

## ANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA. RESECCION E INTERPOSICION DE PROTESIS DE DACRON.

*Dres.: Wolfgang Goller, Antonio Farcic y  
Juan Pedro Soto Carriquiry*

El interés de esta observación deriva de la poca frecuencia de esta entidad, de los factores etiopatogénicos y de la conducta terapéutica a considerar.

La vía de abordaje en esta zona limítrofe entre cuello y axila plantea problemas especiales debido a la presencia en los planos de cubierta de un elemento óseo: la clavícula.

### OBSERVACIONES

B.B.M. de K. 32 años. Sexo fem. Reg.: 102.338 del HMC FFAA. M.I.: Tumoración pulsátil de región supraclavicular derecha. E.A.: Tres meses antes del ingreso, nota casualmente la tumefacción, que es discretamente dolorosa a la palpación. Sin trastornos neurológicos periféricos en miembro superior derecho. Sin ninguna sintomatología vascular en otros sectores. La tumefacción ha crecido muy lentamente en estos 3 meses.

### EXAMEN

Buen estado general. Borramiento del hueco supraclavicular derecho, correspondiente a la tumefacción pulsátil de 4 x 3 cms. a eje mayor oblicuo hacia abajo y afuera. No soplo ni frémito. No déficit de pulso radial distal. Maniobra de Adson: negativa. La compresión del aneurisma no produce modificaciones hemodinámicas detectables semiológicamente. El examen neurológico es normal, sin alteraciones periféricas en el miembro correspondiente. Resto del examen: normal. A.P.: sin particularidades.

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Rx de Columna Cervical: Alteraciones

espondilósicas de cuerpos cervicales bajos con conservación de los espacios discales. Costilla cervical.

Arteriografía subclavia derecha: (Catéter por femoral derecha, e inyección del contraste en tronco braquiocefálico). Dilatación saciforme de arteria subclavia derecha, inmediatamente distal a la zona de compresión coincidente con la costilla cervical. (Fig. 1).

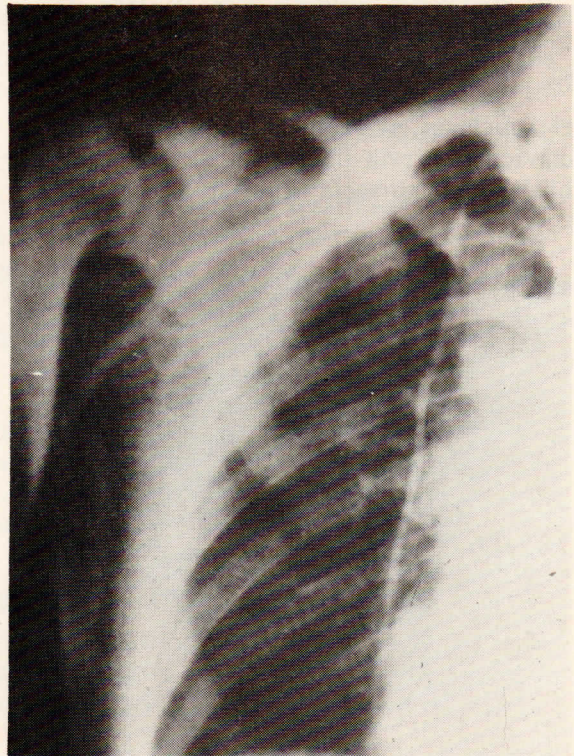


FIG. 1

Rx Tórax, ECG y exámenes de valoración general: normales.

Operación: 29.6.77.

Incisión cervico-axilar: curva a eje posterior, desde el borde posterior del haz esternal del ECM hasta el borde superior clavicular, al que sigue hasta el tercio externo, donde se incurva hacia abajo en dirección al surco delto-pectoral. (Fig. 2.)

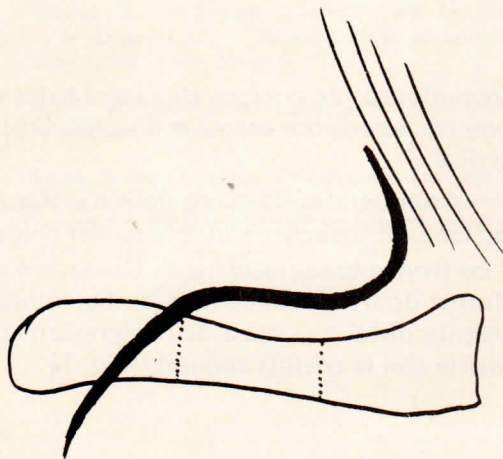


FIG. 2

Se seccionan: el haz clavicular del ECM, el subclavio, se remueve el tercio medio de clavícula, previa liberación de la misma. Se obtiene una correcta exposición (Fig. 3).

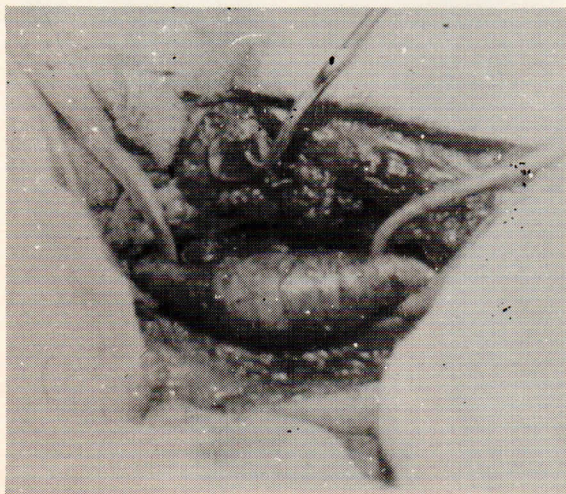


FIG. 3

Disección de arteria subclavia, estenosa en el hiatus interescalénico. Se secciona el escaleno anterior, suprimiendo la causa de la estenosis. Se reseca el segmento arterial patológico, sustituyéndolo por injerto de Dacron de 6 mm de diámetro. (Fig. 4).

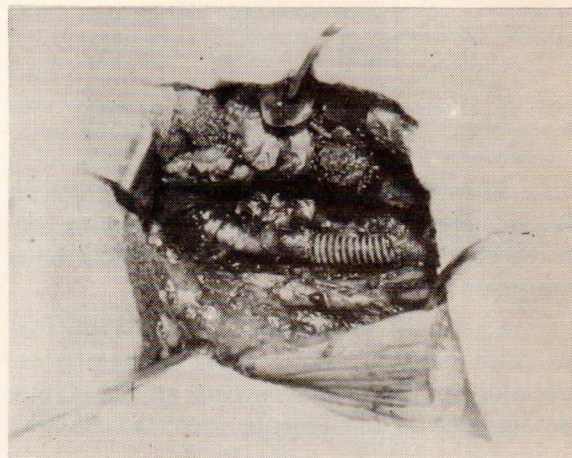


FIG. 4

Se repone el segmento clavicular, fijándolo por enclavijado en su posición original. (Fig. 5.)

Cierre por planos.

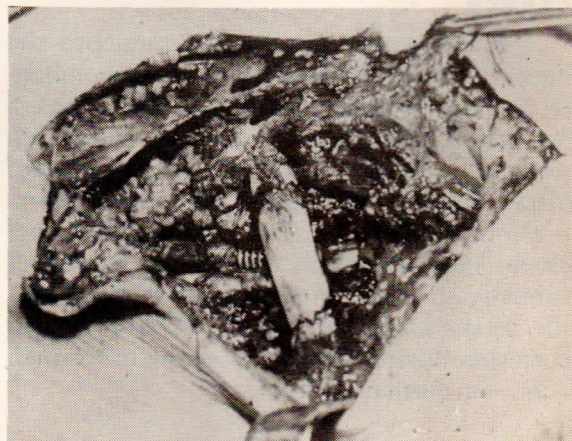


FIG. 5

**ANATOMIA PATOLOGICA:** Fragmento de pared arterial de 30 x 25 mms., blanquecino grisáceo. La pared alcanza a 2,5 mm. de espesor. Al corte es de tipo muscular, con endotelio parcialmente conservado, existiendo fibrosis de la íntima.

**EVOLUCION:** Buena. Alta al 4to. día.

### **COMENTARIOS:**

Consideramos que la dilatación aneurismática del presente caso corresponde al tipo de las llamadas post-estenóticas, en favor de lo cual, existe el documento angiográfico, corroborado en el acto quirúrgico y además por la anatomía patológica que descarta una displasia de la capa media arterial.

Dentro de los síndromes de compresión en el pasaje cérvico-tóraco-braquial, este caso corresponde a los llamados por costilla cervical y escaleno anterior. Aunque a menudo debe diferenciarse del síndrome costo-clavicular, en este caso la topografía del aneurisma palpable no deja lugar a dudas.

Se considera como una entidad y no se subdivide al síndrome de costilla cervical y escaleno anterior. Hasta 1927, se atribuían exclusivamente a la costilla cervical, año en que Adson y Coffey describen el síndrome del escaleno anterior (1). Naffziger y Grant (6) encuentra 51 casos en los que la costilla cervical no es la causa del síndrome. Actualmente se considera que el 66% de las costillas cervicales son totalmente asintomáticas (7), otros autores dan cifras del 90% (8).

La indicación y la oportunidad operatoria no se discuten, la evolutividad lesional de los aneurismas (5), las complicaciones propias (8) y los riesgos y morbilidad operatoria son mayores en los casos evolucionados.

El tratamiento quirúrgico debe dirigirse a la lesión arterial (resección e injerto) y a suprimir el factor causal, estenosante, el escaleno anterior en este caso.

El abordaje quirúrgico en esta zona, presenta múltiples posibilidades (3) (4), estudiada minuciosamente en nuestro medio por Suiffet y Mauro (9) aconsejan la doble sección clavicular con colgajo ósteo-muscular. Consideramos, que la doble sección clavicular tiene

ventajas sobre las vías que efectúan una sección única y también sobre las que le asocian la desarticulación interna (4).

La reposición del segmento clavicular, prescindible (2), tuvo en este caso como finalidad primordial mantener la fijeza de la región, evitando el desplazamiento de sus fragmentos y el consiguiente traumatismo vascular y además por razones estéticas.

### **RESUMEN**

Se presenta un caso de aneurisma post-estenótico de subclavia derecha como única manifestación clínica de un síndrome de compresión por costilla cervical y escaleno anterior.

Se hacen consideraciones etiopatogénicas y clínicas.

Del tratamiento quirúrgico, se considera el abordaje y la conducta con la lesión arterial y con el factor causal.

### **SUMMARY**

A case of post-stenotic aneurysm of right subclavia, as the only clinical presentation of a syndrome of compression by the cervical rib and the scalenus anticus.

It is considered etiopathologically and clinically.

From the surgical treatment, the approach and the behavior with the arterial damage and with the causing factor are regarded.

### **RESUME**

Rapport d'un cas d'aneurisme poststenotique de l'artere subclavie droite comme la seule manifestation clinique d'un syndrome de compression par cote cervicale et scalene antérieur.

On fait des considérations étiopathologiques et cliniques.

Sur le traitement chirurgicale, on envisage la voie d'abord et la conduite avec la lésion artérielle et avec la cause de meme.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Adson, A.W. and Coffey, J.R.** Cervical rib: a method of anterior approach for relief of symptoms by division of the scalenus anticus. *Ann. Surg.* 85:839, 1927.
- 2.- **Cadenat, F.** Les voies de pénétration des membres. Paris, G. Doin, 1948.
- 3.- **Cormier, J.M. et Florent, J.** Voies d'abord. En: Patel, J. et Leger, L. T V Nouveau traité de technique chirurgicale. Paris. Masson, 1970.
- 4.- **Farcic, A.** Abordajes quirúrgicos en patología traumática de cuello. Monografía 1975. Inédita.
- 5.- **Lewis, T. and Pickering, G.W.** Observations upon maladies in which the blood supply to digits ceases intermittently or permanently and upon bilateral gangrene of digits. *Clin. Sci.* 1:327, 1934.
- 6.- **Naffziger, H.C. and Grant, W.T.** Neuritis of the brachial plexus mechanical in origin. *Surg. Gynecol. Obstet.* 67:722, 1938.
- 7.- **Rob, C. and May, A.G.** Neurovascular compression syndromes. En *Advances in Surgery* (9). Chicago. Year Book Medical Pub. 1975.
- 8.- **Silver, D.** Síndrome del estrecho torácico. En Sabiston, D.C.Jr. *Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher*. México. Nva. Ed. Interamericana. 1974.
- 9.- **Suiffet, W. y Mauro, L.** Exposición quirúrgica cervico-axilar. *An. Fac. Med. Montevideo* 48:323, 1963.