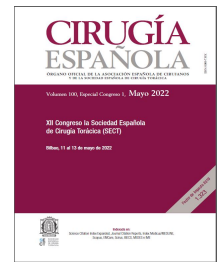




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-31 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO

Salmerón Jiménez, M.; Meneses Pardo, J.C.; Colmenares Mendoza, O.E.; Rodas Bustamante, G.T.; Álvarez Arias, M.; Hermoso Alarza, F.; García Salcedo, J.A.; Martínez Serna, I.; Marrón Fernández, M.C.; Gámez García, A.P.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El síndrome del estrecho torácico (TOS) se debe a una compresión de las estructuras neurovasculares que discurren por la región delimitada por los músculos escalenos anterior y medio, la primera costilla y la clavícula. Debido a su infrecuencia resulta difícil de diagnosticar y tratar de forma exitosa. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia y resultados en el manejo quirúrgico de este síndrome.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes intervenidos de TOS en nuestro centro entre 2016 y 2021.

Destacamos la vía de abordaje infraclavicular para acceder a la vena subclavia y la supraclavicular para la arteria y plexo.

**Resultados:** Entre 2016 y 2021 se han realizado en nuestro centro 22 intervenciones quirúrgicas, en un total de 16 pacientes. El diagnóstico más frecuente fue el de TOS-V Venoso (11; 68,7%), de los cuales, todos menos uno se consideran síndrome de Paget Schroetter. En cuanto a los síntomas el más frecuente fue la edematización del miembro afecto (50%). En todos los pacientes menos uno, el diagnóstico se ha llevado a cabo por eco-doppler. Los hallazgos en esta técnica han sido: compresión del paquete vascular en abducción (9; 56,3%) y trombo venoso (6; 37,5%). Este último ha aparecido en más de la mitad de los casos de TOS-V venoso. El angioTAC se ha realizado en 13 pacientes permitiendo identificar desencadenantes anatómicos: 1 mega apófisis transversa y 1 costilla cervical. En los pacientes con síntomas de N-TOS (nervioso) se realizó un electromiograma (EMG). Desde el punto de vista quirúrgico, sobre las 22 intervenciones, 2 han sido reintervenciones: 1 por recidiva de los síntomas y otra por no lograr la resección de la 1ª costilla por vía axilar. Las vías de abordaje elegidas fueron: supraclavicular (9), supraclavicular (6), infraclavicular (5) y axilar (2). Como complicación intraoperatoria, se produjo apertura de pleuras en 9 (56,2%) pacientes, en los cuales se dejó un drenaje pleural en 7. En cuanto a complicaciones posoperatorias, hubo 1 episodio de sangrado de lecho quirúrgico leve, 1 lesión sensitiva y otra sensitiva y motora transitorias del plexo braquial. La media de estancia hospitalaria fue de 3,2 días y la apertura de pleuras no supuso un aumento significativo de la estancia. Los 7 pacientes con evidencia de trombo recibieron anticoagulación preoperatoria, que se consiguió retirar tras la cirugía en todos menos en un paciente con síndrome antifosfolipídico. En 11 pacientes se realizó eco-doppler de control al mes de la cirugía evidenciando resolución de la patología, excepto en el paciente que se tuvo que

reintervenir. Todos los pacientes intervenidos refieren mejoría de la sintomatología previa.

**Conclusiones:** Aunque el TOS es una patología bastante infrecuente, nuestra serie expone que con un adecuado diagnóstico la cirugía tiene muy buenos resultados con escasas complicaciones. Pese a que el N-TOS es el más común en la bibliografía, la indicación quirúrgica ha prevalecido en los pacientes con V-TOS. La vía de abordaje supraclavicular ha sido la más utilizada en nuestra serie por proporcionar una mejor exposición de las estructuras anatómicas.