

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER REPORTE DE SALUD OCUPACIONAL

José Manuel Puga Arriaga, Álvaro Humberto Cajina Bermúdez
Axel Cuevas Campillo, José Antonio de la Rosa Jiménez

RESUMEN

En el constante estudio de las enfermedades relacionadas con el trabajo, proponemos tomar en cuenta la posibilidad de un origen ocupacional cuando se presente una condición de Paget-Schroetter, la literatura propone que la trombosis venosa profunda primaria en extremidades superiores, no es ocasionada por un trastorno subyacente e hipercoagulabilidad, por lo que se la ha relacionado con traumatismos, esfuerzos y posiciones forzadas. Concluyendo que aunque es una condición rara, es potencialmente peligrosa y deberá buscarse su relación con el trabajo a fin de detectar oportunamente el padecimiento y realizar las acciones correctivas pertinentes.

Palabras Claves: *Paget-Schroetter, Trombosis Venosa Profunda, Enfermedad de Trabajo.*

Paget-Schroetter Syndrome, occupational safety and health report

ABSTRACT

In the constant study of occupational diseases, we propose to focus on the possibility of an occupational origin when the Paget-Schroetter condition is present. The literature suggests that primary deep vein thrombosis in the upper extremities is not caused by an underlying disorder concomitant with hyper-coagulation but is rather related to trauma, efforts and forced positions. Concluding that although it is a rare condition, it is potentially dangerous and its relationship to the work environment must be sought in order to detect the disease in time and take opportune and appropriate corrective actions.

Key Words: *Paget-Schroetter, Deep Vein Thrombosis, Occupational Disease.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2011 Y ACEPTADO EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2011.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) del miembro superior es una entidad poco frecuente que ha venido mostrando un aumento en su incidencia a partir de los años 70, cuando empezó el uso generalizado de los catéteres venosos centrales para monitoreo de algunos pacientes¹. Actualmente se estima una prevalencia de 2 a 4 % de todos los casos de trombosis venosa profunda y una incidencia de 11 casos por cada 100.000 admisiones hospitalarias².

La mayoría de los casos de trombosis venosa del sector axilo-subclavio son de etiología secundaria, es decir que están asociados con alguna enfermedad subyacente que involucra un estado de hipercoagulabilidad, catéteres venosos colocados en forma prolongada o una combinación de ambos². Se ha descrito una TVP de etiología primaria, conocida como Síndrome de

Paget-Schroetter¹. Este padecimiento se presenta, generalmente en el miembro dominante, de manera espontánea en personas que realizan esfuerzos con los miembros superiores (trabajadores de fuerza, deportistas, etc.)¹. Se mencionan como posibles desencadenantes la compresión de la vena subclavia por estructuras músculo-tendinosas adyacentes.¹

La sintomatología típica de la enfermedad es la presentación aguda de edema de la totalidad de la extremidad, acompañado de dolor moderado o severo y sensación gravativa en su extensión³. La forma primaria se caracteriza por ser de predominio del brazo dominante generalmente existe el antecedente de algún esfuerzo hecho con la extremidad afectada los días anteriores, o la práctica de algún deporte o actividad que obligue a movimientos de abducción forzada y supinación de la extremidad³.

El lado izquierdo podría estar afectado con mayor frecuencia por varias razones anatómicas como la mayor longitud del tronco braquiocefálico izquierdo, su posición más horizontal y su

vecindad con otras estructuras que pueden comprimirlo como la carótida derecha, el esternón y la clavícula izquierda³.

Los estudios de Doppler pueden arrojar falsos negativos debido a la circulación colateral existente alrededor de la región del hombro. La flebografía se considera el estándar de oro en el diagnóstico ya que no sólo demuestra el trombo venoso, sino que ayuda a confirmar la permeabilidad de la circulación colateral³.

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 complicaciones¹.

Las indicaciones para el manejo quirúrgico incluyen: síntomas persistentes tales como el dolor y la sensación de fatiga y pesadez en la extremidad con o sin distensión venosa y un venograma positivo para una compresión extrínseca importante posterior al tratamiento trombolítico sin importar si este fue exitoso o no⁴.

La secuela más frecuente es el síndrome postflebítico, caracterizado por dolor y edema que se exacerban con la actividad de la extremidad afectada. Este tipo de secuelas se puede encontrar en 70-90% de los pacientes que presentaron la enfermedad aguda. El trombo-embolismo pulmonar es sin duda la más peligrosa y su incidencia puede llegar a ser hasta del 35%³.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente del sexo femenino de 38 años, originaria y residente del estado de México, alfabeta con escolaridad bachillerato, de nivel socioeconómico bajo, laborando desde hace 8 años como ayudante general en empresa dedicada a la fabricación de dulces como empacadora; sin antecedentes mórbidos heredo-familiares y personales de importancia, refiriendo buenos hábitos higiénico dietéticos.

Padecimiento actual

Inicia su padecimiento en agosto de 2007 encontrándose dentro del ámbito laboral al levantar unidades contenedoras de producto de hasta 10 kg, cursando de forma súbita con dolor intenso en toda la extensión de brazo izquierdo, urente, constante y con irradiación a región cervical, mismo que se minimiza ante el reposo lo cual le permite continuar con sus actividades durante una semana más sin cese total de su sintomatología por lo que solicita atención médica de tercer nivel en donde se efectúa el diagnóstico de esguince cervical administrándose tratamiento médico y conservador así como inmovilización con collarín blando, sin embargo, con posterior exacerbación del cuadro y agregándose además edema local, hipotermia de la extremidad y parestias, por lo que es nuevamente derivada a la especialidad de Traumatología quien refiere al servicio de Angiología y Cirugía Vascular Periférica estableciéndose el diagnóstico

presuntivo de trombosis venosa profunda iniciándose protocolo de estudio pertinente y manejo anticoagulante. A la exploración física se encontró paciente de 43 kg y 1.48 m, TA: 100/70, fc: 70', fr: 20', eutérmica, neurológicamente íntegra, adecuada hidratación y coloración de tegumentos, sin compromiso cardiopulmonar aparente, abdomen sin datos patológicos, aumento de volumen en miembro torácico izquierdo a expensas de edema, dolor a la palpación de compartimentos, pulsos presentes, fuerza y sensibilidad conservadas.

Estudios complementarios: La ecografía Doppler demuestra datos en relación a estasis venosa en segmento proximal de región axilar izquierda.

Se administra tratamiento con heparina no fraccionada durante 5 días continuando con dosis de impregnación y mantenimiento de acenocumarina para mantener un INR de 2-3 por 6 meses otorgándose el alta con indicación de antiagregante plaquetario más medidas de higiene venosa así como incapacidad de 308 días laborales.

Posteriormente sufre traumatismo directo en miembro torácico afectado tras caída de su propia altura reiniciando cuadro previo lo cual condiciona su envío a subespecialidad donde se confirma el diagnóstico de Enfermedad de Paget-Schroetter secundaria a trombosis de esfuerzo en segmento axilar izquierdo, se reinicia anticoagulación bajo control hospitalario y seguimiento subsecuente por parte de ACV en agosto de 2009 con realización de ecografía Doppler dúplex venosa evidenciándose sistema venoso superficial y profundo permeable en toda la extensión del miembro con secuelas a nivel subclavio. La flebografía reporta importante disminución del calibre hacia la proximidad de la vena humeral y además se comprueba la permeabilidad del segmento axilsubclavio contralateral decidiéndose así derivación venosa axilo-axilar con vena safena y fístula arteriovenosa cefálico-radial de MTI.

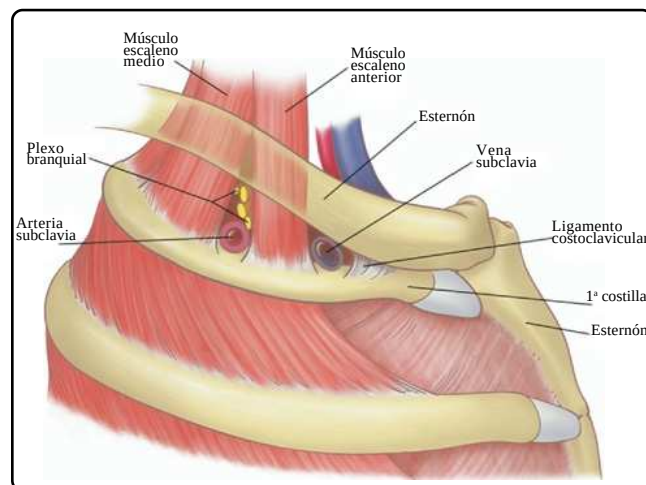


Figura 1. Anatomía normal del opérculo torácico con inserción convencional del ligamento costoclavicular en la primera costilla.

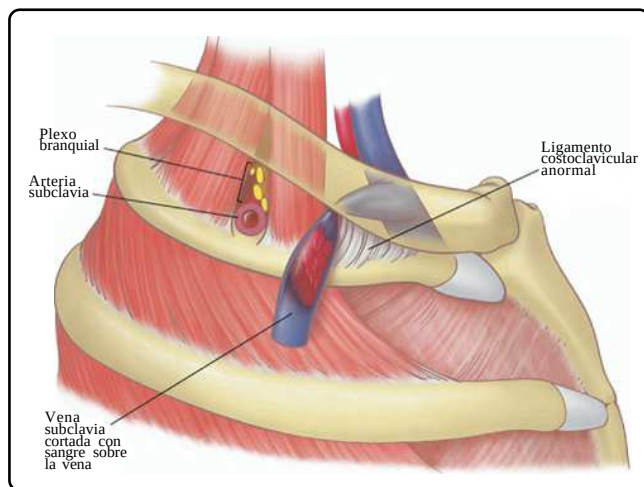


Figura 2. Inserción anormal congénita del ligamento costoclavicular en la primera costilla con hipertrofia del músculo scalenus anticus lateral a la vena y trombosis de la vena axilar-subclavia (Síndrome de Paget-Schröetter).

Evolución

Se realiza el adecuado seguimiento del caso cursando con remisión total de la sintomatología y clínica previa además de lograrse confirmar la permeabilidad vascular manteniendo la anticoagulación durante un año, mismo lapso que se otorga para su recuperación.

DISCUSIÓN

El caso previamente expuesto ejemplifica de manera fiel la progresión clínica e incluso diagnóstica del padecimiento. Debido a que se trata de una patología poco frecuente y de presentación aparentemente inocua es factible que la sospecha en la práctica médica se solape con múltiples condiciones clínicas, situaciones que propician el retraso en su definición y manejo. En estudios recientes se ha demostrado la viabilidad y efectividad del tratamiento trombolítico ante un cuadro de trombo fresco (menor de 10 días)⁵. Además de lograr disminuir la probabilidad de complicaciones y secuelas potencialmente incapacitantes⁵. De allí la importancia de realizar el diagnóstico lo más precozmente posible y dirigir al paciente de manera invariable y directa a un servicio de cirugía angioplástica para llevar a cabo los estudios pertinentes, esto apoyado en la experiencia de que incluso, a pesar de que en muchos casos la sola forma de presentación puede sembrar la sospecha, siempre se requiere de su confirmación por algún método diagnóstico existente ya sea invasivo o no invasivo.

Debido a que en la mayoría de los casos se relaciona con ejercicios o esfuerzos físicos repetidos o intensos, sobretodo de hiper-abducción, algunos autores han llegado a sugerir que esta patología debiera ser considerada una enfermedad laboral⁶. De determinarse la actividad laboral como posible cúmulo de factores

predisponentes para esta enfermedad, quedarían evidentemente expuestos aquellos trabajadores dedicados a actividades que involucren el esfuerzo físico constante o repetitivo de la extremidad en posiciones forzadas como la hiper-abducción, generalmente en la extremidad dominante.

Habitualmente se trata de individuos jóvenes sanos y económicamente activos en los que el padecimiento culmina en alguna incapacidad posttrombótica que puede ir desde síntomas locales que limitan la actividad hasta el tromboembolismo pulmonar, situación más seria y grave. Cualquiera de estas situaciones y en diferente medida condiciona la pérdida de tiempo laboral efectivo y disminución de la productividad en su empresa.

En el caso que nos ocupa no fue aceptada como enfermedad de trabajo, por el servicio de medicina del trabajo ya que no fue posible demostrar la relación causa efecto-trabajo daño, debido a que el estudio de medio ambiente laboral realizado por los ingenieros, no establece en definitiva el exceso de esfuerzo o movimientos repetitivos en posiciones forzadas. Por otro lado en los casos en que esta condición se presenta en forma primaria la literatura no establece como única etiología la abducción forzada, es claro que por ser una condición muy rara, no hay una casuística para establecer en definitiva su relación con el trabajo. Sin embargo, es importante mantener en mente esta posibilidad y analizar los casos que se presenten en el futuro desde la óptica de su posible origen en el trabajo.

La intención del presente artículo más que ahondar en la etiopatogenia de la enfermedad, es proponer la vigilancia en su posible relación con el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno C, Torres JA, Ingelmo A. The Paget-Schroetter syndrome (effort thrombosis). A case report. Arch Medicina Del Deporte 2007; 118: 141-143.
2. Sevestre MA, Kalka C, Irwin WT, Ahari HK, Schaifeld RM. Paget-Schroetter syndrome: what to do? Catheter Cardiovasc Interv 2003; 59: 71-76.
3. Guzmán Mora F., Vargas Veléz F. Trombosis venosa profunda del miembro superior (síndrome de Paget-Schroetter). Arch Intern Med 2000; 160:382-386.
4. Urschel HC JR, Razzuk MA. Paget-Schroetter syndrome: what is the best management? Ann Thorac Surg 2000; 69:1663-1668.
5. Chin-Wo W, Hawchoong C, Cheng-Ooi L. Paget-Schroetter syndrome: Case report and review of the literature. The internet Journal of Orthopedic Surgery. ISSN 1531-2968.
6. Zell L, Scheffler P, Heger M, Steukardt-Gotz, Buchter A. The Paget-Schroetter syndrome: work accident and occupational disease. Ann Acad Med Singapore 2001 Sep; 30: 481-484.