



V-02 - RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA ROBÓTICA POR SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER

Michelle Leung Shao, Wolker Antonio Tavárez Estévez, Jose Ramón Cano García, Ricardo Alfredo Medina Sánchez y David Pérez Alonso

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El síndrome del estrecho torácico superior (SET) se define como un conjunto de síntomas y signos que se producen por una compresión de estructuras neurovasculares a su paso por el opérculo torácico superior. Se clasifica en neurogénico, arterial y venoso. El SET tiene una incidencia de aproximadamente del 8% de la población, siendo la compresión neurogénica la más frecuente 95%. Las manifestaciones clínicas van a depender de cuál sea la estructura afectada; dolor, disestesia, entumecimiento y debilidad, edema, trombosis venosa espontánea de la extremidad superior (síndrome de Paget-Schroetter). El tratamiento quirúrgico se basa en la descompresión del estrecho torácico superior. La descompresión se realiza mediante una técnica supraclavicular o transaxilar, pero hace más de una década se ha introducido una técnica mínimamente invasiva para la resección de la primera costilla por Ohtsuka and Wolfe in 1998, y en los últimos años se emplea la resección de 1ª costilla robótica que ofrece la ventaja de técnica mínimamente invasiva y permite una disección vasculo-nerviosa y liberación más compleja.

Caso clínico: Se presenta como caso ejemplo: varón de 34 años sin antecedentes de interés remitido por cianosis palmar, tumefacción y livideces de brazo derecho; presentaba pulsos periféricos conservados y buen relleno capilar, limitación para la abducción y movimientos de MSD. Ecografía Doppler MSD: trombosis de vena subclavia con extensión al ángulo yugulo-subclavio. En tratamiento anticoagulante (Sintrom), revertido el cuadro es remitido a nuestro servicio para cirugía. TAC: MSD: Disminución de calibre arteria subclavia izquierda 5,5 mm. MSD: disminución de calibre de vena subclavia derecha aducción 10 mm y abducción 5 mm. Ante el diagnóstico de vSET se indica resección de 1ª costilla derecha robótica. Anestesia general y IOT selectiva. Posición decúbito lateral izquierdo. 3 vías robóticas, en 4º espacio intercostal línea axilar anterior de 12 mm, 6º espacio intercostal línea axilar media de 8 mm y en borde posterior de punta de escápula de 8 mm. Insuflación de CO₂ a presión de 4 a 6. 1. Disección del borde inferior y superior de 1ª costilla desde zona posterior hasta cadena mamaria interna. Disección y liberación de músculos escalenos. 2. Sección de extremo anterior unión condroesternal con pinza de disco intervertebral. Introducida por incisión anterior de 12 mm. 3. Sección de extremo posterior unión costovertebral con costotomo de diseño y patente propia, que permite un corte preciso, rápido y seguro de zona posterior. Introduciéndolo por incisión anterior de 12 mm. 4. Extracción de la pieza. Disección y liberación de vena subclavia derecha. 5. Buena evolución posoperatoria, con retirada de drenaje pleural y alta hospitalaria a las 48 horas.

Discusión: La cirugía robótica mejora la visualización, maniobrabilidad y precisión en la disección para la exéresis de 1ª costilla y liberación posterior del paquete vasculonervioso con respecto a la cirugía videotoracoscópica. El empleo del costotomo diseñado por nuestro servicio aporta una sección precisa a nivel posterior facilitando este paso y acortando el tiempo quirúrgico además de minimizar los posibles riesgos en caso de usar un sistema de fresado.