

RECIEN NACIDO CON TROMBOSIS VENOSA DEL MIEMBRO SUPERIOR

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE GINECOOBSTETRICO "MARIANA
GRAJALES", SANTA CLARA, VILLA CLARA

*Dr. Rubén Moro Rodríguez** y *Dr. Antolín González Neyra***

Se presenta el caso de trombosis venosa del miembro superior en un recién nacido del sexo masculino, producida por la permanencia de la extremidad superior en la vagina durante 29 horas, lo que determinó la realización de cesárea. Se informa que el tratamiento médico se basó en anticoagulantes por vía endovenosa en infusión constante, espasmolíticos, diuréticos y antibióticos. Se señala que para la realización del diagnóstico se tuvo en cuenta el cuadro clínico y la evolución; el niño no presentó secuelas. Se revisa la literatura médica de los años 1978 a 1983 y no se encuentra ningún caso publicado al respecto.

INTRODUCCION

Paget, en 1875 y *Von Schroetter*, en 1884, son los primeros que describen la trombosis de las venas axilares y subclavias.¹ Este síndrome, aunque puede manifestarse de manera espontánea es más frecuente que aparezca después de un ejercicio no habitual, de una actividad intensa o de maniobras violentas.

Aunque menos frecuentes que las trombosis venosas profundas de los miembros inferiores, las de los miembros superiores surgen con cierta frecuencia, en los adultos jóvenes con gran actividad laboral o deportiva, preferiblemente en el sexo masculino.

En los niños, las trombosis venosas aparecen casi siempre como consecuencia de canalizaciones venosas con fines terapéuticos y con mayor frecuencia en los miembros inferiores; pueden mostrarse durante enfermedades generales o de causas regionales.

La aparición de una trombosis venosa en un recién nacido localizada en el miembro superior derecho, su diagnóstico, tratamiento y evolución posterior, nos motivó a la revisión de la entidad y a la presentación del caso.

* Especialista de I Grado en Angiología.

** Especialista de I Grado en Neonatología.

PATOGENIA

Se describen 2 factores que al actuar aisladamente o en conjunto, pueden determinar la aparición de la entidad:

1. Traumatismo directo sobre el sector venoso axilar o subclavio, donde se considera como trauma la compresión brusca del brazo o la distensión venosa forzada provocada por diferentes esfuerzos violentos o ambas.
2. Compresiones por alteraciones anatómicas en la cintura escapular, como en los estrechamientos costoclaviculares; entre el músculo pectoral menor y el tórax o entre el húmero y músculo subescapular. La posición de hiperabducción del brazo, de hiperextensión del cuello y de caída hacia abajo y hacia atrás de los hombros, predisponen, e inclusive pueden determinar, la aparición de la entidad.

Quedarían por descartar causas generales como: policitemia vera, neoplasias malignas o una insuficiencia cardíaca congestiva y otras regionales como aneurismas, adenopatías regionales y costillas cervicales.

Adams señala que el síndrome aparece después de una actividad ligera intensa, ya sea laboral o deportiva, o en ocasiones una actividad ligera en la que se ha mantenido la extremidad en una posición no habitual por tiempo prolongado.

CUADRO CLINICO

Los síntomas agudos son dominados por el edema y el dolor, aunque en ocasiones pueden presentarse varios días después del esfuerzo o el accidente traumático. El edema que habitualmente no deja godet puede variar, desde la mano o el antebrazo a toda la extremidad, generalmente. El dolor se manifiesta inconstante, y puede, en ocasiones, no estar presente.

Aparecen cambios en la coloración de la piel, que toma un tinte rojizo o cianótico, preferiblemente en la mano y el antebrazo. Puede mostrarse frialdad atribuible al arteriospamo, reflejo al proceso trombotico venoso agudo.

Si el bloqueo venoso es complejo, puede desarrollarse una flegmasia *cerulea dolens*.

La impotencia funcional de la extremidad se debe fundamentalmente al edema. La aparición de ingurgitación venosa superficial del brazo y del hombro, demuestra el establecimiento de la circulación colateral.

Se debe señalar que, aunque raramente son embolizantes, podría presentarse un tromboembolismo o evolucionar a una flegmasia *cerulea*.

En los niños predominan los síntomas y los signos del espasmo arterial, los que llegan en ocasiones a cuadros de gangrena de las extremidades.

PRESENTACION DEL CASO

Madre de 20 años. Primer embarazo a término. Peso, 135 lb. Evolución del embarazo: hipertensión arterial con edema de miembros inferiores en el tercer trimestre.

Durante el parto: sufrimiento fetal con rompimiento de membranas por 29 horas. Líquido amniótico teñido.

Se le realiza rayos X, por lo que se evidencia la presentación del miembro superior derecho por delante de la cabeza. Se plantea una desproporción cefalopélvica y se le practica cesárea con anestesia peridural. El transoperatorio es normal.

El niño mostraba 2 circulares del cordón apretadas; su peso fue de 3 800 g; la puntuación de Apgar al minuto, de 8, y a los 5 minutos, de 9, El llanto fue normal y los reflejos también normales.

El miembro superior derecho presentaba cianosis de los dedos con eritrocianosis del antebrazo y del brazo; impotencia funcional y aumento de la temperatura cutánea. Ausencia de los pulsos, excepta el axilar.

A las 12 horas de evolución existían edemas en la mano y el antebrazo. Se mantienen la cianosis y la eritrocianosis con impotencia funcional. Se observa una ampolla de contenido seroso en la cara anterior del antebrazo (figura 1).

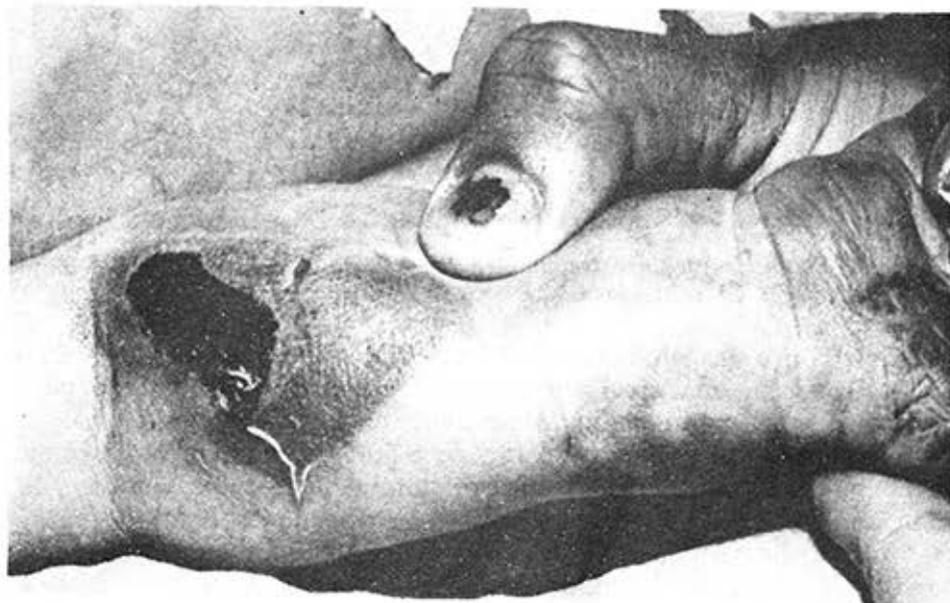


FIGURA 1. Aspectos físicos de la extremidad con menos de 48 horas de evolución.

Esta situación se interpretó como trombosis venosa del miembro superior derecho, con gran componente vasoespástico (pseudoembólica), por lo que se decide aplicar tratamiento con heparina por infusión constante en dosis de 6 mg/kg por día; papaverina por vía endovenosa en dosis de 7 mg/kg por día; furosemida por vía endovenosa en dosis de 2 mg/kg por dosis. Se administró antibioticoterapia con ampicilín y gentamicina en dosis de 200 mg/kg por día y 6 mg/kg por día respectivamente. También se efectuaron los cuidados generales del niño y de la extremidad afectada.

A las 24 horas de evolución mostró un peso de 3 700 g y un tiempo de coagulación de 25 minutos. Aumentó el edema, que ahora llegaba a la axila; se mantienen los cambios de coloración, aumenta la flictena del embarazo y aparece el dolor al realizar los pequeños movimientos de la extremidad (figura 2).

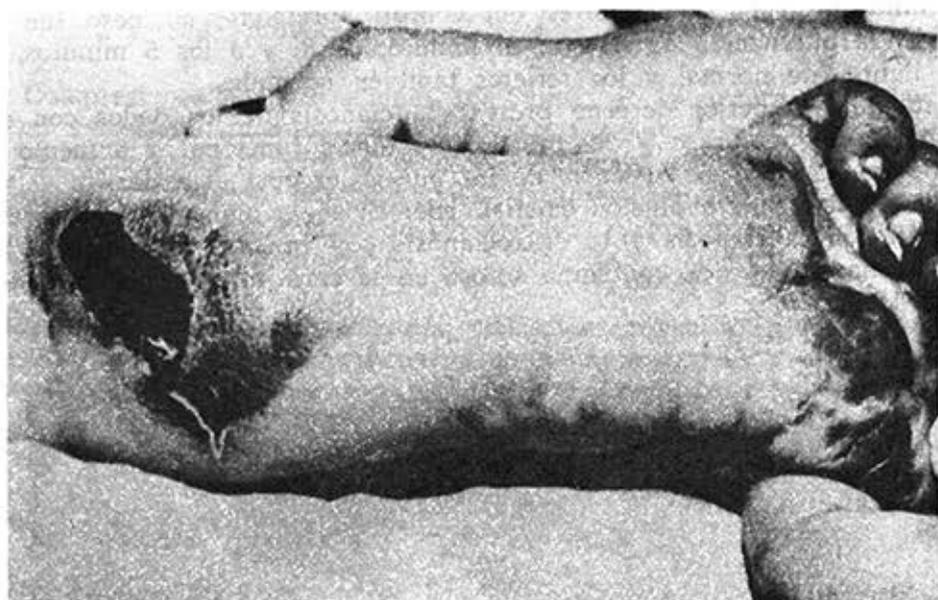


FIGURA 2. Evolución de la extremidad a los 7 días. Escara necrótica delimitada. Se mantiene la eritrocianosis.

En la evolución a las 48 horas comienza a disminuir el edema y la eritrocianosis. Se forma una escara necrótica del antebrazo. El estado general es satisfactorio y se mantiene igual tratamiento a iguales dosis.

A los 7 días de evolución el peso fue de 3 500 g y el tiempo de coagulación de 27 minutos. El edema disminuye notablemente. Los cambios de la coloración son mínimos, y se mantiene la eritrocianosis distal discreta. Se observa la escara necrótica del antebrazo y hay movimientos más activos del miembro. Dada la posibilidad de que la escara necrótica se deba a la heparina, se decide, además, por la buena evolución del caso, administrar la heparina por la vía intramuscular y se retira la gentamicina.

A los 14 días de evolución desaparecen el edema y el dolor. Se observan movimientos activos de la extremidad. La escara necrótica está eliminada y en vías de cicatrización, hay una ligera eritrocianosis de la mano. En cuanto al tratamiento, se retiran los anticoagulantes y los espasmolíticos. A causa de la buena evolución del caso se decide el alta del paciente y se indica fisioterapia, espasmolíticos por vía oral y seguimiento por consulta externa (figura 3).

A los 30 días de evolución estaba prácticamente resuelta la situación vascular de la extremidad, que sólo mantiene una ligera impotencia funcional localizada en los dedos de la mano derecha.

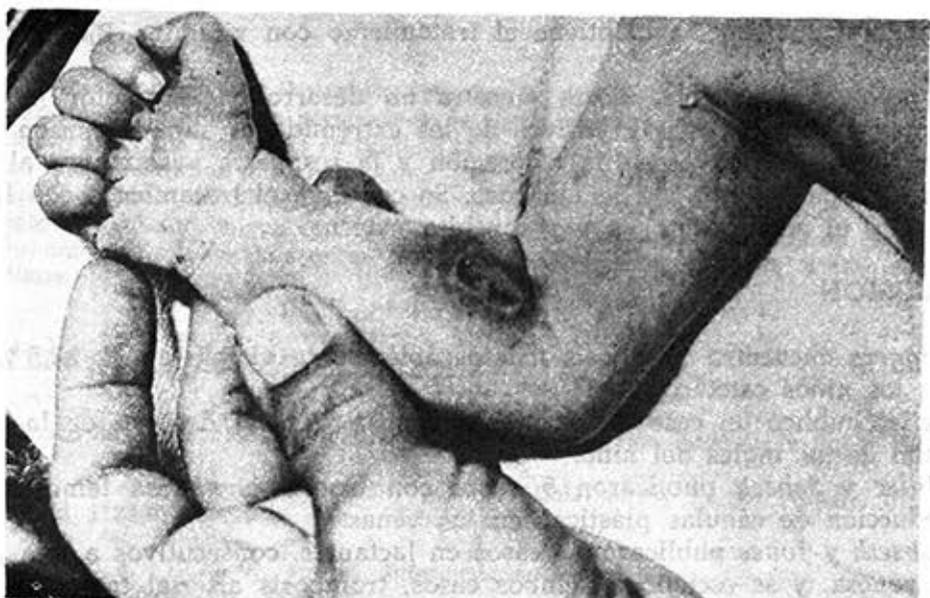


FIGURA 3. Evolución a los 14 días. Escara necrótica en vías de solución. Discreta eritrocianosis de la mano.

Se mantiene la fisioterapia y se comienza a administrar vitamina B₁ y el seguimiento se realiza por consulta externa.

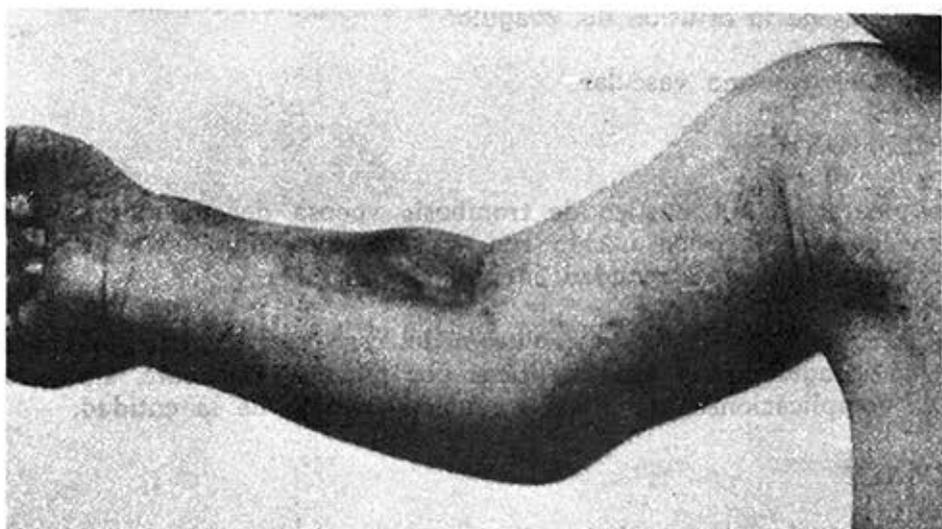


FIGURA 4. Evolución a los 30 días. Lesión cicatrizada. No edema. No cambios de coloración.

A los 60 días de evolución se observa una franca mejoría del paciente. Ha recuperado la funcionalidad del miembro. No hay cambios de la co-

loración, ni edemas. Se mantiene el tratamiento con vitamina B₁ y fisioterapia.

La evolución a los 5 meses muestra un desarrollo psicomotor normal. Los movimientos activos y pasivos de las extremidades superiores son normales. No hay cambios de la coloración y la respuesta vasomotora al frío es aumentada sin llegar a lo morbosos. Se continúa el tratamiento con fisioterapia y el seguimiento es por consulta externa.

DISCUSION

Wiggers encuentra trombosis macroscópicamente visible en el 12,5% de todos los niños cateterizados.²

Keller publicó un caso de trombosis venosa femoral después de la compresión de las ingles del niño.^{3 4}

Miller y *Sebeck* publicaron 5 casos con trombosis venosa femoral por introducción de cánulas plásticas en las venas.⁵

Nabseth y *Jones* publicaron 2 casos en lactantes, consecutivos a una punción venosa, y se escogió en ambos casos, trombosis arterial tras el espasmo.⁵

Shaffer plantea que se produce infección de la corriente sanguínea y determina tromboflebitis. Comunica un caso de gangrena en el recién nacido aparecida a los pocos días después del parto.³ Plantea el tratamiento con 3 objetivos:

1. Tratamiento general y prevención de la infección del tejido desvitalizado.
2. Profilaxis de la difusión del coágulo.
3. Evitar el espasmo vascular.

CONCLUSIONES

1. Se plantea el diagnóstico de trombosis venosa del miembro superior derecho en un recién nacido con presentación de mano y exposición prolongada de la extremidad en posición anómala.
2. Se informa sobre la buena evolución del caso y el tratamiento indicado de anticoagulantes y espasmolíticos por infusión constante, sin presentarse complicaciones, tanto del tratamiento, como de la entidad.

SUMMARY

The case of a male newborn infant, with venous thrombosis of the upper limb, is presented. The thrombosis was caused by permanence of the upper limb in the vagina during 29 hours, determining the performance of cesarean section. It is reported that medical treatment was based on the administration of endovenous constant infusion of anticoagulants, spasmolytics, diuretics and antibiotics. It is pointed out that clinical picture and evolution were taken into account for the diagnosis. None sequelae were left in the child. The concerning medical literature published from 1978 to 1983, is reviewed and no case such as this one is found.

RÉSUMÉ

Il est présenté un cas de thrombose veineuse du membre supérieur chez un nouveau-né du sexe masculin, due à la permanence de l'extrémité supérieure dans le vagin pendant 29 heures, ce qui a imposé la réalisation de la césarienne. Le traitement médical a consisté en l'administration d'anticoagulants par voie endoveineuse en perfusion continue, de spasmolytiques, de diurétiques et d'antibiotiques. Pour établir le diagnostic on a tenu compte du tableau clinique et de l'évolution; l'enfant n'a pas présenté de séquelles. La littérature médicale publiée entre 1978 et 1983 est revue et on ne trouve aucun cas similaire.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Mateo, M. D.*: Trombosis venosa del miembro superior. *Angiología* 23(6): 251, 1981.
2. *Spahr et al.*: Catherization of the posterior tibial artery in the neonato. *Am J Dis Child* 1133(9): 945-946, sept., 1979. (Eng).
3. *Schaffer, A.; J. M. E. Avery*: Enfermedades del recién nacido. 3ra ed., Barcelona, Ed. Salvat, 1975. Pp. 549-553.
4. *Dhall, D. P. et al.*: Problems of resistant trombolysis and early recurrent. Thrombosis in streptokinase therapy. *Surg Gynecol Obstet* 146(15): Jan., 1978.
5. *Nabseth Donald, C.; J. Jones*: Gangrene of the lower extremities of infant after femoral venipuncture. *N Engl J Med* 268(18): 1003-1004, May., 1963.

Recibido: 17 de octubre de 1985. Aprobado: 20 de julio de 1986.

Dr. *Rubén Moro*. Avenida Libertadores No. 19 entre Real y Danielito. Santa Clara, Villa Clara.