

Obstrucción intermitente de la vena subclavia

Dr. ALBERTO VALLS *

Hace 5 años, nos ocupamos de este tema (8). La obstrucción de la vena subclavia fue descrita por primera vez por Paget (3) en 1877 y después por Schroetter. Hughes (1) hace una síntesis del tema en 1949, pero McCleery y cols. (2) hablan en forma específica de la obstrucción intermitente y muestra su tratamiento quirúrgico en sus componentes subclavio y escaleno anterior. En 1970 Servelle, Baccourt y Perdu (6) se ocupan brevemente de ese tipo de complicación y preconizan el abordaje intratorácico.

Tiwisina (7) destacó los factores compresores de la vena (diedro costoclavicular, músculo subclavio, escaleno anterior, tejido fibroso del domo pleural, nervio del subclavio, el frénico cuando es prevenoso, costilla cervical, primera costilla patológica, hipertrofia de extremidad interna de clavícula). Servelle en

1962 (5) muestra un fascículo del escaleno anterior prevenoso.

Nosotros nos referimos a un caso de compresión de la vena axilar por esclerosis resuelta por liberación de ésta (9). En el año 1971 nos ocupamos del tema de los síndromes de compresión cervicobraquial y nos referimos a la vena subclavia (10).

Haremos algunas consideraciones anatómicas para aclarar un caso clínico que presentamos.

La vena subclavia, gruesa de 18 a 20 mms., es continuación de la vena axilar, elemento más interno del paquete axilar. Pasa en su camino hacia el mediastino, en un desfiladero (fig. 1) que queda colocado en el ángulo abierto hacia arriba y afuera, que forman la primera costilla y la clavícula, cuya extremidad proximal, bultuosa, se articula, hacia adentro, con el cartilago costal y el manubrio del esternón. La primera costilla es aplanada, presenta una cara anterosuperior, en relación con la vena, y una posteroinferior, con la pleura; tiene una oblicuidad de 45° con la horizon-

* Profesor Adjunto de Cirugía.
Presentado el 24 de mayo de 1972.

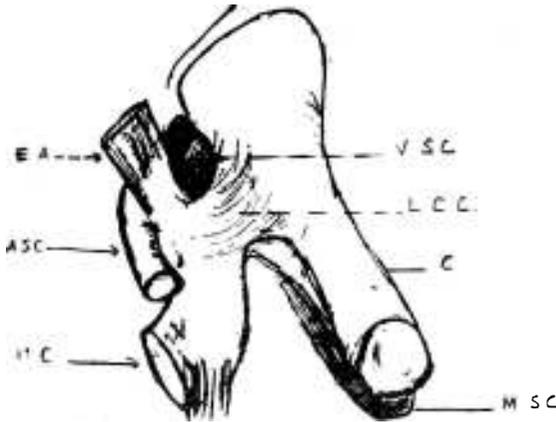


Fig. 1.—E.A.: Escaleno anterior; A.S.C.: Arteria subclavia; 1ª C.: 1ª costilla; V.S.C.: Vena subclavia; L.C.C.: Lig. costoclavicular; C.: Clavícula; M.S.C.: Músculo subclavio.

tal. Sobre la cara superior se insertan las fibras tendinosas del escaleno anterior, en el tubérculo de Lisfranc, que separa el lecho venoso delante, del arterial, atrás y afuera. Las fibras tendinosas se deslizan por la cara superior de la costilla hasta confundirse con las del subclavio y el ligamento costoclavicular. La clavícula, groseramente cilíndrica en su cuerpo, se dirige adentro engrosándose en su extremidad interna. En su cara inferior se insertan las fibras carnosas del subclavio, que se dirigen horizontales, hacia adentro a insertarse en la extremidad interna y anterior de la costilla, por fascículos tendinosos. Aquí el músculo se continúa con el potente ligamento costoclavicular, cónico a base clavicular y vértice truncado costal. Las fibras de ambos elementos se continúan con las del escaleno anterior, formando un fondo, cóncavo, abierto hacia arriba y afuera, que redondea el ángulo costoclavicular, donde reposa la vena, como en una hamaca.

Las fibras más internas del tendón del escaleno se continúan hacia adentro, insertándose en todo el borde posterior de la primera costilla, formando una arista viva que se marca sobre la vena, que tiene por detrás la pleura y por delante la clavícula y el esternón, recubiertos de los músculos infrahioideos.

Se constituye así un desfiladero apretado, donde la vena se desliza, cuya pared anterior está formada por clavícula y subclavio con su vaina fibrosa, que se continúa con la de la vena, y una pared posterior, costilla y escaleno anterior por encima, con el fondo formado por la hamaca fibrosa ya descrita.

El cierre de este ángulo y la hipertrofia de sus elementos: costilla, clavícula, ligamento costoclavicular, subclavio o escaleno anterior (con preferencia éste) determina la compresión venosa, que puede ser intermitente, evidenciándose en los movimientos que estrechan este canal. Cuando el músculo escaleno está hipertrofico y más inclinado hacia adelante, en personas con la cabeza habitualmente inclinada hacia adelante (como en la paciente

que presentamos), se produce con mayor facilidad la compresión de la vena que de la arteria subclavia.

Estos datos son necesarios para reseca los elementos anatómicos compresores, variables, lo que lleva a un tipo de operación en cada caso.

HISTORIA CLINICA

Casmu 399.066, mujer, 40 años, textil. Consulta por dolores en miembro superior derecho desde hace un año, con cianosis y edema de mano por períodos.

Examen.— Estado general bueno, cabeza incurvada hacia adelante. Cuello: escaleno derecho contracturado, doloroso. Pulsos s/p. Test de Adson negativo. Mano derecha cianótica, algo edematosa. No hay circulación venosa marcada. Examen neurológico y resto s/p. R.X. Apófisis costiforme derecha de 7 cervical hipertrófica. Flebografía Dr. Pecantet (figs. 2 y 3). Se ve con mentón a izquierda el pasaje de la sangre venosa, en cuello por zona estenosada, a nivel del escaleno, hacia la cava. Con mentón a derecha, no hay pasaje de sangre, haciéndose evidente la obstrucción venosa intermitente (figs. 2 y 3).

Operación: 19-VIII-71. Anest. Gral. Dr. Reine, Dr. Valls. Dr. Puig, Dr. Balboa. Incisión transversa. Se reclina la yugular externa. Sección parcial del esternocleidomastoideo. Se reclina el tejido grasoso, abre la vaina del escaleno anterior. Potente, grueso, con tractos fibrosos. Se reclina el frénico hacia adentro. Se reseca el escaleno anterior. Se libera el plexo braquial, arteria y venas subclavia. Tubo de goma fino, cierre por planos. Duración:

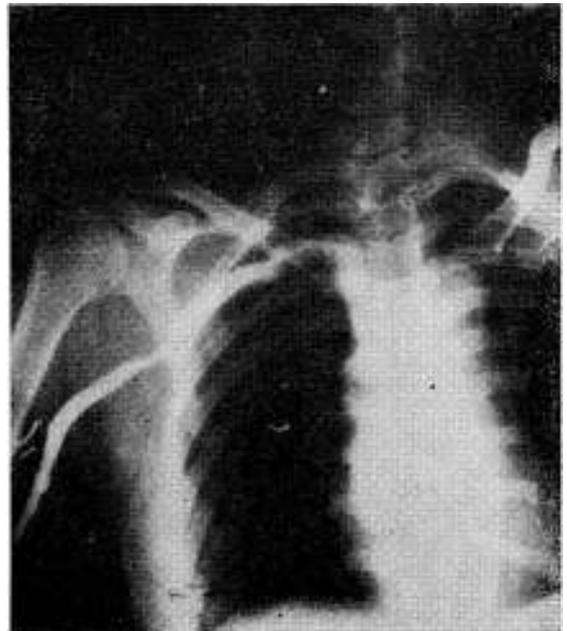


Fig. 2.—Se ve con el mentón a izquierda, el pasaje de la sangre venosa, por zona estenosada, a nivel del escaleno.



FIG. 3.— Con mentón a derecha no hay pasaje de sangre, haciéndose evidente la obstrucción venosa intermitente.

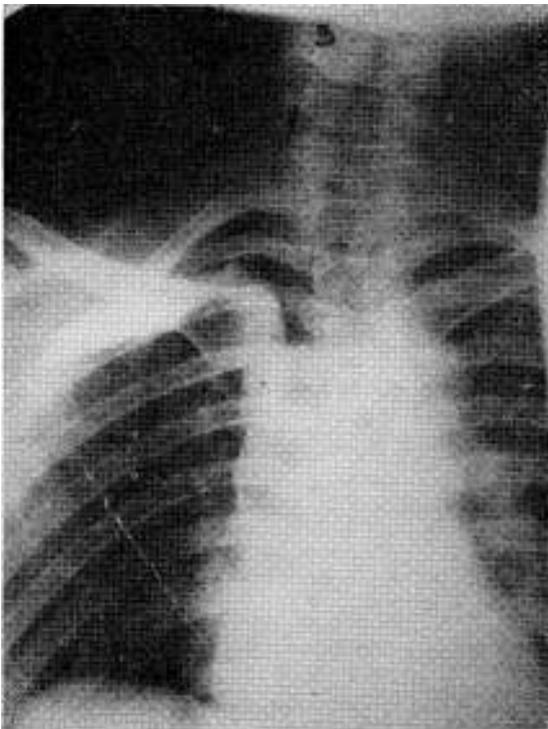


FIG. 4 — Flebografía postoperatoria. No hay obstáculo venoso.

45 minutos. Postoperatorio excelente. Alta a los 2 días. Nueva flebografía (fig. 4) Dr. Peccantet. Desapareció todo obstáculo venoso.

Del punto de vista clínico, la enferma continuó con dolores y mano edematosa todavía, pese a que radiológicamente desapareció el obstáculo intermitente venoso. Fue la existencia de ese obstáculo, desde el punto de vista radiológico, que nos llevó a proponer esta sencilla operación al internista consultante, frente al fracaso de todo tratamiento médico anterior.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de obstrucción intermitente de la vena subclavia, el autor analiza los factores anatómicos que la desencadenan, destacando la importancia del músculo escaleno anterior y fundamentando su resección como tratamiento. Se adjunta documentación radiológica.

RESUME

A propos de la présentation d'un cas d'obstruction intermittente de la veine sous-clavière, l'auteur analyse les facteurs anatomiques qui la provoquent, détachant l'importance du muscle scalène antérieur et montrant le bien-fondé de sa résection en tant que traitement, avec documentation radiologique correspondante.

SUMMARY

The author presents a case of intermittent obstruction of subclavian vein and analyzes anatomical factors that trigger it. The anterior scalenous muscle is of importance and the disease should be treated by its resection. Radiological documentation is included.

BIBLIOGRAFIA

1. HUGHES, E. S. R. Venous obstruction in the upper extremity (Paget-Schroetter's syndrome). A review of 320 cases. *Int. Abstr. of Surg.*, 88-89: 127, 1949.
2. Mc CLEERY, R., KESTERTON, J., KIRTLEY, J., LOVE, R. B. Compresión por los músculos subclavio y escaleno anterior, como causa de obstrucción intermitente de la vena subclavia. *Anal. de Cir.*, X, 692, 1951.
3. PAGET, J. Sir. Clinical lectures and essays. London. Longmans, Green and Co., 1875.
4. SCHROETTER, VON L. Erkranken der gefase. Nothnagel handbuch der pathologie und therapie. Wein. Holder. 1884.
5. SERVELLE, M. Oedemes chroniques des membres. Masson et Cie. Paris, 962.
6. SERVELLE, M., BACOURT, F. et PERDU, A. M. Complications vasculaires des côtes cervicales. Paris. Masson, 1970.
7. TIWISINA, Th. Der achselvenenstau, seine er-
kenung, bhandlung und begutachtung. *Der. Chi-
rurg.*, 24: 292, 1953.
8. VALLS, A. Cirugía de la vena iliaca y de la ve-
na axilar. Problemas vasculares en cirugía gene-
ral. 21 Sesión para graduados. Clin. Quir. Prof.
del Campo, agosto 1957, 42-54.
9. VALLS, A. Obstrucción de la vena axilar por
esclerosis perivenosa. *Bol. Soc. de Cir. del Uru-
guay*, 33: 104-108, 1962.
10. VALLS, A. Síndromes de compresión cervico-
braquial. *Cirugía del Uruguay* (en prensa).