

## El síndrome de Paget - Von Schrötter Presentación de seis casos

N. GALINDO, J. OSSÓ, C. CONILL y M.<sup>a</sup> TERESA RIUS

Hospital de San Rafael  
Servicio de Cirugía Vascul ar (Director: N. Galindo)  
Barcelona (España)

El Síndrome de Paget-Von Schrötter, conocido también con el nombre de «Tromboflebitis por esfuerzo del miembro superior», fue descrito por **Paget**, en 1858, y atribuido a un mecanismo de estiramiento venoso provocado por un esfuerzo brusco o repetitivo. Más adelante, en 1884, **Schrötter** hizo una nueva revisión del Síndrome y una reconsideración fisiopatogénica del mismo.

Desde entonces en la literatura mundial se han dado a conocer muchos casos de esta afección cuya etiología es mal conocida. Pero lo que sí es evidente es que aparecen después de traumatismos o microtraumatismos indirectos sobre la vena axilar, con motivo de ejercicios o trabajos, independientemente de la mayor o menor violencia con que se produzcan.

Las venas que acostumbran a afectarse son la subclavia, la axilar y la humeral, aislada o conjuntamente, dando como traducción clínica: dolor, edema, empastamiento y circulación colateral aumentada, a veces con cianosis, todo ello a nivel del hombro y brazo.

**Adams** (1) insiste en que el cuadro clínico de este síndrome aparece: a) en hombres jóvenes y activos; b) de instauración rápida, y c) precedido de esfuerzo.

### Observaciones personales

**Caso I:** J. G. B., de 37 años de edad, varón, médico. Sin antecedentes patológicos de interés. Hace dos días practicando motocross notó dolor y edema de aparición brusca en brazo derecho, que duraron todo el día y le impidieron conciliar el sueño. A las 24 horas acudió a la consulta con edema, dolor, impotencia funcional y aumento de la circulación colateral en brazo y hombro derechos.

Se aconseja flebografía, que rechaza. Tratado médicamente con antiinflamatorios y anticocoagulantes (heparina a dosis bajas). A los 7 días había remitido totalmente el cuadro. A los 3 meses, restitución total, sin secuelas.

**Caso II:** M. S., de 16 años de edad, mujer. Sin antecedentes patológicos de interés. Acude por presentar edema, dolor y cianosis en brazo izquierdo desde hace 6 días. A la inspección, dolor electivo en fosa supraclavicular izquierda con

empastamiento y aumento de la circulación colateral en hombro y brazo. En la exploración flebográfica se comprueba una costilla cervical (fig. 1), además de una oclusión subclavio-axilar.

La enferma trabajaba de dependienta en una tienda y como único motivo desencadenante de la obstrucción venosa presentaba la hiperabducción repetitiva por subir y bajar cajas de cierto peso. La costilla cervical podía considerarse como causa etiológica, no en el sentido de compresión sino de reducción del espacio costoclavicular.



Fig. 1: Caso II. Flebografía braquial. Oclusión subclavio-axilar y reducción del espacio costoclavicular por costilla cervical.

Se extirpó la costilla cervical y, liberando la vena, se practicó una pequeña flebotomía seguida de trombec-tomía por expresión digital. A los 15 días estaba restablecida por completo, habiéndose reducido el edema y desaparecido la circulación colateral.

**Caso III:** J. B., de 18 años de edad, varón. Muchacho asténico, con descenso del cinturón escapular. Practica a diario la natación. Un día, después de nadar 150 m., dolor brusco en brazo derecho con importancia funcional,

por lo que suspende el ejercicio. A las 24 horas y después de haber pasado una noche intranquilo por las molestias, aparece edema del brazo y antebrazo, aumento de la temperatura local, cianosis y aumento de la red venosa, junto a la impotencia funcional. Acude a la consulta a los 3 días.

Exploración: empastamiento de la cara interna del brazo y axila.  
Flebografía: oclusión axilo-humeral (fig. 2).

Se trató con antiinflamatorios y anticoagulantes. Curado a las dos semanas, quedando ligera secuela constituida por edema y circulación colateral, pero sin dolor. Pudo continuar practicando la natación.

**Caso IV:** I. T., de 38 años de edad, mujer. Intervención quirúrgica (ovarios y anexos). A las 12 horas, por probable hiperabducción del brazo durante la intervención, apareció turgencia de la extremidad con edema, dolor e impotencia funcional.



Fig. 2: Caso III. Flebografía braquial. Obliteración del sector axilo-humeral.

Flebografía, en la misma clínica: Falta de visualización del tronco axilo-humeral y gran red de circulación colateral en torno a la obstrucción (fig. 3), típica imagen en «first rib by-pass collaterals» descrita por Adams en 9 de sus 15 casos publicados (1).

**Caso V:** T. S., de 36 años de edad, mujer. Después de haber levantado un

peso, dolor brusco en brazo derecho. Al poco rato queda impedida de cualquier movimiento por pequeño que sea. A la mañana siguiente, cianosis en toda la extremidad y aumento de la red venosa superficial del brazo, región pectoral y antebrazo.

Flebografía: estenosis en la parte proximal de la subclavia.

Trombectomía axilo-subclavia. Buen resultado, si bien queda un cierto aumento de la red venosa de suplencia.

**Caso VI:** J. G. V., de 62 años de edad, varón. Durante su trabajo habitual y de forma espontánea, dolor y edema de brazo, antebrazo y región pectoral, con dilatación de la vena cefálica y derivación hacia la red venosa torácica. Visto a los 7 días.

Flebografía: obstrucción total del tronco axilo-humeral con gran dilatación de suplencia de la cefálica (figura 4).

Como desencadenante probable figura su trabajo, que consistía en abrir y cerrar la compuerta de una caldera.

Tratado con anticoagulantes y antiinflamatorios.

Posteriormente nos enteramos que había sufrido un síndrome de compresión de vena cava superior por un tumor mediastínico, estudio publicado en un trabajo nuestro (9).

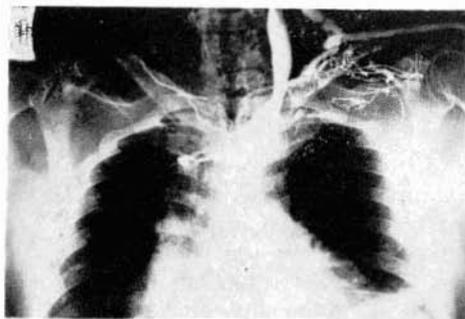


Fig. 4: Caso VI. Flebografía braquial, practicada en hiperabducción. Obliteración completa del sector axilo-subclavio con relleno a través de vías de suplencia de las venas yugular y cefálica.

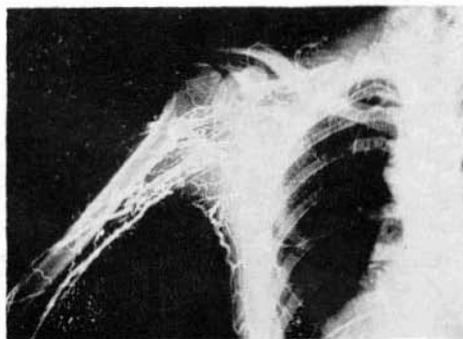


Fig. 3: Caso IV. Flebografía braquial. Obstrucción completa del sector subclavio-axilar con gran aumento de la circulación de suplencia.

## Discusión

La aparición de trombosis en el tronco axilo-subclavio-humeral ¿es debida a un esfuerzo? Si nos hemos de basar en los casos presentados, podremos afirmar que en todos ha existido el antecedente inmediato de un esfuerzo, pero ¿quién no realiza estos esfuerzos diariamente? Lo que sí es seguro es que no son esfuerzos des acostumbrados: nadar, cerrar una cerradura con llave, levantar una caja, una hiperabducción, etc. En realidad ¿qué ocurre?

Personalmente, no creemos que exista el fenómeno causa-efecto, al menos inmediato; sin embargo, nos inclinamos a pensar que el fenómeno se produce por sobrecarga, por esfuerzos repetitivos, por microtraumatismos indirectos sobre la pared venosa en personas

predispuestas (hábito asténico, descenso de la cintura escapular, anomalías estructurales congénitas o adquiridas, como la posición anómala del frénico (2), presencia de un arco axilar de Langer, adherencias fibrosas (3), presencia de una hipertrofia de la válvula terminal de la subclavia). También puede ser motivo la compresión de la vena subclavia en el síndrome costoclavicular (5).

### Tratamiento

En los 6 casos presentados hemos tratado 3 por medios médicos y otros 3 por medios quirúrgicos. En principio, creemos que es mejor el tratamiento médico anticoagulante con heparina, en goteo continuo en una vena del lado afecto, 300 mg. diarios durante una semana, y luego vendajes elásticos desde los dedos a la axila y seguir con tratamiento antiinflamatorio.

Sin embargo, en los casos vistos muy precozmente preferimos tratarlos quirúrgicamente por trombectomía axilar o flebotomía a través de una incisión paralela al borde inferior del pectoral mayor o transaxilar (6). Por otra parte, somos defensores del método quirúrgico a ultranza por los mismos principios que expusimos en su día en un estudio sobre 17 trombectomías venosas (7).

### RESUMEN

Ante un caso de trombosis por esfuerzo del miembro superior hay que hacer de inmediato el diagnóstico diferencial para descartar cualquier causa secundaria que pudiera ser motivo de la oclusión (sepsis, infecciones generales, embolias y traumatismos directos). A continuación se practicará una flebografía para el diagnóstico topográfico; y proceder a la trombectomía venosa (8) si vemos al paciente dentro de los cinco primeros días, o tratamiento anticoagulante de entrada, según el caso. De los 6 casos presentados, 3 han sido tratados quirúrgicamente y otros 3 médicamente, todos con buenos resultados.

### SUMMARY

Six cases of Paget Von Schröeter Syndrome (Effort thrombosis of the upper limb) are presented. Differential diagnosis must consider sepsis, embolism and traumatism among other conditions. Phlebography was performed in all cases. Venous thrombectomy was done if the patient had been seen during the first 5 days after onset of the disease (3 cases). In the other 3 patients anticoagulant therapy was instaurated.

### BIBLIOGRAFIA

1. Adams, J. T.; McEvoy, R. K., y De Weese, J. A.: Primary deep venous thrombosis of upper extremity. «Surgery», 91:29, 1965.
2. Hugues, E. S. R.: Venous obstruction in the upper extremity (Paget-Schrötter Syndrome) «Surg. Gyn. & Obst.», 88:89, 1949.

3. **Lohr, W.:** Die claudicatio venosa intermittens der oberen extremität. Ein kritischer beitrage zur seg. traumatischen thrombose der vena axillaria und subclavia (Thrombose par effort). «Arch. f. Klin. Chir.», 176:701, 1933.
4. **Wilder, J. R.; Habermann, E. T., y Nach, R. L.:** Subclavian vein obstruction secondary to hypertrophy of terminal valve. «Surgery», 55:214, 1964.
5. **Galindo, N.; Ossó, J.; Martínez, R.; Cardona, M., y Latorre, J.:** El Síndrome costo-clavicular. «Angiología», 27:26, 1975.
6. **Mahorner, H.; Castieberry, J. V., y Coleman, W. D.:** Attempts to restore function in major veins which are site of massive thrombosis. «Ann. Surg.», 146:510, 1957.
7. **Galindo, N.:** Valor e indicaciones de la trombectomía venosa en la tromboflebitis profunda. «Medicina Clínica», 56:61, 1971.
8. **Arnulf, G.:** Spontaneous thrombophebitis of the arm treated by thrombectomy. «Lyon Chir.», 50:605, 1958.
9. **Galindo, N.; Viver, E., y Sobregrau, R. C.:** Obliteraciones venosas del sistema de la vena cava superior. «Actas VI Congreso Internacional de Angiología», Ed. Científico-Médica, Barcelona 1969.