

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Paget-Schroetter (SPS) consiste en una trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia a nivel de la unión costoclavicular. Los movimientos reiterativos de abducción forzada y retroversión del brazo pueden causar un daño en la capa íntima del vaso, generando una superficie trombogénica y tejido de cicatrización extrínseco que desencadena esta entidad. Se trata de una enfermedad relativamente infrecuente pero de especial importancia por afectar a sujetos jóvenes y sanos, principalmente varones y en la extremidad superior dominante, con antecedente de actividad física en el 80%.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente con SPS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 16 años, deportista, con antecedente de luxación glenohumeral y otros traumatismos en el hombro izquierdo. Acudió a Urgencias por edema generalizado de miembro superior izquierdo de 5-7 días de evolución. En la exploración física se evidenció edema, eritema y tumefacción, hallazgos compatibles con trombosis venosa axilo-subclavia izquierda. Se realizó un eco-Doppler que puso de manifiesto una trombosis venosa de la vena basilica y la axilar izquierda crónica con revascularización periférica. En el TC se objetivó un defecto de repleción de la vena subclavia izquierda hasta la unión con la vena yugular ipsilateral, observando permeabilidad de la vena innominada. Asimismo, se observó una pseudoartrosis del primer arco costal izquierdo. En la RMN no se identificaron alteraciones valorables en el plexo braquial izquierdo, objetivando una escoliosis cervico-dorsal de doble curvatura, inversión de la lordosis cervical, probable pseudoartrosis en el arco posterior de la primera costilla izquierda y cuarta costilla derecha bífida.

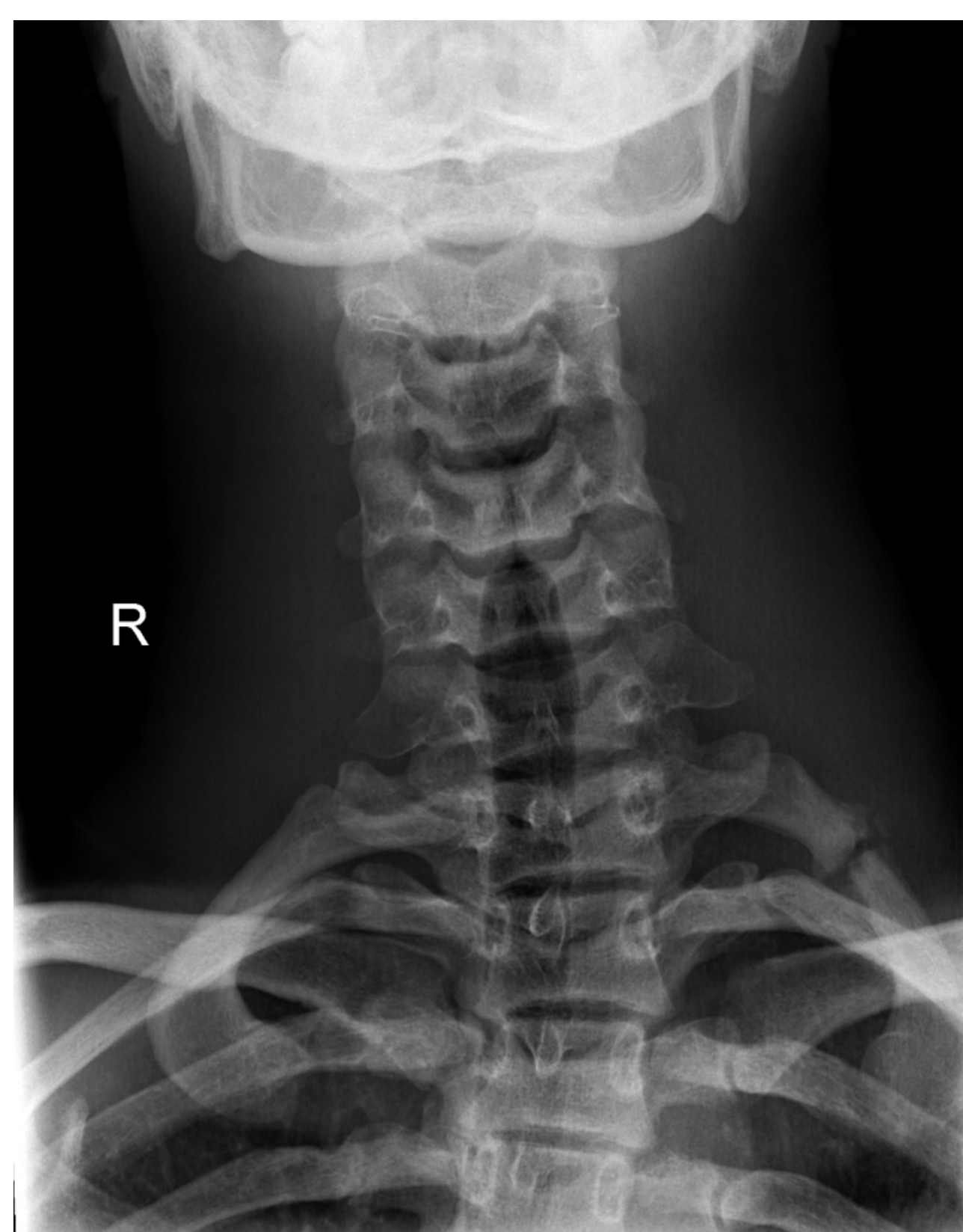


Figura 1. Radiografía simple anteroposterior.

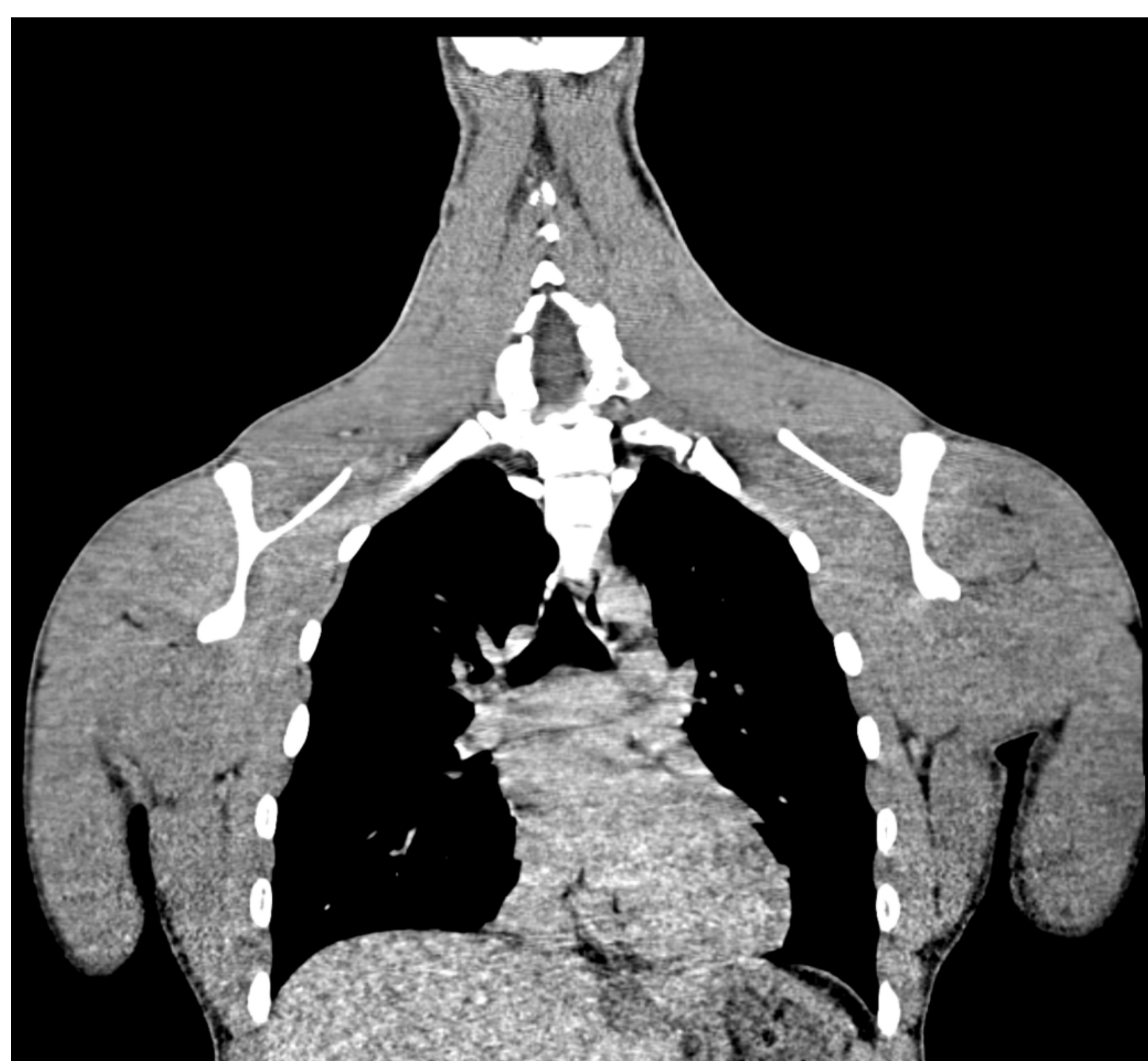


Figura 2. TC: se observa pseudoartrosis de primer arco costal.

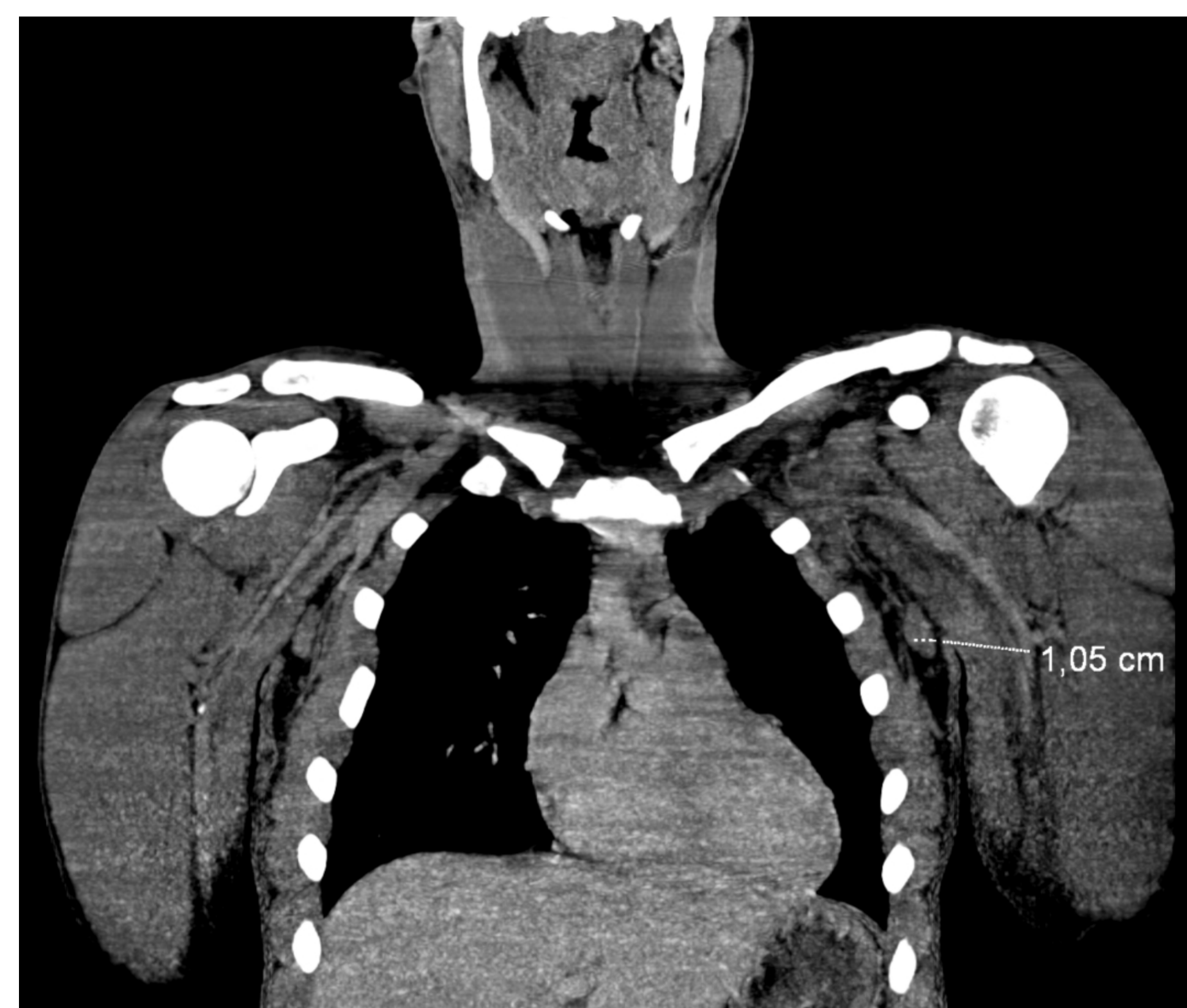


Figura 3. TC: se observa defecto de repleción de la vena subclavia izquierda.

RESULTADOS

Se realizó flebografía y fibrinólisis con urokinasa, persistiendo obstrucción parcial de la vena subclavia. Se instauró anticoagulación con HBMP y valoración por Cirugía Torácica, que desestimó el tratamiento quirúrgico. El paciente presentó buena evolución con el tratamiento conservador con desaparición de la clínica.

CONCLUSIONES

- El SPS es una entidad clínica infrecuente pero relevante en pacientes jóvenes y deportistas.
- Lesiones subyacentes como fracturas del primer arco costal o hipertrofia muscular regional, pueden actuar como causas de limitación del drenaje venoso y compresión extrínseca de la subclavia que producen este síndrome.