ir al sitio exacto a efectuar el tipo de intervención quirúrgico adecuado, previamente planeado y resolver el problema, ya sea mediante una trombectomía, prótesis, o en último caso de bypass, si la lesión es muy externa.

Sobre el tratamiento quirúrgico, las opiniones de los diferentes autores está dividida y no se han podido sentar bases fundamentales ni estadísticas satisfactorias por ser un padecimiento poco frecuente. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico parece ser el más indicado. Si este se realiza al iniciarse el padecimiento.

Recientemente C. Rollin y Richard K. Danis publicaron un reciente trabajo sobre el tratamiento quirúrgico de las trombosis de la vena cava superior y sus tributarias con resultados sorprendentes. Con ello se abre un futuro amplio al tratamiento de esta dolencia y el pronóstico varía en forma sustancial.

C A S O S

CASO N° 1

Nombre A. H. M.
Sexo: Masculino.
Edad: 26 años.
Estado Civil: Casado

Oficio: Jornalero
Lugar Nacimiento: Rosario de Desamparados
Residencia: Rosario de Desamparados
Historia Clínica:
Historia Clínica: 139372
Hospital San Juan de Dios

PADECIMIENTO ACTUAL:

Refiere el enfermo que hace 4 años inicia su padecimiento con la presencia de dilataciones venosas en cara anterior del hombro derecho. Dos años después nota "cansancio" en miembro superior derecho y disminución de la red venosa superficial con ingurgitación y endurecimiento muscular, dolor al movimiento, para lo cual necesita de la otra para su realización. Con el reposo desaparece dicha sintomatología pudiendo continuar en sus labores. Nota además aumento de volumen, ocasionalmente parestesias, no se recuerda cambios de coloraciones de la piel ni de temperatura; por lo cual lo obliga a consultar siendo internado en el Salón Barrionuevo el día 30/X/64.

Por exploración se encuentra un paciente consciente, bien conformado, responde al interrogatorio, con una presión de 110/60 y temperatura de 36.5°C.

Cabeza: nada significativa.

Cuello: ingurgitación yugular especialmente derecha al ejercicio.

Tórax: red venosa suplementaria en región pectoral derecha. Área cardíaca dentro de límites normales. Corazón rítmico. Frec. 70 no soplos. Campos pulmonares despejados.

Abdomen: blando, depresible. Hígado y bazo palpables.

Miembros superiores: se encuentra red venosa suplementaria en miembro superior derecho, especialmente en el brazo que se hace más presente con el ejercicio. Aumento de la tonicidad muscular. Pulso radial normal. Reflejos normales. Signos de Adson y Fischer negativos.

Miembros inferiores: dilataciones venosas varicosas. Se encuentra en tercio superior de pierna izquierda deformación y cicatrices por proceso osteomielítico antiguo.

EXAMENES DEL LABORATORIO Y GABINETE:

Previsión venosa brazo izquierdo: 16; cinco minutos después del ejercicio: 28; cinco minutos después de reposo: 26.

Presión venosa brazo izquierdo: 16; cinco minutos después del ejercicio: 16; cinco minutos después de reposo: 16.

1/XI/64: Nitrógeno uréico: 16 — Creatinina 1.3 — Glicemia: 94:5
Hemograma: Hb: 13.6 — Hto. 45 -- Leucocitos: 5.400 --
Eos: 6.

Banda: 1 — Seg.: 51 — Linfocitos: 39 -- Monocitos: 3.

1/XI/64: Orina: Negativa.

4/XI/64: VDRL: no reactivo.

4/XI/64: Heces: negativa.

5/XI/64: T. sangrado: 20" -- T. coagulación: 4'45"

5/XI/64: Grupo sanguíneo: A Rh positivo.

6/XI/64: Proteína C reactiva: negativa.

9/XI/64: Titulación antiestreptolisina O: 50 Ud todd.

17/XI/64: S. G. O. T.: 22 U — S. G. P. T.: 21 U:

17/XI/64: LDH: 285 U.

17/XI/64: Protrombina: 100%

9/XI/64: Radiografía de tórax: ligero crecimiento de ventrículo izquierdo y aurícula derecha, estosis pulmonar.

- 9/XI/64: Columna cervical y tórax: columna cervical no muestra evidencias radiológica de lesión. Tórax se sugiere tomar placa lateral y oblicua para excluir lesión en el diafragma (con bario en esófago).
- 10/XI/64: En la columna cervical no encontramos alteración de cuerpos ni de espacios intervertebrales. Apófisis transversas y espinosas normales.
En el tórax no se aprecia crecimiento de cavidades cardíacas izquierdas, la aurícula derecha está dilatada.
- 6/XI/64: Columna dorso lumbar y cervical: en el estudio radiológico de la columna cervical como en el estudio anterior se aprecia una discreta espondilosis. En la columna dorsal, encontramos una fusión de los cuerpos 8 y 9 con ligera escoliosis a este nivel.
En columna lumbar no se aprecia imagen de patología.
- 13/XI/64: En el estudio radiológico del tórax se observa una acentuación del arco auricular derecho y ligera estasis.
- 3/XI/64: Un electrocardiograma: Bradicardia sinusal: 48/min. Datos adicionales. Obsérvese onda R con mella inicial a 0.04 s. En Ve ("C") — (QRS=0.08 s.). Puede indicar bloc "de rama" derecha (en dilatación infundibular y/o de arteria pulmonar).

CASO N° 2

Paciente: Venancia Piñar Gutiérrez.
Sexo: Femenino.
Edad: 62 años.
Estado Civil: soltera.
Ocupación: Nada.

Lugar de nacimiento: Pozo de Agua, Guanacaste.
Residencia Act.: Sabanilla, Montes de Oca.

Paciente orientada en espacio y parcialmente en tiempo; interrogatorio directo que se lleva a cabo en forma satisfactoria. Disnea, aumento de volumen doloroso localizado en miembro superior derecho, región supra-clavicular, hombro y cara lateral cuello derecho, mama derecha ídem.

Inicia su padecimiento en agosto de 1964 con estado gripal caracterizado por tos con expectoración amarillenta, disnea de medianos esfuerzos, calorífico intenso sin sufrir fiebre astenia y anorexia marcada, manifestando dolores punzantes en cara posterior hemitórax derecho, palpitations cardíacas frecuentes. Permanece en estas condiciones por espacio de casi dos meses siendo internada en este Hospital en Setiembre de 1964. Según dice la paciente; estando en esta Institución presentó diarrea lí-

quida de color amarillento y poliuria. Fue dada de alta aproximadamente 17 días después bastante mejorada, permanece en buenas condiciones aparentes hasta noviembre de 1964 en que vuelve a manifestar diarrea, astenia, estado gripal acompañado de tos amarillenta y diarrea discreta, razón por la cual acude a Consulta Externa en forma periódica. Desde entonces la diarrea ha sido constante. Desde enero dice empezar a "hincharse" hemicara derecha que se generalizó en pocos días a resto de cara notando posteriormente y en forma gradual aumento de volumen en cara lateral derecha de cuello, seno derecho, hombro, región supraclavicular derecha, y todo miembros superior derecho (hasta dedos). Al mismo tiempo refiere náuseas sin llegar a vomitar. Dicho aumento de volumen fue poco doloroso al principio y a medida que se extendía más era de intensidad mayor el dolor, hace aproximadamente 10 días empezó a notar aumento de volumen de miembro superior izquierdo y en mano del mismo lado.

A lado de esta sintomatología presenta desde hace 8 días poliuria, orina muy concentrada y diarrea de consistencia líquida, amarillenta, espumosa, con moco. La paciente no refiere fiebre ni vómito. Únicamente náuseas, y diarrea.

Debido a esta sintomatología acude a este Hospital para su internamiento lo cual ocurre el día 11 de mayo de 1965.

Padres muertos, padre por alcoholismo crónico (murió de goma), y madre por T. B. pulmonar. Tiene 5 hijos vivos (4 hombres y 1 mujer) en aparente buen estado de salud. Su esposo murió con tumoración hipogástrica y con retención urinaria. Seis hijos muertos uno de "Cáncer en el estómago", el resto durante la infancia. Diabéticos, luéticos, cardiopatías las niega.

Refiere varios antecedentes en su familia.

Durante su infancia: sarampión, toslerina, asma a los 10 - 11 años Paludismo a los 12 años. Ictericia (?) el año pasado. Quirúrgicos negativos. No refiere alergias. Vacunaciones antivariolosa.

Dice que este es su tercer internamiento, primero en 1961 por colecistitis crónica, el segundo en setiembre de 1964 por insuficiencia cardíaca congestiva venosa por carioangiosclerosis. El tercero, actual.

Digestivo: anorexia, náuseas, meteorismo ocasional, diarrea y flujo desde hace una semana.

Respiratorio: tos con expectoración blanquecina.

Cardiovascular: Disnea constante desde hace 6 meses, palpitaciones frecuentes.

Genital: S. D. P.

Nervioso: nerviosismo, insomnio, cefalea discreta.

Oriunda de Guanacaste, analfabeta. Calzada desde hace 7 - 8 años. Tabaquismo positivo desde los 13 años hasta los 18 en cantidad de una cajetilla por día (puros y cigarros). Alcoholismo negativo, ocasional.

Gesta XV para XI abortos IV

Alimentación deficiente en aporte nutricional y en cantidad.

Habitación: casa de madera, piso de tierra, servicio sanitario de "hueco", agua no potable.

EXPLORACION FISICA

Historia Clínica Número 63096.

Pulso: 112 X

TA: 120 - 20

Peso: 103 libras

Paciente senil en buen estado general.

Piel: seca

Cráneo: normocéfalo.

Ojos: normal

Nariz: Normal

Boca: Normal.

Oído: normal

Cuello: cilíndrico

Ingurgitación yugular del lado derecho. Refiere dolor de cara lateral derecha.

Red venosa visible y palpable en cara anterior del hemitórax derecho.

Aumento de volumen de la clavícula mamaria del lado derecho. Dolorosa de la palpación, red vascular venosa muy aumentada.

Abdomen: S. P. D.

El miembro superior derecho se encuentra aumentado de volumen. Franco edema que se extiende hasta el hombro del mismo lado. Con red venosa visible y palpable.

El miembro izquierdo adelgazado en relación al derecho.

El miembro superior derecho doloroso y aumenta los síntomas cuando el paciente se somete a ejercicios físicos con el mismo

1/5/65: Rx tórax A. P.

Aumento de la trama vascular. Cardiomegalia.

1/5/65: Orinal, normal.

13/5/65: Hto. 43 cc. % Hemoglobina 11.2 gr. %.

14/5/65: V. D. R. L. reactiva I. dil.

17/5/65: E. C. G. sobrecarga ventricular izquierda.

28/5/65: Flebograma - braquial y mediastinal.

29/5/65: Presión venosa de miembros superiores. Derecho 28 mm. de agua. Izquierdo 16 mm. de agua.

BIBLIOGRAFIA

- OLIVIER CLAUDE: Maladies des veines. Diagnostic et traitement: Phlébite dite "par effort". 60 - 65. Maisan T. Cie Editeurs. Paris. 1957.
- OLIVIER CLAUDE et L. LEGER: Les thrombo-phlébites, dite par effort du membre supérieur. I vol. Masson Edit 1941.
- HUGHES: Venous obstruction in the upper extremity (Paget-Schoettter's Syndrome). A review of 320 cases. Internat abstr. Surgery 88 . 89 - 127. 1949.
- VEAL, J. R.: Thrombosis of the axillary and subclavian veins. A. M. J. M. sc 200: 27, 1940.
- KLEINSASSER, L. J.: "Effort" thrombosis of the axillary and subclavian veins, Arch. Surg. 59: 258. 1949.
- DE CAMP. P. T. LANDRY R. M. OSCHNER A and DE BAKEY M. E. Spontaneous thrombophlebitis, surgery 31 - 43, 1953.
- ALLEN BARKER HINES: Tromboflebitis axilar y subclavia. 654 . 656. Edit Bernades, S. A. Buenos Aires. 1965.
- DUCROS ROGER: Phlébite "dite par effort" diagnostic et traitement. Phlebologie. 160 - 165. - Bulletin de la Société Française de Phlebologie. Avril Juin - 1965.