

TROMBOSIS VENOSA SUBCLAVIA

Dr. Ignacio Lasierra Lavilla¹ / Dra. Victoria Estaben Boldova² / Dra. Sara Plou Izquierdo³

¹ Medico Residente Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Medico adjunto Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Facultativo de Atención Primaria. Centro de Salud Teruel-Ensanche. Teruel

RESUMEN

La trombosis venosa en extremidades superiores es de rara aparición. La forma secundaria suele estar asociada al uso de catéteres y marcapasos. Cursa con dolor y edema en el brazo y puede causar también cianosis o febrícula. En el diagnóstico es importante la historia clínica, la exploración y pruebas de imagen como el Eco-doppler y el angio-TC o RNM.

La base del tratamiento es la anticoagulación precoz que en las formas primarias se suele acompañar de cateterismo o angioplastia.

PALABRAS CLAVE

Trombosis venosa, subclavia, Sd. de Paget-Schroetter

ABSTRACT

Venous thrombosis in the upper limbs is rare. The secondary form is usually associated with the use of catheters and pacemakers. It presents with pain and edema in the arm and can also cause cyanosis or low-grade fever. In the diagnosis the clinical history, examination and imaging tests such as ECO Doppler and angio-TC or MRI are important.

The treatment is early anticoagulation. In primary forms is usually accompanied by catheterization or angioplasty.

KEY WORDS

Vein Thrombosis, subclavian, Paget Schoetter Syndrome

La trombosis venosa profunda en extremidades superiores es una entidad clínica rara que ha ido en aumento en las últimas décadas, asociada a una importante morbilidad¹. Se clasifica en: primaria, también llamada síndrome de Paget-Schroetter, o secundaria asociada al uso de catéteres, marcapasos o tumores. El síndrome de Paget-Schroetter es más frecuente en varones jóvenes asociado a la intensa actividad del miembro superior², mientras que la secundaria suele ocurrir en personas de mayor edad³.

La clínica más frecuente es dolor o disconfort y edema en el brazo afectado o el cuello. También puede causar cianosis de la extremidad afectada, febrícula o incluso taquicardia por disminución del retorno venoso^{1,3}.

Diagnóstico por imagen

Para el diagnóstico es esencial la historia clínica y la exploración física. Aunque para el diagnóstico definitivo suelen ser necesarias pruebas de imagen. La primera prueba solicitada debe ser la ecografía Doppler ya que se trata de una técnica inocua que presenta una alta sensibilidad (84-97%) y especificidad (93-96%). En casos de que esta prueba no sea concluyente se debería realizar un angio-TC o una RNM. Análíticamente, el Dímero D presenta un alto valor predictivo negativo³.

El tratamiento debe consistir en resolver los síntomas debidos a la obstrucción, prevenir complicaciones y recurrencias⁴. La anticoagulación precoz es la base del tratamiento, aunque no se recomienda como única medida en las formas primarias. La fibrinólisis dirigida con catéter y la angioplastia suelen combinarse para conseguir una revascularización completa^{2,4}.

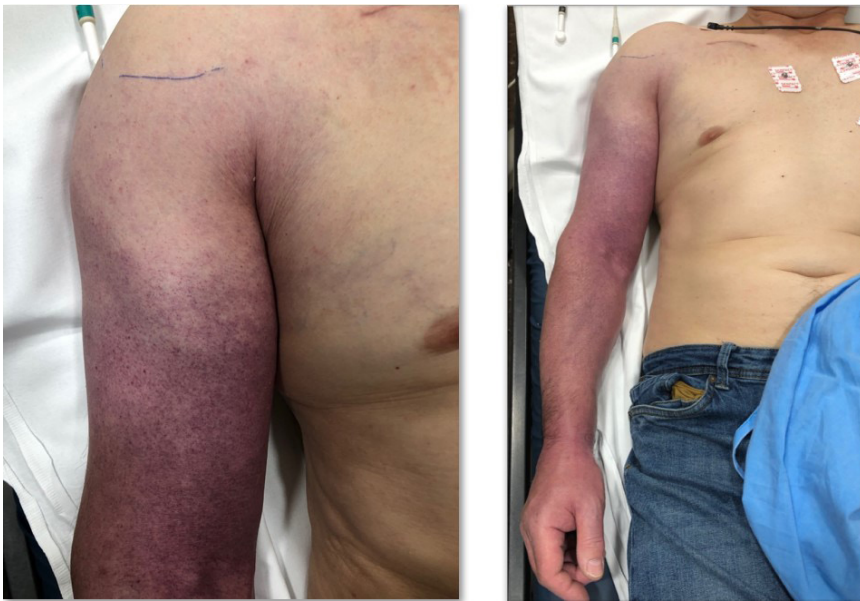


Fig. 1 y 2. Se evidencia edema, inflamación, tumefacción desde hombro hasta la mano de ESD.

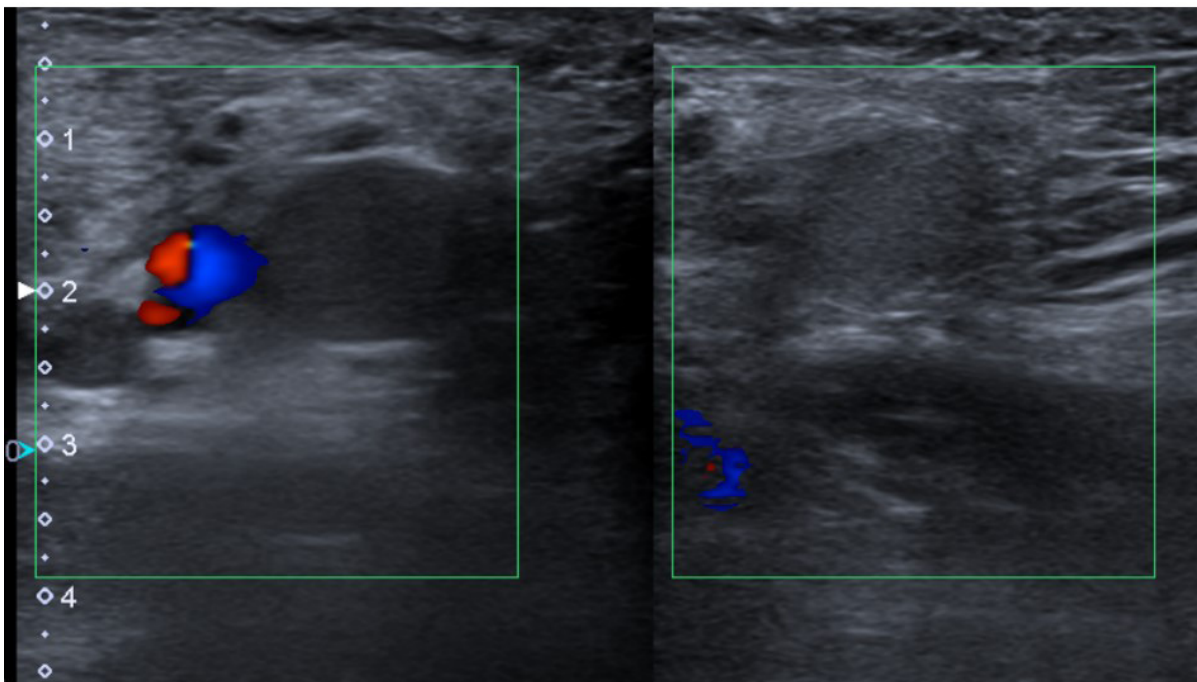


Fig. 3. ECO-Doppler donde se apreciaba material ecogénico en la vena subclavia y axilar, con escasa compresión.

Diagnóstico por imagen

Presentamos el caso de un varón de 61 años, que acudió a Urgencias por cuadro súbito de cambio de coloración, dolor, hinchazón y sensación de frialdad en extremidad superior derecha (ESD). Como único antecedente de interés presentaba hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril y era portador de marcapasos implantado a través de la subclavia derecha 2 meses antes. El paciente refería que el dolor había comenzado hace una semana en región axilar y que en las últimas horas había aumentado de forma importante. A la exploración la ESD presentaba: edema, inflamación, tumefacción desde hombro hasta la mano, aumento de diámetro, dolor en flexura y empastamiento (Fig. 1 y 2). El pulso radial estaba presente con buena movilización distal. En la analítica destacaba un Dímero D de 852 ng/ml sin otras alteraciones. Realizamos una ECO-Doppler (Fig. 3) donde se apreciaba material ecogénico en la vena subclavia y axilar, con escasa compresión, por lo que se recomendó la realización de un angio-TC (Fig. 4) donde se apreció la ausencia de contraste en la vena subclavia y axilar, confirmando el diagnóstico de trombosis venosa. El paciente ingresó en cirugía y fue tratado con vendaje compresivo y anticoagulación precoz con mejoría clínica.

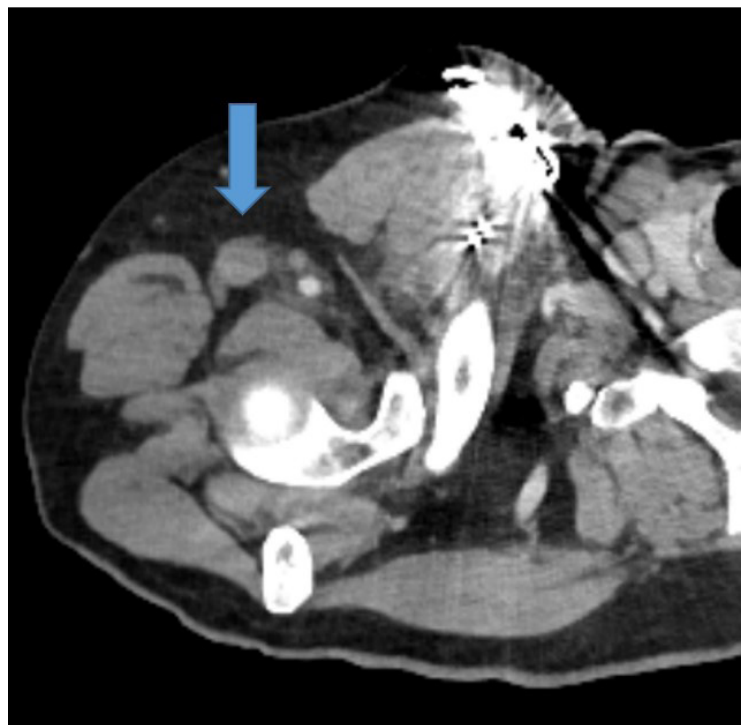


Fig. 4. Angio-TC donde se apreció la ausencia de contraste en la vena axilar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joffe H, Goldhaber S. Upper-Extremity Deep Vein Thrombosis. *Circulation*. 2002. 106. 1874-1880.
2. Samoila G; Twine CP; Williams IM. The infraclavicular approach for Paget-Schroetter síndrome. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018. 100. 83-91.
3. Mustafa J, Asher I, Sthoeger Z. Upper Extremity Deep Vein Thrombosis: Symptoms, Diagnosis, and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018 Jan. 20. 53-57
4. Hangge P, Rotellini-Coltvet L, Deipolyi AR, Albadawi H, Oklu R. Paget-Schroetter syndrome: treatment of venous thrombosis and outcomes. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2017. 7. 285-S290