



# Cirugía Española

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



## O-226 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO: EXPERIENCIA MÁS RECIENTE EN NUESTRO CENTRO

*Herrera Mingorance, José Damián; Ros Vidal, Rafael; Lozano Alonso, Silvia; Bravo Molina, Alejandra; Hebberecht López, Marina; Rastrollo Sánchez, Irene; Ros Die, Eduardo; Salmerón Febres, Luis Miguel*

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Objetivos:** El síndrome del desfiladero torácico (SDT) es una patología infrecuente, ocasionada por la compresión extrínseca de las estructuras neurovasculares que se dirigen hacia el miembro superior, en su paso por el triángulo de los escalenos, la pinza costo-clavicular o la inserción del pectoral menor. Suele afectar a pacientes jóvenes y puede manifestarse de distintas formas clínicas (predominantemente arterial, venosa o neurológica), llegando a ser en algunos casos una afección invalidante para la vida del paciente. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia más reciente en nuestro centro en el tratamiento del SDT.

**Métodos:** Evaluación retrospectiva de 21 pacientes intervenidos en nuestro centro de SDT entre los años 2006 y 2015, de forma bilateral en 5 de ellos (26 intervenciones en total). Fueron tratados 10 hombres y 11 mujeres, con edad media de 33 años (rango 16-52), interviniéndose el miembro superior derecho con más frecuencia (n = 17). El tipo clínico más frecuente de SDT fue el neurológico (n = 13), con dolor, parestesias y en un estadio más avanzado en dos pacientes (debilidad y atrofia muscular). En el resto (n = 8), se trataba de un SDT venoso manifestado como trombosis axilo-subclavia, indicándose fibrinólisis inicial seguida (2,5 meses después, en promedio) de cirugía de descompresión del desfiladero torácico. Como pruebas complementarias solicitadas, a todos los pacientes con SDT venoso se les realizó ECO-Doppler, radiografía multiproyección cervical, flebografía (sustituida por angiografía en tres pacientes) y estudio hemodinámico, añadiéndose en los casos de SDT neurológico, la realización de electromiograma y electroneurograma, y en tres pacientes angioTC. En 5 casos se identificó la presencia de una costilla cervical (bilateral en un caso) y se realizó resección de la misma desde un abordaje supraclavicular. En el resto se realizó resección de la primera costilla por abordaje transaxilar (técnica de Roos), de forma bilateral en cuatro.

**Resultados:** El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de  $3,63 \pm 1,25$  días. El resultado fue excelente tras 19 de las intervenciones (76%), bueno en 5 de ellas (16,3%) y malo en 2 (7,7%). El tiempo de seguimiento fue de  $8,3 \pm 4,7$  meses. Los resultados fueron similares en los pacientes intervenidos por SDT neurológico o SDT venoso. Como complicaciones, un paciente sufrió un pequeño neumotórax, tres presentaron neuroapraxia transitoria y un paciente linfedema crónico. En dos casos de SDT venoso se objetivó una estenosis residual en la flebografía de control, que fue tratada mediante angioplastia-stent.

**Conclusiones:** El abordaje supraclavicular en aquellos pacientes con anomalías óseas asociadas a un SDT, o la resección transaxilar de la primera costilla en los casos de SDT por compresión documentada a nivel de la pinza costoclavicular o el triángulo interescalénico, ofrecen unos buenos resultados según nuestra experiencia más reciente.