

## ANEURISMA DE LA SUBCLAVIA DERECHA Ligadura. Curación

Dr. FRANCISCO SALAMERO

Prof. encargado de la Cátedra

Comandante Médico H. del Cuerpo de Sanidad Militar. Médico electo de la Real Academia de Medicina.

*Historia clínica.* — Gregorio Pic Santivez, edad ochenta y seis años, natural de Tortosa, trabajo marinerero, domiciliado en Barcelona (Barrio Pescadores, calle San Telmo).

*Antecedentes:* Ignora enfermedades. Niega venéreo. Siempre ha estado sano

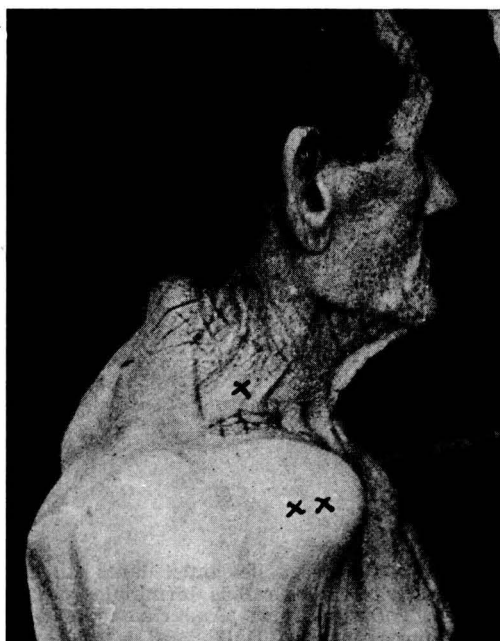
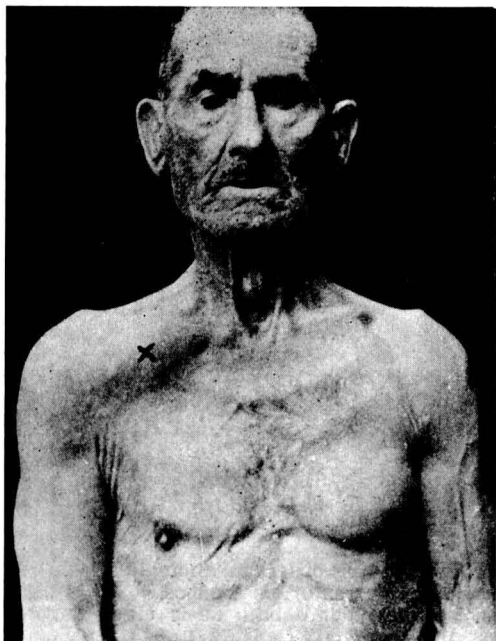


Fig. 1. Aneurisma (x). — Fig 2. Cicatriz operatoria (x). Tumor no desaparecido completamente a los 15 días (xx).

y dotado de gran resistencia física. Buen apetito. Vino, sólo en las comidas. Estreñimiento, que corrige con agua de mar.

*Enfermedad actual:* Hace unos cuatro meses, estando en alta mar y al hacer un esfuerzo para levantar las velas de la embarcación, experimenta una sensación de desgarrar a nivel de la clavícula derecha y cuyo dolor le impide continuar su tarea.

Dicha molestia no desaparece, como él supone, con el reposo durante los días siguientes, por el contrario, aumenta y se acompaña de pérdida de fuerza de la extremidad derecha y frialdad de la mano.

Nota desde los primeros días un pequeño tumor en la región infraclavicular que aumenta lentamente y se corre a su vez a la región supraclavicular. A medida que pasan los días, se confunden las molestias y no se sabe expresar con precisión más que impotencias, tumor que se mueve (dice semejante a una rueda de molino).

Ultimamente, los dolores se hacen tan insoportables que le impiden dormir.

*Exploración:* El aspecto exterior es el de un hombre enjuto, moreno y, aun-

que viejo, no aparenta los noventa y seis años que su hijo dice que tiene, y no ochenta y seis como afirma el interesado. Psíquico normal.

Por inspección, se aprecia una tumoración como una naranja pequeña a nivel de la región infraclavicular derecha, que late y otra más pequeña por encima de la clavícula, que también pulsa y que se continúa.

Dicha tumoración presenta, además, expansión y soplo. El pulso radial no se aprecia. Aspecto de la extremidad, normal, excepto a nivel de la región pectoral, de una red venosa superficial muy tenue.

Movimientos del hombro, codo y mano, normales. Así como la flexión y exten-

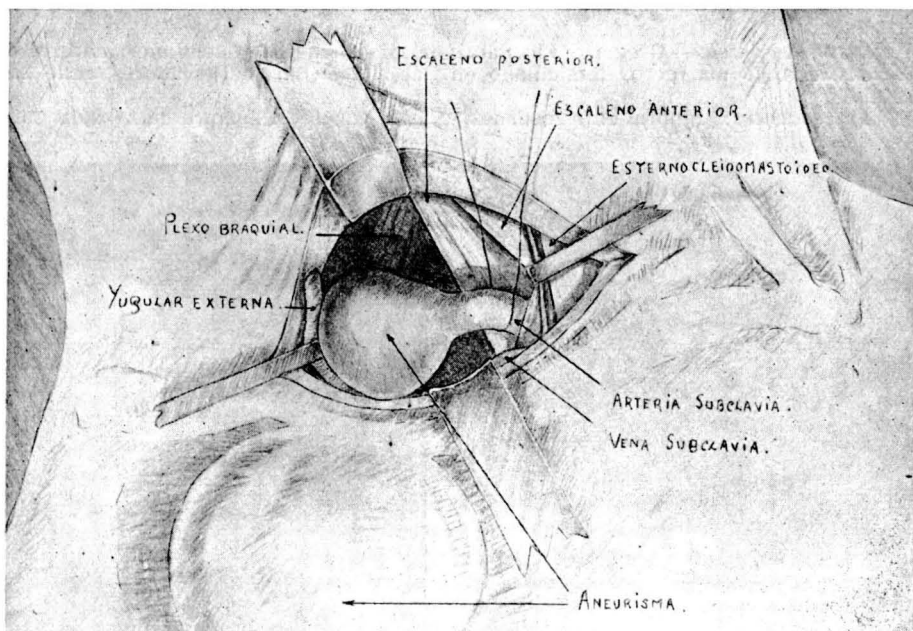


Fig. 3. Intervención quirúrgica

sión de los grupos musculares sin alteración. Tampoco se observan anomalías sensitivas en las ramas terminales del plexo braquial, ni trastornos tróficos.

**Diagnóstico:** ¿Aneurisma de la subclavia y axilar, por debajo de la clavícula, por rotura arterial?

**Tratamiento:** Tras unos días de reposo y observación, se decide la intervención, orientada a practicar la ligadura simple, si es posible por fuera de los escalenos. Nos lleva a ello las siguientes consideraciones:

a) La intervención es necesaria por los dolores intensos y progresivos del plexo braquial.

b) La ligadura por fuera de los escalenos es anatómica y fisiológicamente lo indicado, como se desprende de las estadísticas y resultados obtenidos por otros cirujanos.

c) La ligadura por dentro de los escalenos (en el supuesto de que no fuera posible por fuera) implica actuar casi siempre sobre tronco braquiocefálico, intervención gravísima y más en un sujeto de dicha edad.

d) La ligadura de la axilar no modificaría la compresión del plexo.

e) La extirpación del saco y ligadura de colaterales, previa sección de la clavícula, constituye una intervención laboriosa, llena de dificultades por las circunstancias propias del sujeto en cuestión.

f) Las mismas consideraciones pueden hacerse por lo que se refiere a las aneurismorragias.

**Intervención:** Anestesia general. Cuello en extensión e inclinado al lado opuesto. Incisión de unos ocho centímetros sobre un través de dedo del borde superior clavícula.

Toda la disección de la región operatoria la hemos practicado con pinza de disección sin dientes y tijeras curvas. (La sonda acanalada es peligrosa.)

Pasamos por encima del omohioideo. Rechazamos hacia fuera la yugular externa. Aparece el escaleno anterior y frénico. Buscamos el ángulo formado por la primera costilla y escaleno anterior y con sumo cuidado y con la tijera curva ais-

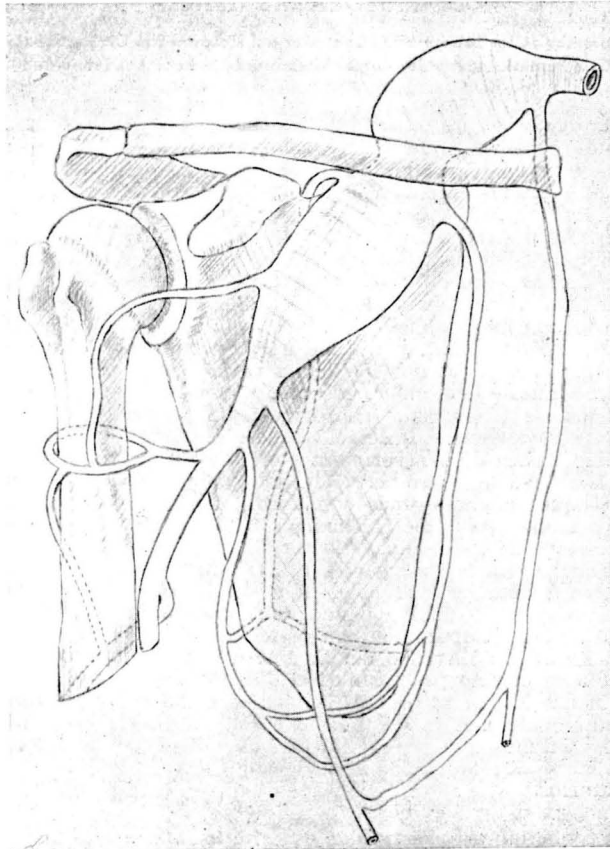


Fig 4. Esquema de los vasos normales y aneurisma subclavia, axilar.

lamos la arteria para pasar aguja de Descamps, lo cual no resulta nada fácil por llegar la bolsa del aneurisma a ras mismo de los músculos.

Desaparece por completo la pulsación una vez ligado el vaso.

Piel cuatro puntos, crin en U.

La tumoración deja de latir, pero persiste en parte.

*Curso postoperatorio:* Han desaparecido los dolores por completo. El pulso radial no se aprecia. Mano más fría, pero sin que aparezcan trastornos que amenacen su vitalidad. El calor de la mano va en aumento en los días siguientes.

A los veintitrés días de la intervención es dado de alta y sale en las siguientes condiciones:

Dolores, desaparecidos completamente.

Tumoración, persiste en su mitad: sin pulso.

Pulso radial: no perceptible.

Mano más fría que la izquierda.

Ningún trastorno trófico.

Fuerza al apretar la mano, casi nula.

Lógicamente hay que aceptar que la tumoración residual no es más que la reacción conjuntiva a la rotura vascular.