

SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO TRAS FRACTURA DE CLAVÍCULA

A propósito de un caso y revisión bibliográfica

Pérez Rego, Marina;

Soler García, Alvar; Aparicio Martínez, Jose Luis; Silvestre Muñoz, Antonio

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.*



SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA & TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción

El síndrome del opérculo torácico (TOS) se refiere a la compresión anormal del plexo braquial y los vasos subclavios a nivel de la abertura torácica superior, entre la clavícula y la primera costilla; no obstante, acontece de manera muy infrecuente tras fracturas claviculares. Se presenta un caso de síndrome de opérculo torácico como complicación tardía de origen iatrogénico derivada de una fractura de tercio medio de clavícula.

Material y métodos

Mujer de 28 años que presenta fractura de tercio medio de clavícula tratada mediante reducción abierta y fijación interna (RAFI) con placa. Se realizó la extracción de material de osteosíntesis (EMO) un año después, lo que deriva en refractura, por lo que se procede al refrescado del foco y a nueva RAFI con injerto óseo autólogo de cresta iliaca. A los 4 días, debuta con una clínica de compresión venosa y neurológica, destacando el edema y cianosis en MSD y las hipoestesis en territorio del nervio mediano y cutáneo antebraquial lateral a nivel de antebrazo y mano, así como pérdida de fuerza para la pinza e hipoestesia en 1er y 2o dedos, sin clínica arterial. Descartada la trombosis venosa, se retira injerto óseo, que resultaba ser de tamaño excesivamente voluminoso, y se aplica de injerto óseo liofilizado de banco (allograft). Se observa gran mejoría clínica a las 72h.

SINDROME DEL OPÉRCULO TORACICO TRAS FRACTURA DE CLAVÍCULA

*Pérez Rego, Marina; Soler García, Alvar; Aparicio Martínez, Jose Luis; Silvestre Muñoz, Antonio
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

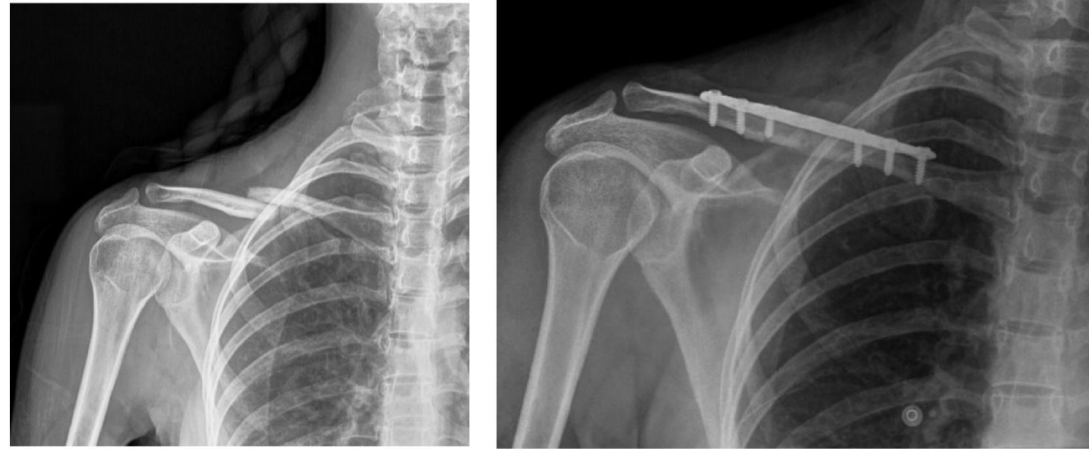


Figura 1. Fractura primaria de tercio medio de clavícula. Se decide tratamiento quirúrgico mediante osteosíntesis con placa.

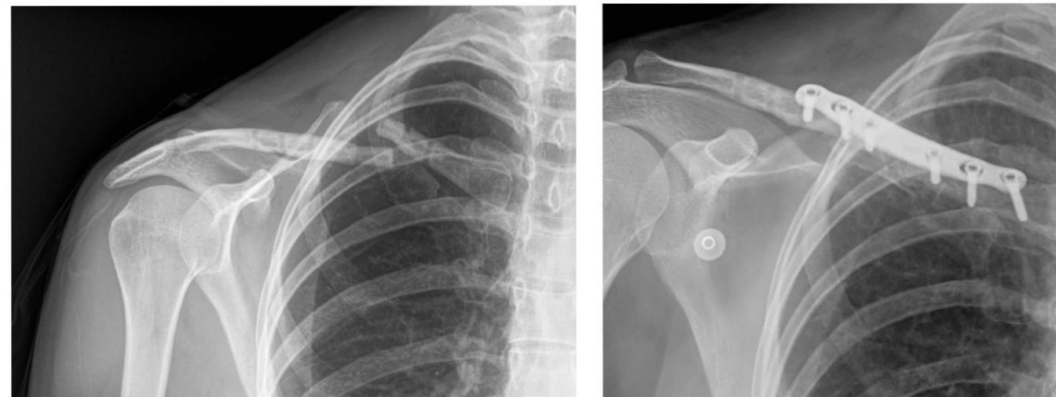


Figura 2. Refractura y nueva RAFI con injerto óseo de cresta iliaca.

SINDROME DEL OPÉRCULO TORACICO TRAS FRACTURA DE CLAVÍCULA

Pérez Rego, Marina; Soler García, Alvar; Aparicio Martínez, Jose Luis; Silvestre Muñoz, Antonio
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.



Figura 3. Inicio de clínica de compresión vasculonerviosa.
Se aprecian el edema y la cianosis.

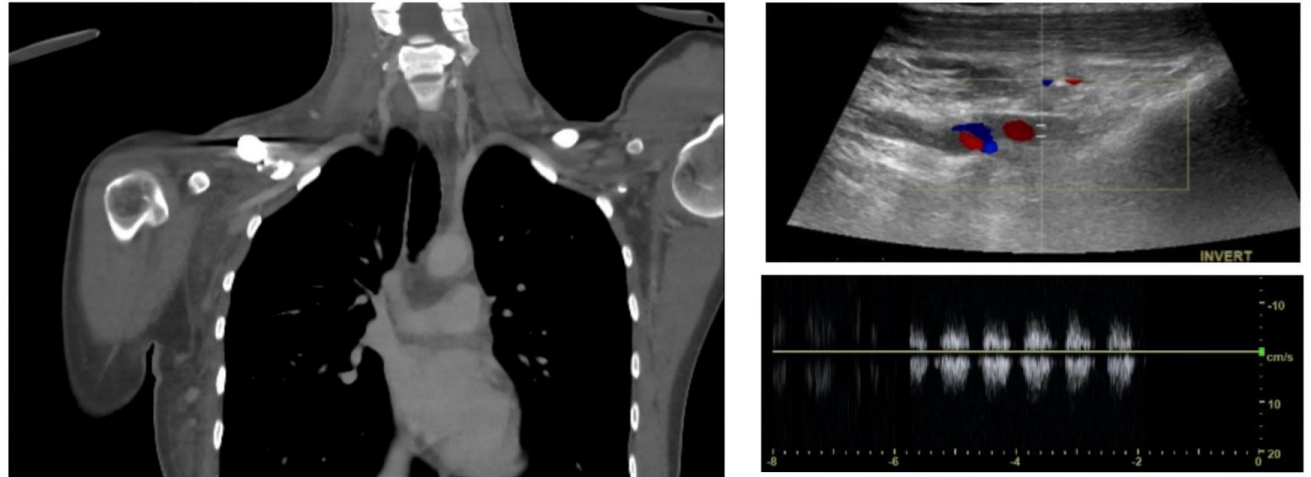


Figura 4. Se descarta trombosis mediante EcoDoppler de miembros superiores.
En el angioTC, se observa asimismo permeabilidad bilateral de vasos subclavios,
destacando cierto compromiso de espacio en lado derecho por injerto óseo de
gran tamaño localizado en posición posteroinferior a la clavícula.

Discusión

La etiología del síndrome del opérculo torácico es múltiple; sin embargo, las fracturas de clavícula son una causa infrecuente. Se han descrito previamente casos por pseudoartrosis con callo de fractura hipertrófico y por la formación de pseudoaneurismas postraumáticos, pero nunca de forma iatrogénica. Se presenta con una clínica neurovascular sugestiva, de carácter subagudo (latencia entre 1 y 4 semanas); es necesario, por esta razón, un alto índice de sospecha. Las pruebas complementarias (EcoDoppler, angioTC, EMG...) ayudan al diagnóstico. El tratamiento va dirigido a la resección del tejido anómalo y la fijación interna. No se recomienda la excisión clavicular, ya que altera la biomecánica escapular. Se han observado intervalos de recuperación clínica y radiológica de entre 6 y 12 meses, y el pronóstico depende, entre otras cosas, de la precocidad de aplicación del tratamiento.

Conclusión

A pesar de la baja incidencia del síndrome del opérculo torácico derivado de una fractura de clavícula, se debe pensar en ella ante aparición de clínica neurovascular subaguda, ya que es necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico y tratamiento precoz, orientados a una recuperación completa y favorable.

1. Charles SJ, Chen SR, Mittweide P, Rai A, Moloney G, Sabzevari S, Lin A. Risk factors for complications and reoperation following operative management of displaced midshaft clavicle fractures. *J Shoulder Elbow Surg.* 2022 Oct; 31(10): e498-e506. doi: 10.1016/j.jse.2022.03.016. Epub 2022. Apr 25. PMID: 35472574.
2. Heyn J, Ozimek A, Sadeghi-Azandaryani M, Bürklein D, Steckmeier B. Thoracic Outlet Syndrome Caused by a Pseudoaneurysm After Pseudarthrosis of the Clavicle. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2008 Oct; 34(5): 511-4. doi: 10.1007/s00068-008-7126-9. Epub 2008 Mar 18. PMID: 26815997.
3. Masocatto NO, Da-Matta T, Prozzo TG, Couto WJ, Porfirio G. Thoracic outlet syndrome: a narrative review. *Rev Col Bras Cir.* 2019 Dec 20; 46(5): e20192243. Portuguese, English. doi: 10.1590/0100-6991e-20192243. PMID: 31859722.
4. NavaFB, Barrial M, Martínez A, Alonso E, Barrena S, Martínez L, López-Santamaría M, de la Torre CA. Thoracic outlet syndrome in adolescents: a case series. *Cir Pediatr.* 2020. Jul 1; 33(3) :110-14. English, Spanish. PMID: 32657093.
5. SaitoT, Matusmura T, Takeshita K. Brachial plexus palsy after clavicle fracture: 3 cases. *J Shoulder Elbow Surg.* 2020. Feb; 29(2): e60-e65. doi: 10.1016/j.jse.2019.09.027. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31784383.
6. Thavarajah D, Scadden J. Iatrogenic postoperative brachial plexus compression secondary to hypertrophic non-union of a clavicle fracture. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013 Apr; 95(3): e55-7. doi: 10.1308/003588413X13511609956174. PMID: 23827280; PMCID: PMC4165262.