

Síndrome del robo de la subclavia: síncope secundario a existencia de costilla cervical supernumeraria

Correoso Martínez M¹, Romeu García A², Correoso Martínez F³, Oliva Correoso P⁴

¹Centro de Atención Primaria de Almazora (Castellón)

²Sección de Epidemiología. Centro Salud Pública

³Servicio de Cirugía. Hospital de Albacete

⁴Servicio de Radiología. Hospital La Plana. Villarreal (Castellón)

En 1956 apareció por primera vez el nombre de síndrome de la subclavia, dentro del que se engloban varias causas^{1,2}. Abarca diversos trastornos clínicos que se originan por la compresión de los distintos elementos neurovasculares que salen del tórax hacia el brazo. La compresión puede ser continua o intermitente y puede dar lugar a síntomas vasculares^{3,4}, neurológicos o a una combinación de ambos⁵⁻⁷. El plexo braquial puede sufrir compresión en el triángulo interescaleno, en el espacio costoclavicular y detrás del pectoral menor.

Se han descrito varias causas como origen de este síndrome; la más frecuente es la presencia de una costilla cervical supernumeraria, seguida del síndrome de los escalenos y del síndrome costocervical. Se presenta con más frecuencia en mujeres^{8,9} de 21 a 40 años, aunque puede aparecer a cualquier edad y también en niños. En los casos en que se produce una obstrucción de la subclavia antes del nacimiento de la vertebral, la sintomatología propia de la insuficiencia vertebrobasilar se pone de manifiesto especialmente cuando aumentan las demandas en la extremidad superior afectada¹⁰, es decir, al mover y sobre todo al elevar el brazo. Dada la florida sintomatología con que puede cursar hay un amplio abanico de diagnósticos diferenciales; el definitivo se basará en historia clínica, mediante valoración adecuada y examen físico que

incluya maniobras de Adson, hiperextensión del cuello, maniobra costoclavicular e hiperabducción. Posteriormente se realizarán estudios complementarios (radiografías de columna cervical, estudios vasculares y neurofisiológicos).

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son los neurológicos¹⁰⁻¹², como dolor cervicobraquial o parestesias, que se definen también como los más molestos; no son infrecuentes otros, como dolor en pared torácica, que puede simular un angor, sin olvidar el estado de ansiedad que puede causar la presencia de sintomatología persistente. Será la valoración individual del paciente la que marcará el tratamiento conservador y o quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años que, tras realizar una maniobra que la obliga a mantener los brazos elevados y el cuello en extensión durante unos minutos, inicia cuadro brusco de dolor centrotorácico irradiado a cuello y se acompaña de pérdida de conciencia durante unos segundos.

No ha presentado reacciones alérgicas conocidas. Epilepsia en la infancia (sólo precisó tratamiento durante tres años). Refiere numerosos episodios que han cursado con sensación de falta de aire y lipotimia, y ha sido diagnosticada de crisis de ansiedad.

También refiere antecedentes de dolor torácico inespecífico de largo tiempo evolución, que localiza a punta de dedo en zona supramamaria izquierda, presente en la actualidad y que aumenta a la palpación. En tratamiento desde hace 4 meses con relajante muscular (Myolastan) por supuesta contractura cervical.

La paciente muestra un gran nerviosismo a su llegada al centro. Se aprecia palidez cutáneo-mucosa. Normotensa. Afebril. Se realiza ECG que muestra un ritmo sinusal con una frecuencia de 100 latidos por minuto. En la exploración por aparatos, incluyendo exploración neurológica, no se detectan alteraciones, salvo que se aprecia tumoración laterocervical derecha, redondeada, de consistencia pétreo, sin presencia de signos inflamatorios y sin desplazamiento a los giros del cuello. Sorprendentemente, la paciente refiere tener "ese bulto" desde hace 6 ó 7 años, pero que, aunque al principio a su madre le preocupaba, al ver que no le pasaba nada dejó de darle importancia. No recordaba si había consultado al médico por ese motivo. También sorprenden sus frecuentes consultas por cervicalgias y mareos, sin que se hiciese alusión a dicha masa. En la palpación muscular torácica se reproducen parcialmente las molestias iniciales. Ante la sospecha de la existencia de costilla cervical se realiza maniobra de hiperextensión de cuello, que es positiva, con aparición de mareo.

Tras anamnesis y exploración realizada a la paciente y, dada su completa recuperación, se remite a su domicilio, previa solicitud de analítica y radiografías de tórax y columna cervical.

El resultado de analítica (hemograma, bioquímica) es normal. La radiografía muestra un parénquima pulmonar normal y nos confirma el diagnóstico de costilla cervical supernumeraria derecha (*figuras 1 y 2*).

Se la diagnosticó de síncope por robo de la subclavia, secundario a existencia de costilla cervical supernumeraria, acompañado de ansiedad. Dado que la costilla cervical produce molestias y síntomas

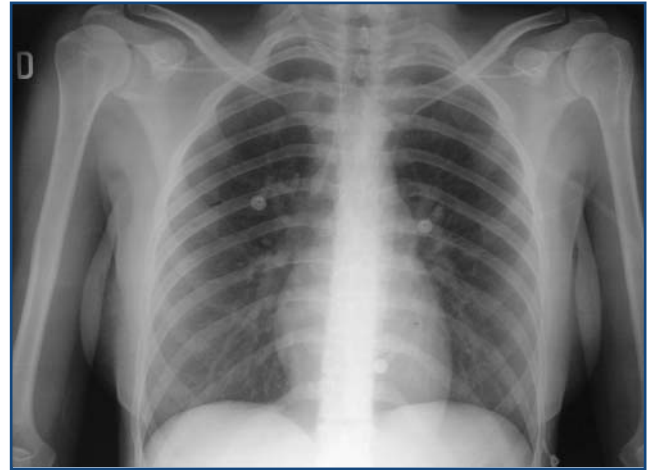


Figura 1



Figura 2

se deriva a servicio Neurocirugía para valorar tratamiento quirúrgico, con la recomendación de evitar giros cervicales y movimientos bruscos o mantenidos de elevación de brazos, y usar tratamiento sintomático si aparece dolor.

COMENTARIO

La sintomatología producida por el síndrome del "robo de la subclavia", como consecuencia de una obstrucción de la misma antes del nacimiento de la arteria vertebral, puede ser muy florida, tanto en lo neurológico como en lo vascular, o una combinación

de ambas. No se trata de una patología frecuente y no es habitual que cause mareos, vértigos, cervicobraquialgias, síncope o síntomas de isquemia cerebral focal. No obstante, ante la presencia de sintomatología sugestiva en mujer joven en que no se encuentra otra causa a tales síntomas, sobre todo si éstos aparecen con la elevación de los brazos, hemos de tratar de descartar una obstrucción de la subclavia debida a la existencia de una costilla cervical (causa más frecuente) Para ello basta con una buena exploración física y una simple radiografía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cooper, A. On exostosis. En Cooper and Trovers: Surgical essays. 3rd ed. Lonson, 1821, p 128.
- 2- Dymarkowski S, Bosmans H, Marchal G, Bogaert J. Three-dimensional MR angiography in the evaluation of thoracic outlet syndrome. *AJR* 1999; 173:1005-8.
- 3- Spalteholz W. Atlas de Anatomía Humana. Ed Labor S.A. 1987.
- 4- Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Ed. Panamericana 2001.
- 5- Álvarez Hernández E, Ávila Ocampo RM. Síndrome de la salida torácica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2002; 65:226-9.
- 6- Wilbourn AJ. Entrapment and other focal neuropathies. Thoracic outlet syndromes. *Neurologic Clin* 1999;17: 477-94.
- 7- Nashel DJ. Entrapment neuropathies. In: Kippel JH, Dieppe PA. *Rheumatology*. Mosby 1999.
- 8- Leffer RD, Perlmutter GS. Thoracic outlet syndrome. *Clin Orthop Relat Res* 1999;368:66-79.
- 9- Díaz-Rubio M, Espinós D. Tratado de Medicina Interna. Ed Panamericana 1994.
- 10- Moro RT, San Blas JA, Rodríguez Y. Síndromes de la salida torácica. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2005;11: 136-9.
- 11- Cook MJ, Ochoa Bicet LM, et al. Síndromes de la salida torácica. *Monografía* 1969;1-60.
- 12- Beltrán GP. Cervicobraquialgias. Aspectos neuroquirúrgicos. *Revista Médica Hospital General México* 1996; 59:23-30.