



Nota clínica

Manejo multidisciplinar del síndrome de Paget-Schroetter. A propósito de una serie de 8 casos



Vladimir Rosa Salazar^{a,*}, Sonia del Pilar Otálora Valderrama^b,
María Encarnación Hernández Contreras^a, Bartolomé García Pérez^a,
Andrés del Amor Arroyo Tristán^c y María del Mar García Méndez^a

^a Unidad de Corta Estancia/Trombosis, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^c Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de marzo de 2014

Aceptado el 9 de septiembre de 2014

Palabras clave:

Síndrome de Paget-Schroetter
Trombosis venosa profunda de extremidad superior
Síndrome de la salida del tórax
Trombosis de esfuerzo

R E S U M E N

El síndrome de Paget-Schroetter (SPS) en el contexto de trombosis venosa profunda (TVP) de miembro superior es una patología poco frecuente pero de gran importancia por afectar personas sanas y jóvenes, donde el síndrome posttrombótico (SPT) secundario puede ser una complicación con importantes implicaciones. La mejor opción de tratamiento es controvertida. Las guías actuales recomiendan anticoagulación durante un mínimo de 3 meses, aunque se han visto con este manejo incidencias de SPT cercanas al 50% a los 6 meses, al 30% al año y al 25% a los 2 años, por lo que unidades especializadas abogan por la realización de trombólisis local y cirugía descompresiva precoz, con el propósito de disminuir estas cifras. Describimos una serie de 8 casos, a los que tratamos de esta última manera. Ningún paciente presentó complicaciones, y en todos se observó reintegro precoz a la actividad diaria, con ausencia de SPT en el 90% de ellos.

© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Multidisciplinary Management of Paget-Schroetter Syndrome. A Case Series of Eight Patients

A B S T R A C T

Paget-Schroetter syndrome (PSS) in the context of upper extremity deep venous thrombosis (DVT) is an uncommon but potentially very serious condition affecting young, healthy adults, in which secondary post-thrombotic syndrome (PTS) can be a complication with major implications. The best treatment option remains controversial, with current guidelines recommending anticoagulation for at least 3 months. However, an incidence of PTS of approximately 50% after 6 months, 30% after 1 year and 25% after 2 years has been found using this therapeutic approach. Consequently, specialized units recommend local thrombolysis and early decompressive surgery. We describe a series of eight cases treated in this way. None of the patients showed signs of complications, and an early return to regular activities with no PTS was observed in 90% of cases.

© 2014 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Paget-Schroetter syndrome
Upper extremity deep vein thrombosis
Thoracic outlet syndrome
Effort thrombosis

Introducción

El síndrome de Paget-Schroetter (SPS) se refiere a la trombosis venosa profunda (TVP) de etiología primaria, localizada a nivel de la unión costoclavicular, donde la vena subclavia es altamente vulnerable a su paso en la parte más anterior de la salida torácica. Los movimientos reiterativos de abducción forzada y retroversión del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Vladi.medico@yahoo.es (V. Rosa Salazar).

Tabla 1
Características clínicas de los pacientes incluidos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Sexo	Varón	Mujer	Mujer	Varón	Varón	Varón	Mujer	Varón
Edad	16 años	31 años	35 años	19 años	36 años	38 años	37 años	35 años
Peso	68 kg	55 kg	50 kg	80 kg	68 kg	70 kg	82 kg	87 kg
FPM	Musculación	Uso de muletas	Levantamiento de peso en fábrica de golosinas	Musculación	Mozo de almacén	Piragüista	Cocinera	Musculación
Lado	Derecho	Derecho	Izquierdo	Derecho	Derecho	Derecho	Izquierdo	Izquierdo
Dímero D	670 ng/ml	1.930 ng/ml	3.830 ng/ml	1.950 ng/ml	8.600 ng/ml	1380 ng/ml	540 ng/ml	310 ng/ml
Doppler	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Trombofilia	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa
Trombólisis	Exitosa	Exitosa	Exitosa	Parcial (30%)	Exitosa	Exitosa	Exitosa	Exitosa
HBPM	Tinzaparina	Bemiparina	Enoxaparina	Bemiparina	Tinzaparina	Bemiparina	Tinzaparina	Tinzaparina
Cirugía	16 días	41 días	117 días	117 días	54 días	53 días	62 días	110 días
SPT	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Tiempo libre de recurrencia trombótica	971 días	849 días	634 días	605 días	532 días	510 días	456 días	279 días

FPM: factor predisponente mecánico

brazo pueden causar un daño en la capa íntima del vaso, generando una superficie trombogénica y tejido de cicatrización extrínseco, lo que desencadena esta entidad¹.

La prevalencia se estima en cerca del 30% de los casos de TVP de miembros superiores y 1-4% del total de TVP, con una edad media de presentación entre 30-40 años, de predominio en hombres, en la extremidad superior dominante y en relación con actividades de esfuerzo^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas varían en severidad, pero habitualmente se presenta como dolor axilo-humeral, edema en la extremidad, cianosis y circulación colateral a nivel del hombro.

La ecografía doppler suele ser la primera prueba diagnóstica, con especificidad del 93% y sensibilidad mayor del 80%^{3,4}. Otros estudios de imagen, como TAC o RNM, son adecuados para indagar otras causas de compresión o confirmar el diagnóstico ante una alta sospecha pero con resultado ecográfico normal (tabla 1).

Cuando no se realiza un tratamiento precoz, se genera una reacción fibrótica intraluminal que conduce a hipertensión venosa crónica y aparición del síndrome posttrombótico (SPT), que en algunos casos puede generar discapacidad funcional significativa y afectación severa de la calidad de vida³.

La estrategia terapéutica más eficaz es controvertida. Las guías actuales recomiendan la anticoagulación convencional, aunque dejan abierta la posibilidad en centros experimentados de realizar trombólisis local guiada por catéter y cirugía de liberación de la salida torácica⁵.

Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio prospectivo entre noviembre de 2011 y mayo de 2013, donde fueron incluidos 5 hombres y 3 mujeres, con sintomatología aguda y clínica compatible con SPS, a los cuales se confirmó la TVP por ecografía doppler. Tras el ingreso, se aplicó un protocolo establecido que incluyó:

- Historia clínica detallada.
- Analítica completa con dímero D.
- TAC dinámico de la extremidad afectada.
- Flebografía inicial mediante punción de vena basilica, colocando catéter multiperforado al sobrepasar la oclusión venosa.
- Trombólisis local con urocinasa (100.000 UI/100 ml/h).
- Flebografía de control. Categorizamos el resultado de la trombólisis en *exitosa*, si en la flebografía de control no objetivamos trombo residual, *parcialmente exitosa*, si el trombo persistente es menor

del 50% del trombo inicial, y *no exitosa*, si el trombo persistente es mayor del 50% del trombo inicial.

- Heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas.
- Cirugía de liberación de la salida torácica que incluyó desinserción escalénica anterior y extirpación del primer arco costal por vía axilar, según técnica de Ross, dentro de las 16 semanas siguientes al diagnóstico.
- HBPM durante un mes a dosis terapéuticas.
- Estudio de trombofilia a los 3 meses tras la cirugía.
- Seguimiento clínico cada 6 meses hasta la fecha, con cuantificación del SPT con la escala de Villalta⁶ en cada control.

Tras la aplicación del protocolo y hasta el momento, ningún paciente ha presentado complicaciones o recurrencias trombóticas. Uno de los 8 pacientes presentó datos leves de SPT (escala de Villalta), sin impedir realizar su actividad laboral diaria.

Discusión

Durante muchos años el tratamiento del SPS incluía la elevación de la extremidad y la anticoagulación, considerando la opción quirúrgica solo ante la recurrencia de síntomas^{1,4}. Las guías actuales recomiendan como tratamiento inicial la anticoagulación parenteral de preferencia a ningún tratamiento, durante un mínimo de 3 meses. Asimismo, en pacientes seleccionados con bajo riesgo de sangrado y síntomas severos de reciente aparición recomiendan la trombólisis guiada con catéter en centros experimentados, así como la resección de la primera costilla y la liberación escalénica ante la sospecha de atrapamiento de la vena subclavia⁵.

En relación con la terapia exclusiva con anticoagulación, se ha visto que esta tendencia está perdiendo adeptos, ya que algunos estudios han objetivado que bajo este tratamiento se presentan tasas de obstrucción venosa residual cercanas al 80% de los casos y síntomas de congestión venosa persistente hasta en el 90% de ellos⁴.

En cuanto a la intervención quirúrgica, las opiniones difieren con respecto al momento oportuno de realización, aunque los estudios con series más largas han comparado los tiempos quirúrgicos, concluyendo que la trombólisis seguida de intervención quirúrgica precoz es la estrategia que mejores resultados clínicos ofrece^{5,7}.

Conclusiones

El SPS es una entidad poco frecuente que afecta a individuos jóvenes y sanos, en el cual es primordial establecer un diagnóstico precoz para obtener una reperfusión venosa adecuada. En nuestra serie de casos, el diagnóstico y la actuación precoz, de acuerdo con lo descrito en la literatura de vanguardia, han permitido que la evolución y los resultados sean favorables hasta el momento. El manejo multidisciplinar mediante trombólisis local guiada por catéter y cirugía descompresiva precoz, realizado con un grupo médico multidisciplinar experimentado, presenta resultados satisfactorios, sin complicaciones relevantes y una incidencia mucho menor de SPT comparado con el tratamiento conservador.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Illig KA, Doyle AJ. A comprehensive review of Paget-Schroetter syndrome. *J Vasc Surg.* 2010;51:1538–47.
2. Ferrer GM, Jara PL, Caballero EC, López VJ, Elías HT, Otero CR. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica debida a trombosis venosa profunda de miembro superior por síndrome del desfiladero torácico. *Arch Bronconeumol.* 2012;48:61–3.
3. Tsekouras N, Comerota AJ. Current trends in the treatment of venous thoracic outlet syndrome: A comprehensive review. *Interv Cardiol.* 2014;6:103–15.
4. Bailey CJ, Illig KA. Contemporary management of axillosubclavian vein thrombosis. *Interv Cardiol.* 2013;5:453–63.
5. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;144:419–94. S7S–47S.
6. Czihal M, Paul S, Rademacher A, Bernau C, Hoffmann U. Impact of the postthrombotic syndrome on quality of life after primary upper extremity deep venous thrombosis. *Vasa.* 2012;41:200–4.
7. Urschel HC Jr, Patel AN. Surgery remains the most effective treatment for Paget-Schroetter syndrome: 50 years's experience. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:254–60.