

# SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER (TROMBOSIS DE ESFUERZO). A PROPÓSITO DE UN CASO

## THE PAGET-SCHROETTER SYNDROME (EFFORT THROMBOSIS). A CASE REPORT

### INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda del miembro superior es poco frecuente, sin embargo su incidencia ha ido en aumento por el uso generalizado de catéteres venosos centrales, que es su principal causa. Además de esta etiología secundaria se ha descrito una TVP del miembro superior, que afecta al tronco venoso subclavio-axilo-humeral, de etiología primaria, conocida como Síndrome de Paget-Schroetter. (1,2).

El mencionado síndrome se presenta, generalmente en el miembro dominante, de manera espontánea en personas que realizan esfuerzos con los miembros superiores (trabajadores de fuerza, deportistas, etc.). Se mencionan como posibles desencadenantes la compresión de la vena subclavia por estructuras musculotendinosas adyacentes.

Las manifestaciones clínicas incluyen: dolor en zona axilar, sensación de “pesadez” en el miembro superior acompañadas de edema y coloración cianótica.

El prueba diagnóstica de elección es la flebografía que pone de manifiesto la obstrucción del tronco venoso, aunque el Eco-doppler puede ser diagnóstico en muchos casos. La realización de RM es conveniente para investigar posibles causas de compresión de la vena.

El tratamiento incluye la anticoagulación del paciente por tiempo prolongado, tras haber realizado una fibrinólisis, aunque también se puede considerar la posibilidad de realizar una recanalización mediante “stent” de la vena subclavia, técnica no exenta de complicaciones.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años, sin antecedentes patológicos de interés. Jugador de baloncesto, desde hace 11 años, amateur (Liga EBA), que entrena una media de ocho horas semanales, incluyendo sesiones de gimnasio (2 h./ semana) y técnico-tácticas (6h./semana).

Acude al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud por presentar desde hace una semana molestias en hueco axilar, acompañadas de sensación de “pesadez” en extremidad superior derecha, habiendo observado un cambio en la coloración de dicha extremidad (tono “violáceo”). No recuerda traumatismo. Es diagnosticado de “Tendinitis”, siéndole prescrito tratamiento con AINES.

Es visto en la consulta de Medicina deportiva cuatro días después por no haber experimentado mejoría. En la exploración se aprecia: movilidad completa de las articulaciones de hombro y codo, con buen tónus muscular. Coloración levemente azulado-violácea de la extremidad con edema ligero que no deja “fóvea”. La presión sobre el hueco axilar es dolorosa, pero la movilidad resistida es normal y no dolorosa.

La Rx Ap y Axial de hombro fueron normales. En el diagnóstico diferencial deberían incluirse lesiones musculares, tendinosas, óseas y de otras estructuras.

La anamnesis y la exploración clínica descartan las lesiones musculotendinosas. Aunque la Rx sea normal, debería tenerse en cuenta una posible fractura de fatiga del húmero o de la escápula, que son localizaciones muy raras y explicarían difícilmente el edema del brazo. Es preciso también tener en cuenta la posibilidad de una lesión ocupante de espacio en hueco axilar o ter-

Carlos Moreno<sup>1</sup>

José A. Torres<sup>2</sup>

Alfredo Ingelmo<sup>2</sup>

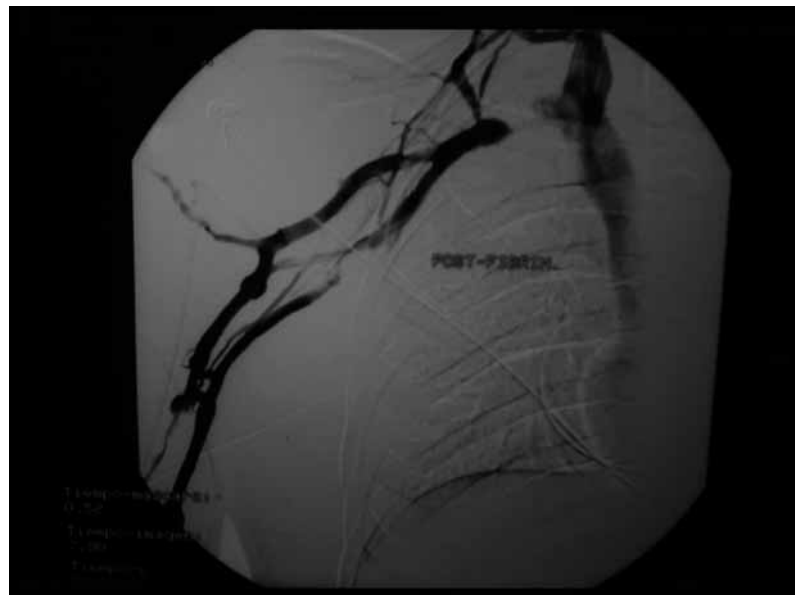
<sup>1</sup>Servicio de Medicina y Fisioterapia del Deporte. Universidad de Salamanca

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca

FIGURA 1. Flebografía mostrando obstrucción del complejo venoso subclavio-axilar derecho.



FIGURA 2. Flebografía postfibrinolisis que muestra amplia recanalización, aunque no completa del complejo venoso.



cio proximal del brazo. Por último una obstrucción de los troncos venosos axilares es compatible con la clínica presentada.

Con sospecha de patología vascular el paciente es enviado al Servicio de Urgencias del Hospital, donde tras exploración y realización de Eco-doppler es diagnosticado de Trombosis Venosa Profunda del complejo venoso subclavio-axilar derecho. La flebografía corroboró el diagnóstico (Fig. 1) y fue tratado por el Servicio de Cirugía Vascular, mediante fibrinolisis con Uroquinasa

guiada por cateter. Se instauró anticoagulación con heparina, que se ha mantenido posteriormente.

La flebografía tras cateterismo (Fig.2) puso de manifiesto la lisis completa de la trombosis aguda, pero persistiendo una oclusión total del origen de la subclavia. Las posibilidades terapéuticas incluirían una recanalización y colocación de un "stent", pero con riesgo de complicaciones, por lo cual se descartó ésta opción ya que existía una buena colateralidad venosa que baipaseaba la zona ocluida; y por tratarse de un jugador amateur.

Se realizó estudio de la coagulación (trombofilia), que fue normal y RM que no mostró alteraciones anatómicas.

Tras nueve meses de evolución el paciente se encuentra asintomático y ha sido autorizado a retomar la práctica deportiva, si bien se ha desaconsejado el baloncesto y las actividades que requieran la separación del brazo más de 90° acompañadas de rotación interna o externa, por persistir la oclusión de la subclavia.

## COMENTARIOS

La TVP del miembro superior primaria (Síndrome de Paget-Schroetter) se asocia a actividades de esfuerzo como trabajos o deportes que exijan rotación externa y separación del brazo, de éste modo se ha comunicado casos en diversos deportes como Fútbol americano, baloncesto, etc. (3,4). Es una patología poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta por el Médico del deporte, por la importancia de realizar el diagnóstico lo más precozmente posible y dirigir al paciente a un Servicio especializado en Cirugía Vasculor. El comienzo larvado del proceso, que no incapacita para la práctica deportiva y la infrecuencia del problema pueden retrasar el diagnóstico, condicionando la recuperación completa.

En el caso que nos ocupa, es posible que el tiempo transcurrido entre el comienzo del proceso y el diagnóstico del mismo hayan condicionado la posterior recuperación (5). No obstante de haberse tratado de un deportista profesional, debería haberse planteado un tratamiento más agresivo (resección quirúrgica de la primera costilla, colocación de "stent", etc.) con el fin de intentar la reincorporación del deportista a la práctica habitual del baloncesto (6).

## RESUMEN

El Síndrome de Paget-Schroetter es una trombosis primaria del tronco venoso axilar-subclavio ("Trombosis de esfuerzo"). Aunque está bien documentado en la literatura médica, se considera una causa poco común de patología en deportistas. La compresión de la vena axilar asociada a actividades que requieran separación forzada y retroversión del brazo puede actuar como desencadenante. Se describe un caso de un jugador de baloncesto con dolor en el brazo y trombosis subclavio-axilar, incluyendo la forma de presentación, el diagnóstico y el tratamiento.

**Palabras clave:** Trombosis de esfuerzo, brazo, baloncesto.

## ABSTRACT

The Paget-Schroetter syndrome is a primary thrombosis of axillary-subclavian vein ("effort thrombosis"). Has been well documented in the literature but is considered an uncommon cause of morbidity in the athletic population. Strain on the subclavian and axillary veins by retroversion or hyperabduction of the arm is a possible cause. We describe a case of axillary-subclavian vein thrombosis that presented as painless arm swelling in a basketball player. This case reviews the presentation, diagnosis and management of this problem in sportsman.

**Key Words:** Effort thrombosis, arm, basketball player.

## B I B L I O G R A F Í A

1. **Paget, J.:** "Practice among the out – patients of St Bartholomew's Hospital: III, on some affect on voluntary muscles. Med Times Gazette 1858; 16:260-261
2. **Von Schroetter, L.; Erkrankungen der Gafabe.** In: Nothnagel H. editor. Speciale Pathologie und Therapie, XV,II Theeil II. Halfe: Erkrankungen der Venen. Viena, 1899, 533-535
3. **Zell, L., Kindermann, W.; Marschall, F.; Scheffler, P.; Gross, J.; Buchter, A.:** "Paget-Schroetter syndrome in sports activities. Case study and literature review" Angiology, 2001, 52(5). 337-42
4. **Skерker, R.S.; Flandry, F.C.:** "Case presentation: painless arm swelling in a high scholl fotball player" Med Sci Sports Exerc, 1992 24(11): 1185-9
5. **De Wesse, J.A., Adams, J.T.; Gaiser, D.L.:** "Subclavian venous thrombectomy". Circulation, 1970; 41(5):158-164
6. **Lokanathan, R.; Salvian, A.J.; Chen, J.C., Morris, C.; Taylor, D.C.; Hsiang, N.:** "Outcome after thrombolysis selective tharacic outlet decompression for primary axillary vein thrombosis" J Vase Surg 2001, 33:783-788.

### Correspondencia:

Carlos Moreno Pascual. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
C. / Donante de sangre, s/n. 37007 – Salamanca. E-mail: [moreno@usal.es](mailto:moreno@usal.es)

**Aceptado:** 04-12-2006 / Caso clínico nº 013