



Universidad
Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ANÁLISIS DE UN CASO MÉDICO LEGAL: SÍNDROME DE DESFILADERO TORÁCICO CON POSIBLE MALA PRAXIS MÉDICA

**ANALYSIS OF A MEDICAL-LEGAL CASE:
THORACIC OUTLET SYNDROME WITH POSSIBLE MEDICAL
MALPRACTICE**

Autora

Bárbara Herrera Plou

Directora

Dra. Ana María Remacha Andrés

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza
Año 2022-2023

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	pág. 5
II.	MATERIAL Y MÉTODOS	pág. 7
III.	PRESENTACIÓN DEL CASO	pág. 8
IV.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	pág. 27
V.	CONCLUSIONES	pág. 40
VI.	BIBLIOGRAFÍA	pág. 43
VII.	ANEXOS	pág. 47

RESUMEN

Presentamos un caso médico legal muy actual en el que se interpuso una reclamación administrativa por parte de una paciente a su médico y al hospital en el que éste ejercía (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza) por posible mala praxis médica durante el tratamiento de su patología (síndrome del desfiladero torácico) y por el trato e información recibida posteriormente. Tras ser diagnosticada, la paciente se sometió a una operación vía transaxilar con el fin de resear la 1º costilla del lado afecto y así mejorar sus síntomas de compresión venosa a nivel de la salida torácica. El resultado fue muy distinto: se resecó la 2º costilla, sin solucionar su sintomatología y además, como consecuencia del acto quirúrgico, se objetivó una parálisis del plexo braquial postoperatoria, que no constaba entre los riesgos inherentes a la intervención.

Con este trabajo pretendemos analizar las situaciones que llevaron a la paciente a interponer una reclamación por Responsabilidad Patrimonial de la Administración (tanto al médico como contra el HUMS como hemos comentado anteriormente) así como valorar la importancia de seguir las mejores prácticas médicas en nuestro trabajo diario y hacer partícipe al paciente en su proceso asistencial (derecho a la información) con el fin de reducir este tipo de reclamaciones y mejorar la asistencia al paciente.

Este trabajo nos pareció una oportunidad excelente para poder ahondar en un tema de posible mala praxis médica actual (dado que se encuentra en proceso de tramitación) y que, además, es de nuestra propia ciudad y no algo lejano ni anecdotico.

Palabras clave: mala praxis, síndrome del desfiladero torácico, responsabilidad médica, proceso asistencial, derecho a la información, consentimiento informado.

ABSTRACT

We present a very current medical-legal case in which a patient filed an administrative complaint against her doctor and the hospital where he practised (Miguel Servet University Hospital in Zaragoza) for possible medical malpractice during the treatment of her pathology (thoracic gorge syndrome) and for the treatment and information received afterwards. After being diagnosed, our patient underwent surgery via transaxillary route in order to resect the 1st rib on the affected side and thus improve her symptoms of venous compression at the thoracic outlet. The result was very different: the 2nd rib was resected, without resolving her symptoms and furthermore, as a consequence of the surgical procedure, a post-operative brachial plexus palsy was observed, which was not included among the risks inherent to the operation.

The aim of this study is to analyse the situations that led the patient to file a claim for financial liability of the Administration (both the doctor and the Miguel Servet University Hospital, as mentioned above) and to assess the importance of following the best medical practices in our daily work and involving the patient in the care process (right to information) in order to reduce this type of claim and improve patient care.

This work seemed to us to be an excellent opportunity to delve into an issue of possible current medical malpractice (that it is being processed) and which, moreover, is from our own city and not something distant or anecdotal.

Key words: malpractice, thoracic outlet syndrome, medical liability, healthcare process right to information, informed consent.

ABREVIATURAS

- BOE Boletín Oficial del Estado
- CI Consentimiento Informado
- EMG Electromiograma
- HUMS Hospital Universitario Miguel Servet
- MSI Miembro Superior Izquierdo
- REA Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos
- RHB Rehabilitación
- SDT Síndrome del Desfiladero Torácico
- SDT-V Síndrome del Desfiladero Torácico Venoso

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos ante un caso médico-legal, en trámite actualmente, en el que la Dra. Remacha, directora de este trabajo, actúa como perito.

De noviembre de 2022 hasta mayo 2023 hemos seguido el caso de una paciente, intervenida a principios de 2022 de una resección de 1ª costilla izquierda por Síndrome de Desfiladero Torácico (en adelante, SDT) en el Hospital Universitario Miguel Servet (en adelante, HUMS) de Zaragoza.

La paciente fue diagnosticada de SDT de etiología venosa en 2021 tras varios episodios de cianosis, dolor e inflamación del miembro superior izquierdo. El proceso asistencial hasta el momento de la intervención siguió un curso normal, realizándose una fibrinolisis inicial con tromboaspiración y al constatarse de la no mejoría sintomatológica se procedieron a numerosas pruebas diagnósticas para confirmar el estado de la vena subclavia izquierda, comprometida a nivel de la salida torácica.

Es incluida en lista de espera quirúrgica a mediados de 2021 y operada a principios de 2022, tras haber firmado consentimiento informado (CI). El objetivo principal de dicha operación era la resección de la 1º costilla del lado izquierdo con el fin de liberar espacio a nivel de la salida torácica permitiendo así la descompresión de la vena subclavia a dicho nivel, causante de su sintomatología. En el informe de dicha intervención se constata por el Cirujano Torácico a cargo de la intervención la resección de dicho elemento utilizando una vía de abordaje transaxilar y en una práctica quirúrgica sin incidencias.

Al despertar de la intervención, se constata en la REA por un anestesista una hipoestesia con pérdida de fuerza en la totalidad del miembro superior izquierdo (el intervenido) que se comenta con el cirujano responsable, sin darse mayor importancia al hecho. Al alta, la paciente sigue sin poder movilizar ni sentir el brazo izquierdo y una vez en casa, se objetiva sintomatología como la inicial: cianosis, dolor, hinchazón del miembro izquierdo, constatándose que la operación no tuvo un resultado satisfactorio.

Durante una de las exacerbaciones de su clínica, la paciente decide ir a Urgencias del HUMS por no soportar más la sintomatología. Allí se realiza una radiografía de tórax donde de palabra uno de los médicos de Urgencias le comenta que sigue teniendo el primer arco costal izquierdo, pero le falta el segundo (no constando en el informe radiológico de dicha prueba). Cuando la paciente acude a las revisiones con el cirujano, éste sigue manteniendo que la intervención ha sido un éxito y que las consecuentes

parestesias del brazo no deberían existir, comenzando así un año de incertidumbre para la paciente sobre el estado de su miembro superior izquierdo y sobre lo que se realizó realmente en la operación a la que se sometió. Durante ese periodo, ha sido sometida a pruebas como: electromiografías, TAC y valoraciones por parte del servicio de Rehabilitación (RHB) donde se constata una pérdida de fuerza y balance muscular del miembro superior izquierdo con respecto al derecho así como una lesión de los nervios del mismo. Casi dos años después del diagnóstico, la paciente se siente desprotegida y abandonada por el servicio de Cirugía Torácica, que niega la lesión causada durante la operación y reafirma que el componente extirpado es la 1^a costilla izquierda. Ante estos hechos, sin poder ejercer su trabajo (fotógrafo de estudio para recién nacidos) y sin un apoyo por parte de los profesionales que le atendieron en la cirugía del SDT-V, la paciente se decide a interponer la reclamación de daños y perjuicios contra el profesional y el hospital.

El caso clínico ha sido seleccionado como estudio de una posible mala praxis médica que tuvo consecuencias para la paciente involucrada. A través de una descripción detallada de los hechos y circunstancias (a los que hemos podido tener acceso a través de más de 50 informes médicos) así como una revisión bibliográfica actual de la patología descrita (clínica, etiología, diagnóstico, tratamientos, vías de abordaje, complicaciones post-operatorias, secuelas, evolución tras tratamiento)... se presentará un análisis de los posibles errores cometidos, las implicaciones asociadas a los mismos y con todos los datos expuestos, elaboraremos nuestra conclusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se han utilizado plataformas bibliográficas como PubMed, Alcorze o Google Académico, así como de páginas web de organismos oficiales, principalmente el Boletín Oficial del Estado (BOE) y de más de 50 informes hospitalarios de la paciente sobre la que relata el caso.

Los términos clave utilizados para la búsqueda fueron: “síndrome de desfiladero torácico”, “síndrome del estrecho torácico”, “síndrome de desfiladero torácico venoso”, “síndrome del opérculo torácico” así como sus acepciones en lengua inglesa: “thoracic outlet syndrome”, “venous thoracic outlet syndrome”. La búsqueda de información se realizó entre diciembre de 2022 y enero 2023.

En la elaboración de la bibliografía se ha utilizado la aplicación web de *Mendeley* y citado según las normas Vancouver.

La principal limitación de dicha revisión es la relativa escasez de fuentes nacionales que tratasen el tema propuesto debido a la infrecuencia de la patología, sobre todo en la etiología de la misma, siendo necesario recurrir a publicaciones Sudamericanas y Africanas donde sí existe mayor amplitud de estudios del tema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Con fecha de febrero de 2022 se interpone una reclamación ante una petición de daños y perjuicios por los daños causados a la paciente “X” debido a una intervención quirúrgica realizada para la resección de la 1^a costilla izquierda por SDT-V a cargo de un servicio perteneciente al HUMS de Zaragoza.

Procederemos a exponer el caso, de comienzo a fin, y posteriormente, realizaremos análisis exhaustivo del caso, con una amplia revisión bibliográfica: qué sucesos han motivado la reclamación por parte de la paciente así como la actitud de todas las partes implicadas en este proceso asistencial.

Antecedentes previos a la intervención quirúrgica

A comienzos de 2020, la paciente comienza a percibir en sus actividades cotidianas dolores en el antebrazo izquierdo; siendo un momento de recuerdo que, mientras se lavaba el pelo (con la consiguiente elevación de las extremidades) percibe un dolor profundo en antebrazo izquierdo que no solo no desapareció sino que aumentó hasta el punto de adquirir además una coloración morada/azulada e inflamación desde las uñas de la mano hasta el hombro. En vista de lo anterior, se dirige a Urgencias del HUMS donde se le diagnostica de rotura de fibras en extremidad superior izquierda siendo remitida al servicio de Traumatología tras prescribir tratamiento antiinflamatorio (dexketoprofeno), vendaje compresivo y tratamiento tópico (Trombocid).

A la mañana siguiente, persistiendo todavía el dolor, acude de nuevo al hospital donde el facultativo que la atiende comenta que puede existir un trombo, confirmado en la analítica realizada y remitida a Urgencias. El 7 de enero de 2020, la paciente fue atendida en Urgencias por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular, quien confirma la existencia de una trombosis axilar subclavia izquierda mediante ecografía, pautando tratamiento anticoagulante (7500 UI de bemiparina s.c), así como la **necesidad de realizar intervención quirúrgica** para la extracción del trombo (tratamiento fibrinolítico), citándola para el día siguiente para que sus compañeros especialistas pudieran realizar dicha intervención.

El día 8 de enero de 2020 la paciente acude a Urgencias del hospital para ser intervenida mediante tratamiento fibrinolítico por su de trombosis venosa axilo-subclavia izquierda, ingresando en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular previa firma del

Consentimiento Informado (en adelante, CI). Se practica en dicha intervención una tromboaspiración y fibrinolisis del miembro superior izquierdo (en adelante, MSI) desde abordaje venoso en brazo izquierdo, se realiza flebografía visualizando trombosis de vena axilar subclavia izquierda así como de vena basílica, realizándose aspiración con catéter, obteniendo importante contenido trombolítico con recanalización de la vena, pero persistiendo todavía restos trombóticos en todo su trayecto, realizando otras actuaciones sin complicaciones para solucionar, quedando la paciente estable.

Anexo 1. Informe de Urgencias con fecha de 08/01/2020.

Datos del proceso asistencial

Exploración: FIBRINOLISIS LOCAL DEL TERRITORIO Lateralidad: No Aplica. Fecha de exploración: 08/01/2020 11:44 DE LA CAVA.

Información Clínica:

Descripción de la(s) exploración(es):

TROMBOASPIRACIÓN Y FIBRINOLISIS DE MSI.

Hallazgos:

Firma de consentimiento informado.

Desde abordaje venoso en brazo izquierdo se realiza flebografía visualizando trombosis de vena axilo-subclavia izquierda así como de vena basílica.

Se procede inicialmente a maniobras de tromboaspiración con catéter Neuron MAX 6F y ACE 68, empleando guía de 0,14. SE obtiene importante contenido trombótico con recanalización de la vena pero persistiendo todavía restos trombóticos en todo su trayecto.

SE decide colocar catéter de infusión McNamara que cubre correctamente toda la lesión y se administra 250000 u de UK en bolo.

La paciente se encuentra estable y no se producen complicaciones durante el procedimiento.

Se realizará nuevo control en 24 horas.

Diagnóstico:

Recomendaciones:

Informe del procedimiento de fibrinolisis local, fechado del 8 de enero de 2020.

Se realiza el control de la fibrinolisis al día siguiente (9 de enero de 2020) donde se verifica el mantenimiento de restos trombóticos a nivel de la vena basílica y continúan con valoraciones analíticas para el control de hemostasia y coagulación. El 10 de enero se realiza nuevo control bajo fluoroscopia y se realiza flebografía desde el catéter de fibrinolisis tipo McNamara. Tras su retirada se comprueba la total recanalización del eje venoso axilo-subclavio izquierdo sin presencia de trombosis residual, si bien en la realización de maniobras de elevación y abducción del miembro superior izquierdo (en adelante, MSI), se identifica una disminución del calibre de la vena subclavia izquierda, siendo estos hallazgos sugestivos de disminución del espacio costoclavicular ipsilateral, retirándose el catéter de fibrinolisis con el diagnóstico de “*recanalización del eje venoso axilo-subclavio izquierdo*” tras tromboaspiración y fibrinolisis.

Anexo 2. Informe de resultados de pruebas de imagen del Servicio de Radiodiagnóstico del 10 de enero de 2020.

En el informe clínico de Alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del 11 de enero de 2020 figura:

- El inicio de tratamiento fibrinolítico con buena evolución y tras 48 horas del mismo, se consigue lisis completa del trombo.
- En las maniobras de elevación del brazo izquierdo se aprecia pinzamiento parcial de vena subclavia izquierda en el desfiladero torácico, siendo el diagnóstico principal de: trombosis axilo-subclavia izquierda y llevándose a cabo la tromboaspiración más fibrinólisis local de trombosis venosa axilo-subclavia izquierda
- El tratamiento al alta fue HIBOR 7500 Unidades/ 24 h s.c durante un mes y posterior reevaluación en consultas de Cirugía Vascular para ver si hay que continuar con anticoagulación oral dando como recomendación evitar la elevación del MSI de forma continuada.

Anexo 3. Informe Clínico de Alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular a fecha del 11/01/2020.

El 12 de enero de 2020, tras una realización de Ecografía Doppler venosa por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular, se observa en la paciente la permeabilidad del sistema venoso profundo y superficial de MSI, refiriendo la paciente molestias en pared torácica sin presentar tromboflebitis. El plan ambulatorio se basa en Sintrom (acenocumarol) y revisión en 6 meses con TAC torácico y de MSI “por descartar desfiladero”.

Tal y como consta en el plan ambulatorio, el 25 de agosto de 2020 (más de 6 meses después) la paciente se realiza TAC de aorta y TAC torácico-abdominal, siendo los resultados:

Datos del proceso asistencial			
Exploración:	TC TORACO-ABDOMINAL CON CONTRASTE.	Lateralidad:	No Aplica. Fecha de exploración: 25/08/2020 18:50
Información Clínica:			
Descripción de la(s) exploración(es):			
Hallazgos:			
Pese a que el estudio vascular realizado en fase arterial y en fase venosa tanto en reposo como durante las maniobras de provocación resultan compatibles con síndrome del desfiladero torácico; no se identifican masas de partes blandas ni a una asimetría en la disposición de la caja torácica ni en la primera costilla izquierda que pudieran condicionar una compresión extrínseca de la vena subclavia izquierda a su paso por el espacio costoclavicular.			

Con el fin de completar el estudio para el diagnóstico de sospecha (SDT), se realiza a la paciente un estudio neurofisiológico, encontrándose dentro de los límites de la normalidad en los nervios y segmentos explorados de extremidades superiores (se exploran los nervios: radial superficial, mediano y cubital bilaterales).

Con los estudios completos, la paciente es derivada al Servicio de Cirugía Torácica

Datos del proceso asistencial

Exploración: TC AORTA.

Lateralidad: No Aplica. Fecha de exploración: 25/08/2020 18:50

Información Clínica:

TVP axilosubclavia izquierda por posible síndrome del desfiladero torácico. -

Descripción de la(s) exploración(es):

Se realiza se TAC de el eje axilosubclavio bilateral en reposo en fase arterial y venosa y con maniobras de provocación.

Conclusión:

Compresión dinámica de ambas arterias subclavias en el espacio costoclavicular con obstrucción completa de la derecha y reducción de un 40% del diámetro de la izquierda al realizar maniobras posturales.

No se observan anomalías óseas en el desfiladero cervicotorácico, supraaorticos.

En la fase venosa del estudio realizado en reposo, con las EESS ambos lados de la caja torácica, se observa: permeabilidad de ambos ejes subclavio-axilo-humerales, sin signos de trombosis residuales en el eje venoso izquierdo. La amplitud de la vena subclavia izquierda, resulta en reposo simétrica respecto la contralateral, con un diámetro transverso de 7.5 mm a su paso por el espacio costoclavicular.

En el estudio realizado en fase venosa, durante las maniobras de provocación (elevación de ambas EESS), se objetiva: permeabilidad de ambos ejes venosos axilo-subclavios bilaterales, sin signos de trombosis residuales. Llama la atención, la disminución del diámetro de la vena subclavia izquierda a su paso por el espacio costoclavicular, respecto al estudio en reposo, y con un afilamiento significativo respecto a la vena subclavia contralateral (vена subclavia izquierda de 4,8 mm y vena subclavia derecha, 8,4 mm). Hallazgos compatibles con síndrome del desfiladero.

Adequada permeabilidad y calibre de la vena humeral y de las venas del antebrazo.

Diagnóstico:

Disminución del diámetro transverso de la vena subclavia izquierda a su paso por el espacio costoclavicular izquierdo durante las maniobras de provocación (4,8 mm) respecto a la vena subclavia derecha (8,4 mm).

Significativa disminución de su diámetro transverso respecto al estudio realizado en reposo (diámetro de 7,5 mm).

Hallazgos compatibles con síndrome del desfiladero torácico.

del mismo hospital donde el profesional médico asignado a la paciente solicita un TAC de tórax y de arterias supraaórticas peticionado como: “*SDT bilateral con afectación importante vascular y neurogénica de miembro superior izquierdo cronificado; dolor de larga evaluación y cierto grado de impotencia funcional en miembros superiores*”. Esta prueba se realiza el 5 de abril de 2021 con el resultado de:

Sumado a este TAC, se realiza analítica completa donde se siguen objetivando alteraciones de la coagulación:

<u>Sección de Hemostasia</u>		Dr. Pedro Latorre Marcellán		
Resultados informados por:		Dr. Latorre, Dra. Menéndez		
<u>Estudio básico Coagulación</u>				
Responsables de sección:				
INR	1.93		0.80 - 1.20	*
Tiempo de Cefalina (TTP)	32.8	seg	22.7 - 34.1	
Ratio TTPA	1.15		0.80 - 1.20	
Tiempo de Protrombina	22.10	seg	9.50 - 14.30	*
Actividad de Protrombina	42	%	80 - 120	*
Fibrinógeno Derivado	4.7	g/L	2.0 - 4.0	*

Desde servicio de Angiología y Cirugía Vascular se emite informe de fecha 15 de abril del 2021, en el que se indica: “*valorada por Cirugía Torácica que indica cirugía de resección de primera costilla bilateral; en angioTAC se objetiva oclusión completa con maniobras posturales de la arteria subclavia izquierda y disminución de un 40% del diámetro de arteria subclavia derecha; Pendiente de cirugía en enero*”. A raíz de la propuesta por parte del Servicio de Cirugía Torácica, la paciente firma el 30 de septiembre de 2021 los documentos:

- CI para resección de la Primera costilla y/o Costilla Cervical por el servicio de Cirugía Torácica,
- CI para TAC con o sin contraste yodado intravenoso,
- CI de Técnicas Anestésicas para resección de costilla cervical.

DECLARACIONES Y FIRMAS	
Don/doña: [REDACTED]	Fecha de nacimiento: [REDACTED]
Nº Historia: [REDACTED]	
Afiliación: [REDACTED]	
Domicilio: [REDACTED]	
Teléfono: [REDACTED]	
<p>Declaro: Que el Dr./Dra.: [REDACTED] (nombre y apellidos del facultativo que proporciona la información) me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar Resección-Reparación de la primera costilla y/o costilla cervical, y se me ha explicado y he aceptado y comprendido la información que se me ha dado. El facultativo que me ha atendido es quien me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta.</p> <p>He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.</p> <p>Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.</p> <p>En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me realice la intervención que me ha sido explicada anteriormente.</p>	
En Zaragoza, a 30 de 9 de 21	
Firma del paciente: [REDACTED]	Firma del médico: [REDACTED]

Consentimiento Informado

Resección de la Primera Costilla y/o Costilla Cervical

1.- La extirpación de la primera costilla (costilla cervical) se realiza para ampliar el espacio de salida desde el interior del tórax hacia los miembros superiores de las arterias, venas y nervios, evitando así la compresión de las mismas.

Mediante este procedimiento, se pretende curar o mejorar los síntomas que tengo en las extremidades superiores.

2.- El médico me informa de que el procedimiento requiere el uso de anestesia general y de que es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los Servicios de Hematología y Anestesiología.

3 - Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos:

Riesgos frecuentes y menos graves: Infección superficial de las heridas, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural. Otras complicaciones pueden aparecer por lesión de nervios y vasos situados en la vecindad de la costilla. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- También me ha indicado la obligación de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

5.- La realización del procedimiento puede ser fotografiada o filmada con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario; salvaguardando siempre mi identidad.

Anexo 4. Informe de CI de Técnicas Anestésicas con fecha 30/09/2021.

Anexo 5. Informe de CI de Tomografía Computarizada con o sin contraste yodado intravenoso con fecha 30/09/2021.

Ese mismo día, 30 de septiembre de 2021, la paciente firma el registro de Demanda Quirúrgica con el diagnóstico de Síndrome del Desfiladero Cervico/Torácico bilateral con procedimiento quirúrgico de: *Cirugía del MSI llevada a cabo por el especialista en cuestión.*

Anexo 6. Informe de registro de demanda quirúrgica con fecha de 30/09/2021 por el servicio de Cirugía Torácica.

Días después, el 28 de octubre de 2021, se realiza el TAC que informa de lo siguiente: *en posición neutra: ejes arteriales axilo-subclavios permeables y de calibre conservado. Con maniobras posturales, se observa obstrucción completa de la arteria subclavia izquierda en el espacio costo clavicular y estenosis severa del diámetro de la arteria subclavia derecha (en torno a un 70%) en el espacio costoclavicular; colapso de las venas subclavias en ambos espacios costoclaviculares tras maniobra dinámica, con reflujo del contraste inyectado desde la extremidad superior derecha; no se evidencian megaapófisis transversas, costillas cervicales ni otras anomalías óseas en desfiladero torácico como causa de la compresión.*

Asimismo, se realiza una analítica que confirma la existencia de alteraciones de coagulación.

Y finalmente, se realiza listado de Verificación de Seguridad Preoperatoria con reserva de sangre, comprobación de alergias (nitrilo, esparadrapo y penicilinas) y otros ítems antes de la cirugía programada para el 07/02/2022.

Dicho día, la paciente ingresa para la intervención quirúrgica programada por SDT para resección de la 1^a costilla izquierda (valorada y diagnosticada en consultas externas de Cirugía Torácica, quien recomienda cirugía) y vuelve a firmar el CI para Cirugía Torácica que ya había firmado el 30/09/2021. Ese mismo día es dada de alta por el mismo servicio sin ser intervenida por falta de tiempo quirúrgico, dándose como tratamiento ambulatorio bemiparina 7500c/24h y habiéndose administrado el día previo a la cirugía HIBOR 3500 (bemiparina sódica).

Definitivamente el 20/02/2022 la paciente ingresa en el hospital para intervención programada de resección de la 1^a costilla izquierda a cargo del Servicio de Cirugía Torácica. Entre los antecedentes de la hoja de ingreso encontramos:

- Síndrome ansioso depresivo
- Discopatías C5-C6 y C4-C5;
- Trombosis axilosubclavia izquierda en 2020.

Como antecedentes quirúrgicos tenemos:

- Quiste hemorrágico endometriósico con laparotomía para ooforectomía anexial izquierda (19 de diciembre del 2005)
- Tromboaspiración + Fibrinólisis local de trombosis venosa axilosubclavia izquierda.

La paciente es intervenida el 21/02/2022 con el objetivo de resección de la 1^a costilla izquierda por SDT a cargo del servicio de Cirugía Torácica. Según documental, con anestesia general, se inicia cirugía con una **duración de 180 minutos**, empleando la posición empleada para la cirugía es en decúbito lateral derecho con el brazo izquierdo en aducción y elevación; la **vía de acceso es transaxilar**, realizándose una incisión axilar intermuscular (entre dorsal ancho y pectoral) localizándose el paquete vasculonervioso y la 1^a costilla izquierda; **se realiza liberación perióstica de la 1^a costilla con resección parcial de la misma**; apertura mínima de pleura parietal; se revisa hemostasia, el lecho quirúrgico y se cierra por planos; la piel se sutura con sutura intradérmica.

No hay fotografía ni vídeos de la cirugía; sí hay anatomía patológica y no hay bacteriología.

Protocolo Quirúrgico

Edad: 34 años.

Diagnóstico: SP DE DESFILADERO.

Procedimiento: RESECCION PARCIAL 1^a COSTILLA IZQUIERDA.

Cirujano principal: [REDACTED]

Anestesista principal: [REDACTED]

Cirujanos ayudantes: [REDACTED]

Tipo de Anestesia: GENERAL

Duración de la intervención: 180 minutos.

Posición: Decúbito lateral derecho con brazo izquierdo en aducción y elevación.

Vías de acceso: Incisión axilar intermuscular (Entre dorsal ancho y pectoral).

Hallazgos: Localización de paquete vasculonervioso y 1^º costilla izquierda.

Técnica:

- Disección de planos axilares con visualización de paquete vascular y nervioso hasta llegar a 1^º costilla izquierda
 - Liberación periostica de 1 costilla con resección parcial de la misma.
 - Apertura mínima de pleura parietal
 - Se revisa hemostasia, flosséal en lecho quirúrgico.
 - Cierre habitual por planos, piel con sutura intradérmica.
- Procedimiento sin complicaciones. La paciente pasa extubada a la REA.

Fotografía/Video: NO. **A. Patológica:** SI. **Bacteriología:** NO

Zaragoza, 21/02/2022

Fdo Dr/a. [REDACTED]
Médico Residente

Fdo Dr/a. [REDACTED]
MEDICO ADJUNTO CIR TORACICA
Colegiado nº [REDACTED]

En este Informe de Protocolo Quirúrgico se indica que el **procedimiento se realizó sin complicaciones**, pasando la paciente extubada a la Sala de Reanimación (REA). Sin embargo, en la Hoja Evolutiva de la Sala de Reanimación se constatan los siguientes comentarios por parte de los profesionales que atendieron allí a la paciente: “*paciente que ingresa en la Unidad de Reanimación procedente del quirófano tras ser intervenida de resección parcial de la 1^a costilla izquierda por SDT bajo anestesia general sin incidencias intraoperatorias; se extuba en quirófano tras lo cual se evidencia DISMINUCIÓN DE FUERZA EN MSI ASÍ COMO HIPOSENSIBILIDAD Y SENSACIÓN DE HORMIGUEO; Se avisa al cirujano responsable. En la exploración neurológica presenta: disminución de fuerza en MSI más marcada a nivel proximal; refiere disminución de la sensibilidad a este nivel con sensación de hormigueo; localiza el tacto; No otra focalidad neurológica aparente; se solicita analítica de sangre completa y radiografía de tórax; a las 19:00 h: MSI con parestesia; fuerza conservada (aprieta la*

mano pero es incapaz de sostener el antebrazo y el brazo levantados); a las 23:00 h: MSI con más movilidad; levanta algo el antebrazo; el 22/02/22 a las 9:00 h de la mañana: en la exploración del brazo izquierdo: se palpan los pulsos distales; sólo moviliza los dedos de la mano izquierda; imposibilidad de levantar el brazo; Comunicado a Cirugía Torácica y valorado con el Dr. X; se mantiene el corticoide 8 miligramos cada 8 horas y se decide paso a planta”.

EVOLUTIVO en REANIMACION

Nº de hoja 1

Edad: 34.

Sexo: Mujer.

CAMA - 7

Procedimiento quirúrgico: RESEC. 1^a COSTILLA

Antecedentes Personales: AP: S d. ansioso- depresivo. Trombosis axilo-subclavia izquierda 2020. Discopatías C5-C6 y C4-C5. IQ; Quiste hemorrágico endometriósico. Laparotomía: ooforectomía anexial izquierda (19/12/05), Tromboaspiración + Fibrinolisis local de trombosis venosa axilosubclavia izquierda. TTO actual: Sintrom y vit D

Tratamiento habitual:

Paciente programado para ingreso en Reanimación.

Hora de Ingreso en Rea: 08:47.

Evolución y Estado al Ingreso

TA: 137/70. FC: 105. SpO₂: 100. Con O₂: 2 lpm.

Intubado: NO. V.P.: SI. V.C.: NO. TA cruenta: SI. C. Epidural: NO.

Sonda vesical: NO. SNG: NO. Drenajes: NO.

Fecha, Hora y Firma	Comentario
	<p>Paciente que ingresa en la Unidad de Reanimación, procedente del quirófano, tras ser intervenido de resección parcial de primera costilla izda por Sd de desfiladero bajo anestesia general, sin incidencias intraoperatorias. Se extubó en quirófano tras lo cual se evidencia disminución de Fuerza en ESI así como hiposensibilidad y sensación de hormigueo. Se avisa a cirujano responsable. El paciente llega extubado, consciente y orientado. Sin dolor. Portador de vía arterial radial dcha.</p> <p>A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, con TA 135/70mmHg, y FC 105 lpm, sin necesidad de apoyo farmacológico.</p> <p>SatO₂ 99% con O₂ en gafas nasales.</p> <p>No portador de SV.</p> <p>No portadora de drenaje</p> <p>Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AC: Rs Cs Rs, no auscultó soplos. • AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. • Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo presente. • Zona de herida quirúrgica: no signos de sangrado activo, ni hematoma. No edema.

Véase como a pesar de que, según se indica en los Informes se comunicó a Cirugía Torácica, en concreto al cirujano responsable en ningún momento se comunica a la paciente por parte del principal autor de los daños una posible lesión del plexo braquial ni de forma verbal ni escrita puesto que en todos los Informes de Cirugía Torácica se indica que la cirugía ha cursado sin complicaciones.

Esta actitud revela, ya no opacidad o falta de atenciones informativas, sino una absoluta carencia de preocupación por la identificación, cuantificación y tratamiento de la lesión causada a la paciente. Siendo evidente que la paciente presenta, inmediatamente tras la cirugía una limitación de la movilidad en MSI (el mismo día de la intervención, 21/02/2022), y se realiza Hoja de Consulta del servicio de Cirugía Torácica al servicio de Rehabilitación para valoración de inicio de Fisioterapia.

Estando ingresada, según informe médico del servicio de Neurofisiología Clínica: “*se le realiza estudio neurofisiológico el 25/02/2022 por debilidad/paresia proximal de MSI (sobre todo separación y flexión del brazo) tras Cirugía del día 21/02/2022 de 1ª costilla izq por SDT; presenta además hipoestesia del 1º dedo de la mano izquierda y en menor grado de 2º y 3º dedo, concluyendo este estudio: “estudio poco valorable, actualmente, para determinación de degeneración axonal, ya que se ha realizado precozmente (4 días desde la noxa); No obstante, la distribución de la debilidad electromiográfica (EMG) y clínica, junto con la hipoestesia en los tres primeros dedos (predominio en el primero) sugiere una afectación del PLEXO BRAQUIAL IZQUIERDO con predominio del TRONCO SUPERIOR DEL MISMO; control evolutivo transcurrido 1 mes para valorar si se produce degeneración axonal.*

Anexo 7. Informe de neurofisiología clínica del 25/02/2022.

El 26/02/2022, es dada de alta a domicilio por el servicio de Cirugía Torácica, concretamente por el cirujano que le intervino y quien firma informe de alta con el diagnóstico principal de: SDT bilateral, indicando como procedimiento el 21/02/2022: RESECCIÓN PARCIAL ARCO 1^a, con tratamiento y con la recomendación de acudir a consultas externas de Cirugía Torácica el día 17/03/2022 (previamente debe realizarse Radiografía de Tórax). Sin embargo, el cirujano comunicó a la paciente que no había podido quitar la primera costilla y que le había quitado un trozo de la segunda a ver si con eso se solucionaba la compresión; que se había complicado la cirugía y no había

podido acceder a la 1^a costilla; no comunicando nada más; y mucho menos aún algo relacionado con la lesión en el plexo braquial ni ninguna otra explicación.

Sin embargo, curiosamente, de manera oficial no se refleja la realidad de las cosas, ya que, en todos los informes aportados, se indica: resección de 1^a costilla, resección parcial arco 1^a costilla, siendo obvia la trascendencia de que la documentación médica oficial sea veraz, ya sea para la toma correcta de futuras decisiones, para conocer algo tan importante como el estado de salud de uno mismo, o incluso para la interposición de justas reclamaciones como la que nos ocupa. A pesar del comentario recibido, en el Informe de Alta se sostiene, que se ha retirado parcialmente la primera costilla y no la segunda como se le había indicado verbalmente.

En la consulta del 17/03/2022 el médico que la intervino le expresa que “*que la radiografía está bien, y que espera que se mueva su brazo*”. Asimismo, doctor se sorprende al ver a la paciente entrar con el cabestrillo diciendo “*¿pero aún llevas cabestrillo?, ya esperaba que movieras el brazo*”. Y nunca más volvió a ver al responsable de la intervención quirúrgica.

Tras la cirugía y como ya se ha comentado anteriormente, se realizó una consulta al servicio de Rehabilitación que verá a la paciente. En los informes de esta unidad se indica:

INGRESO: IQ el 21/2/22 de resección parcial de 1º costilla izquierda
Presenta desde la IQ alteración de la sensibilidad y movilidad de predominio proximal de MSI.
A la exploración, presenta BM deltoides 1/5, biceps 2/5, triceps 4/5, flexores dorsales 4/5, flexores palmares 4/5, extensores de dedos 4/5: flexores dedos 4/5, abd dedos 4/5.
Sensibilidad: Hipoalgesia e hipoestesia en territorio C6-C7. BA pasivo: flexión y abd de hombro hasta 90° (si >: dolor). BA pasivo codo, muñeca y dedos: completo. Reflejos abolidos a nivel bicipital y tricipital. estilaradial 1/4. Reflejos algo exaltados en Msup derecho
ID: lesión de plexo braquial de predominio tronco superior (pendiente de ENG)
Plan: damos pautas a la paciente. Iniciamos tratamiento RHB durante el ingreso (Fisioterapia + TO)

3 MESES DE EVOLUCIÓN

Exploración:

BM deltoideas 1/5, biceps 1/5, triceps 4+/5, flexores dorsales 4+/5, flexores palmares 4+/5, extensores de dedos 4+/5: flexores dedos 4+/5, abd dedos 4+/5. Sensibilidad: Hipoalgesia e hipoestesia en territorio C6-C7. BA pasivo: flexion y abd de hombro hasta 100° (si >: dolor). BA pasivo codo, muñeca y dedos:completo. Reflejos abolidos a nivel bicipital y tricipital. estilaradial 1/4. Reflejos algo exaltados en Msup derecho Atrofia de deltoideas I. Edema a nivel de brazo distal (1cm de diferencia en circometría)

Plan:

Seguimos tto de FT, TO. Añado electroestimulación a nivel de deltoides y biceps braquial

I

Solicito est. neurofisiológico.

Como se puede leer en el informe, el balance muscular de la paciente era prácticamente nulo y no progresaba de manera adecuada en la revisión 3 meses después, creyendo conveniente la especialista pautar electroterapia para intentar que el bíceps cogiera tono. Según indica la propia paciente, lejos de mejorar, la clínica cada vez iba a peor, la extremidad le dolía cada vez más y estaba más cianótica, hasta el punto de tener que acudir a Urgencias el 21/05/2022.

Según dicho informe de Urgencias, la paciente acude refiriendo dolor, edema e inflamación del MSI así como oscurecimiento de la piel al bajar la extremidad. Según refiere la paciente, al explicarle a la doctora de Urgencias lo que le pasa, le comenta que no le había quitado un trozo de la 1^a costilla sino que había sido un trozo de la 2^a. La doctora insiste que en el informe está reflejado que se trata del primer arco costal y tras realizar Rx de tórax le confirma a la paciente: *“es verdad; te han cortado la 2^a costilla; sigues teniendo la primera”*. Sin embargo, en dicho informe de urgencias no se comentará nada ni de 1^a ni 2^a costilla e informándose dicha radiografía como ”sin alteraciones óseas de evolución aguda”. En ese mismo viaje a Urgencias, es vista por el servicio de Cirugía Vascular y Torácica de guardia, quienes le realizan un Eco-Doppler de la vena subclavia infraclavicular: permeable; yugular común: permeable; axilar y humeral con buen flujo; con la conclusión de: no sugestivo de nueva trombosis venosa profunda de MSI.

SERVICIO DE URGENCIAS [REDACTED]
FECHA DE INGRESO 21/05/2022 14:02

FECHA SOLICITUD ALTA 21/05/2022 22:05
Asistencia iniciada por Dr/Dra. [REDACTED]

Mujer de 35 años que acude por TRAUMATISMO DE HOMBRO, BRAZO SUPERIOR, NO ESPECIFICADO

ANTECEDENTES PERSONALES:

Datos Clínicos: Ansiedad y depresión ya sin tto actualmente.
IQ: quiste hemorragico en ovario izquierdo con extirpación ovario izq
Medicación Actual: ACO.
Alergias: penicilina, nitrilo y esparadrapo, níquel

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 35 años, con antecedente de síndrome de desfiladero torácico bilateral, y trombosis de vena axilar y subclavia izquierda (11/01/2020: IQ tromboaspiración + fibrinolisis local de trombosis venosa axilosubclavia izquierda). IQ el 21/2/22 de resección parcial de 1º costilla izquierda (2º costilla según refiere la paciente). Presenta desde la IQ alteración de la sensibilidad y movilidad de predominio proximal de MSI. En seguimiento por RHB con ID: Lesión de plexo braquial de predominio tronco superior (pendiente de ENG), vista por última vez el día 10/05/2022. Refiere inflamación en tercio medio de brazo izdo desde giro con rotación interna esta mañana (sin traumatismo) así como oscurecimiento de piel al bajar la extremidad. Acude con SLING. En tratamiento con SINTROM.

EXPLORACION GENERAL:

21/05/2022 14:11:14, Temperatura: 36,00 °C
ESI: Inflamación a nivel de tercio medio de brazo. Pulso radial presente y simétrico. No frialdad. BM deltoides 1/5, C6 1/5, C8 4/5, C7 4/5, C8 4/5.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

AS

- Bioquímica: todos parámetros dentro de normalidad
- Hemograma: todos parámetros dentro de normalidad
- Coagulación: todos parámetros dentro de normalidad (Dímero D 236)

HUMERO AP y TRANSTORACICA

Sin alteraciones óseas de evolución aguda

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS:

Pregabalina 25 VO

EVOLUCION :

Se comenta caso con C.TORÁCICA de guardia, que bajará a valorar a la paciente

ACV DRA [REDACTED] COLG [REDACTED] CIRUGIA VASCULAR Y TORACICA DE GUARDIA

Valoró a paciente intervenida de cirugía de resección de costilla por síndrome de desfiladero torácico. Consultan por edema de MII desde hoy en la mañana tras movimiento bursco.

EF Mano perfundida, radial edema de tercio medio de brazo y zona axilar endurecida (quites) mano perfundida. Brazo con dificultad a la exploración (mano ciada) dolorosa a la exploración y movilización

ECODOPPLER SVP vena subclavia infraclavicular permeable, yugular común permeable axilar y humeral con buen flujo. No sugestivo de nueva TVP MSI

PLAN

Paciente que no impresiona de edema agudo por TVP MSI, posiblemente secuela por TVP previa. No impresiona de clínica isquémica de la extremidad o compromiso agudo en el momento actual.

Por parte de vascular se recomienda tubilast vrs media de compresión normal (MARCA Medi o de ortopedia)

Se comentará con adjunto de cirugía toracica (Dr [REDACTED]) para revisión en CCEE de cirugía toracica.

Recibirá citación en CCEE de ACV para seguimiento (Dr [REDACTED], recibirá citación por correo o telefónica)

Valorar citación en RHB.

IDX No impresiona de nueva TVP

Por todo lo acaecido, la paciente no quiere volver a ser tratada por el servicio de Cirugía Torácica ni volver a operarse, ni del SDT bilateral que sigue teniendo ni del plexo braquial izquierdo lesionado a causa de la intervención quirúrgica; habiendo perdido la confianza en dicho servicio.

De modo particular, comienza a buscar información sobre su patología y descubre uno de los mejores cirujanos del mundo en intervenciones del plexo braquial y tetraplejia. Consigue contactar con dicho experto y citarse para el día 31/05/2022, confirmándole éste que tiene lesionado el plexo braquial izquierdo y debe intervenirse cuanto antes para que el plexo pueda regenerarse a través de su unión con microcirugía. La paciente está esperanzada, dado que según refiere, es la primera vez que les dicen que hay un daño en el plexo y que le explican lo que realmente sucede y le dan ánimos y razones por las que tener ganas de recuperar su brazo, aunque según el especialista, será una recuperación de mucho tiempo y mucha rehabilitación.

A la paciente se le propone como fecha de intervención el 01/07/2022 y en el informe preliminar de la consulta con el especialista dictamina:

El paciente epigrafiado ha sido intervenido de síndrome Aulet hace tres meses tras lo cual presenta una **parálisis de la extremidad superior intervenida**.

La exploración es compatible con un **déficit de las raíces cervicales C5 y C6 del plexo braquial**.

Según refiere la paciente se realiza una intervención por vía axilar con elevación mantenida de la extremidad durante varias horas que explicaría el origen de dicha lesión.

Asocia además hipoestesia en el territorio del nervio cutáneo medial del brazo y del antebrazo probablemente relacionados con la cirugía.

Tras la cirugía refiere que presentó dolor de características neuropáticos que ahora mejorado y que la parálisis era total.

Recomendamos reconstrucción nerviosa microquirúrgica para suplir los déficits de dicha lesión que incluirían: restaurar la elevación del hombro, la rotación externa del hombro así como la flexión del codo.

A modo de aclaración, en el informe se refleja el concepto Síndrome de Outlet, también denominado SDT, Síndrome del Estrecho Torácico o Síndrome del Opérculo Torácico; dependiendo del especialista, hospital y servicio el cómo nombrarlos, aunque siga siendo la misma patología.

Justifica que, la lesión de la paciente puede deberse al abordaje de la intervención, vía axilar, con elevación mantenida del MSI durante varias horas. Asocia además hipoestesia en el territorio del nervio cutáneo medial del brazo izquierdo y del antebrazo,

probablemente relacionados con la cirugía; tras la cirugía, refiere que presentó dolor de características neuropáticas que ahora ha mejorado y que la parálisis era total. Aconseja reconstrucción nerviosa microquirúrgica para suplir los déficits de la lesión: restaurar la elevación del hombro, rotación externa del hombro así como la flexión del codo.

El 02/06/2022 recibe una carta de citación con las especialidades de Cirugía Torácica y Cirugía Vascular, (no tenemos informes de ninguna de esas citas). En su cita con Cirugía Torácica no estaba el cirujano que la operó; en su lugar, y por primera vez, le atendió en consultas el otro doctor, quien no supo con qué palabras dirigirse y explicarle lo sucedido.

En su cita posterior con Cirugía Vascular se revisó la permeabilidad de la vena del brazo izquierdo; le indicaron que estaba todo bien, y que el brazo se ponía morado de la propia atrofia de los músculos.

La Dra. del servicio de Rehabilitación, había solicitado un estudio neurofisiológico de nuevo (indicado en su informe del 10/05/2022 y ya citado con anterioridad). El 16/06/2022 se realiza nuevo estudio neurofisiológico “*para estudio de plexopatía braquial izquierda tras cirugía el 21/02/2022 de costotomía cervical izquierda; debilidad de deltoides y bíceps*”.

En la electromiografía se aprecia denervación activa con reclutamientos muy deficitarios en músculos deltoides, bíceps, supraespino y pronador redondo izquierdos, estando el músculo tríceps izquierdo sin anomalías significativas. Concluyendo en la electromiografía: *Los hallazgos muestran axonotmesis del plexo braquial izquierdo a nivel de tronco superior, de evolución subaguda- crónica, con abundantes signos de degeneración axonal activa y severos déficits de reclutamiento; las escasas unidades motoras en musculatura proximal sugieren que ha iniciado el proceso de reinervación, en la actualidad.*

En el transcurso del verano de 2022 en todos los informes hasta la fecha se informaban como: “*Resección parcial de la primera costilla y/o Resección parcial arco Iº*”, y, por otro lado, el cirujano que la operó, a la salida del quirófano, le expresó “*no he podido acceder a la 1ª costilla; se ha complicado todo y no veía nada; te he quitado un trozo de la 2ª costilla a ver si con eso arreglábamos algo*”. Dada la situación, sin resolución de su patología e incluso con daños aumentados, la paciente acude a su Médico de Familia de Medicina Privada, quién le solicita una Radiografía de Tórax para verificar

qué costilla fue la reseccionada. Dicho informe expresa en sus conclusiones: “*Silueta cardio mediastínica de tamaño y morfologías conservadas; no se objetivan hallazgos pleuroparenquimatosos sugestivos de patología de evolución aguda. Resección parcial de la 2^a costilla izquierda*”.

La paciente se encuentra profundamente afectada y en una situación que nunca hubiera podido llegar a imaginar, no tiene resuelta su patología, puesto que no se le ha extirpado la primera costilla, con lo que no le han resuelto el SDT izquierdo. Debe seguir en tratamiento anticoagulante con Sintrom y además, le han causado una lesión del plexo braquial izquierdo, provocándole la parálisis de dicha extremidad y a consecuencia, la imposibilidad para elevar y abrir el brazo, solamente pudiendo mover la muñeca y los dedos.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, el día 1 de julio de 2022 es intervenida por el experto en plexo braquial. Dicho informe refleja:

Paciente: [REDACTED]

La paciente con lesión del plexo braquial relacionada con una cirugía por síndrome del estrecho cérvico-torácico en febrero de 2022.

El 1 de julio de 2022 se interviene quirúrgicamente realizándose una **transferencia del nervio accesorio del espinal al supraescapular a nivel de la escotadura escapular** utilizando una osteotomía semicircular de la clavícula al objetivarse una doble lesión.

Se asocia una **transferencia de fascículos del nervio ulnar al bíceps**.

Y una **transferencia de una rama del tríceps al nervio axilar y redondo menor**.

La paciente se encuentra en proceso de reinervación.

Seguirá controles en nuestro centro para determinar las secuelas finales.

La paciente además, cumplimentó la solicitud para que se rectificase su Historia Clínica en los informes posteriores a la cirugía de SDT de los servicios tanto de rehabilitación como de la REA como del servicio de Cirugía Torácica la: “*resección de la primera costilla por resección de la segunda costilla*” como así le indicó su cirujano después de dicha cirugía, siendo esta solicitud DESESTIMADA denegando la rectificación que la paciente solicitaba.

A modo de finalización de este proceso, comentaremos la situación actual de la paciente. Ésta sigue siendo valorada por los servicios de Cirugía Torácica y Angiología y Cirugía Vascular.

A la paciente le hubiera gustado conocer los detalles de la intervención quirúrgica en la que solo se produjeron daños, por otra parte, no informados, dado que sigue teniendo el SDT-V BILATERAL. Sin embargo, curiosamente, el cirujano responsable no aparece nunca en las visitas ni consultas, ni se ha dignado a ponerse en contacto con ella, a pesar del modus operandi opaco protagonizado y la pérdida de oportunidad y daños sufridos por la paciente.

Continúa con su rehabilitación todas las semanas y según refiere la paciente, le indicaron en Vascular (se carece de informe de esta consulta) que su vena subclavia está permeable; el brazo izquierdo al no poder elevarlo no tiene riesgo de trombo (por falta de movilidad); el brazo derecho si tiene riesgo de trombo pero le han pedido que no haga determinadas posturas para evitar un posible “aplastamiento” de la vena subclavia derecha.

En resumen, la paciente no ha revertido su situación inicial, se sigue despertando con ambos brazos dormidos (aunque ahora tras la cirugía de reconstrucción del plexo braquial ya sabe dónde está su brazo izquierdo y lo siente), presenta adormecimiento de los dedos con actividades (escribir a ordenador o trabajando) y puede durar hasta 1 hora. Teniendo la paciente la condición de autónoma, no puede permitirse estar más tiempo sin trabajar y a su vez, a duras penas puede ejercer su trabajo aún con ayudas complementarias.

Según refiere la paciente, el cirujano que le reconstruyó el plexo braquial está muy contento con los avances, que aún le queda mucho a todo pero que va a mejorar. En el Servicio de Cirugía Torácica le han comentado en varias ocasiones que habría que intervenir para extirpar la 1^a costilla izquierda (quedando entonces claro que saben que en la operación se extirpó la 2^a costilla y aun así no consta en ningún informe y que, actualmente, dicha operación no puede ser realizada por los profesionales de dicho hospital por sus dos antecedentes quirúrgicos en la zona).

La paciente no se quiere operar más con dicho servicio ni con ninguno que pertenezca al hospital; confiando únicamente en el experto que le operó el plexo braquial. El cual, refiere en su informe del 23/01/2023, que la cirugía de resección de la primera costilla, dados los antecedentes de las dos cirugías previas, presenta una mayor complejidad.

Con todo lo descrito con anterioridad, la paciente tocó un límite y se decidió a interponer una reclamación a los profesionales, servicios y al propio hospital, movida por una sensación de indefensión y frialdad por parte de los implicados, dejándola a su merced y sin ápice de búsqueda de solución o atender a razones. Visto el caso, se elabora un detallado Informe Pericial que analiza toda la situación y que procedemos a explicar ahora.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL CASO

Una vez desarrollado todo el proceso asistencial de la paciente, procedemos en este apartado a un análisis detallado del caso clínico seleccionado. Con el mismo pretendemos, a partir de una búsqueda bibliográfica actual, ampliar conocimientos sobre la patología que nos concierne, el SDT, así como poder identificar los factores y/o acontecimientos con recogidos en los informes médicos sobre qué situaciones/prácticas pueden suscitar a pensar que haya habido una mala praxis y por tanto, justifiquen la reclamación interpuesta por la paciente.

En primer lugar, haremos una pequeña introducción sobre la patología que nos concierne: se define SDT o Síndrome de Estrecho Torácico a la combinación de signos y síntomas que resultan de la compresión del haz neurovascular que atraviesa el espacio definido por la columna cervical, las costillas superiores y la clavícula, anatómicamente denominado como salida torácica. (1-3)

Dicho haz neurovascular a su vez se compone de 3 estructuras: vena subclavia, arteria subclavia y el plexo braquial, lo que nos diferencia las tres posibles etiologías del cuadro, dependiendo de cuál de estas estructuras se comprime tendremos: SDT arterial, SDT neurogénico y SDT venoso (4), siendo este último el diagnosticado a la paciente. Entre las causas más frecuentes que provocan la compresión encontramos: anomalías anatómicas (en su mayoría de causa congénita), procesos traumáticos y causas adquiridas/funcionales (normalmente debido a la realización de una actividad vigorosa y repetitiva en el tiempo). (3,5)

Si bien es cierto, esta patología es una afección poco común y en la mayoría de sus ocasiones se trata de una compresión de etiología neurogénica (95% de los casos) (6,7); siendo la etiología venosa inferior al 3% de frecuencia (8). Esta información es importante a la hora de valorar tanto el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento pues cada forma será de manejo distinto y no equiparable con los SDT de otras etiologías. (3,9)

Si recordamos de la exposición del caso clínico, la paciente comienza con un dolor profundo en antebrazo izquierdo que poco a poco se incrementó hasta el punto de adquirir una coloración morada/azulada e inflamación desde la mano hasta el hombro. La hinchazón, congestión venosa, cianosis, sensación de pesadez y dolor conforman la clínica fundamental asociada al SDT venoso, siendo posible apreciar un aumento de la extremidad afecta con respecto a la sana sumado a una exacerbación del dolor con

determinados movimientos de la misma (como puede ser la abducción del hombro) (1,5,10–13)

Con clínica compatible, a la paciente se le realizó Eco Doppler de miembro superior izquierdo, TAC torácico y de miembros superiores, estudio neurofisiológico y TAC aórtico para el diagnóstico y confirmación del SDT y como queda reflejado en los informes, se objetivó una disminución del diámetro de la vena subclavia a su paso por el espacio costoclavicular, sin observarse otro tipo de anomalías. No existe actualmente, un consenso entre expertos para el diagnóstico de esta patología, probablemente por lo infrecuente de la misma, quedando a decisión de cada médico la batería de pruebas a solicitar. (10,14) Bibliográficamente, se habla de la importancia de la realización de una buena historia clínica, exámenes físicos y pruebas complementarias radiológicas (1,15,16) a las cuales la paciente sí fue sometida. En la mayoría de los casos con la exploración y sintomatología ya deberíamos orientar el diagnóstico hacia SDT, sin embargo, no está de más comprobar mediante pruebas de imagen la compresión a través de Rx de Tórax, TAC y/o RMN ya que proporcionan un estudio detallado de la anatomía así como el nivel de la compresión. (1,9,14,17,18)

Con respecto al tratamiento, todos los SDT requieren de tratamiento activo para su resolución. En el caso del SDT venoso, el tratamiento de primera línea descrito es la terapia trombolítica seguida de la temprana descompresión de la estructura afectada (vena subclavia) (1). Independientemente del primer paso de fibrinolisis, lo fundamental de la terapia es la descompresión de la salida torácica (2) y es por lo que la paciente fue incluida en lista de espera quirúrgica tras confirmarse el diagnóstico de su patología. Para este tipo de patología, la descompresión de la salida torácica se basa en la exéresis del 1º arco costal o en su defecto, de un fragmento lo suficientemente amplio como para eliminar la compresión que genera sobre las estructuras, pudiéndose realizar de forma complementaria otro tipo de técnicas como: escalenotomía, retirar bandas fibróticas, etc con la finalidad de ampliar el espacio suficiente para que no se vuelva a producir la compresión. (1,2,12)

La paciente firmó el CI de cirugía del SDT con la finalidad de la resección de la 1ª costilla del lado izquierdo, practicándose la técnica mediante un abordaje transaxilar, elegido por el cirujano responsable de la intervención y que no se comentó con la paciente (ni queda reflejado en el CI). Aunque no existe consenso sobre el método quirúrgico de mayor rentabilidad (por falta de datos y lo infrecuente de la patología) la mayoría de los

algoritmos consultados y disponibles incluyen la resección de la primera costilla como el componente más importante de la descompresión quirúrgica de SDT venoso (2). Para esta operación se han descrito diferentes abordajes: transaxilar, infraclavicular o supraclavicular. (3,10) Se sabe que con cualquiera de estas 3 presentaciones se puede obtener una resolución completa de la patología pero no existe un claro predominio sobre cómo proceder en cada caso, dejándose en manos del cirujano la preferencia y según su experiencia propia en el tipo de vía a utilizar. (19–21)

Para comprender la vía de acceso de intervención y sus distintos tipos, debemos hacer un pequeño repaso de la anatomía que compone la salida torácica con el fin de identificar qué estructuras existen en la zona así como sus límites y posibles zonas de compresión del paquete neurovascular. La salida torácica comprende el espacio desde la fosa supraclavicular hasta la axila y las principales estructuras que la atraviesan son: el plexo braquial, la arteria subclavia y la vena subclavia. (22) Existen 3 espacios frecuentes (10,17) donde se puede producir la compresión (**figura 1 y 2**):

- El triángulo interescaleno es la zona más medial, limitado anteriormente por el músculo escaleno anterior y posteriormente por el músculo escaleno medio, siendo su límite inferior la primera costilla. Contiene los troncos del plexo braquial así como la arteria subclavia; la vena subclavia pasa anterior evitando este compartimento. En este espacio se suele dar la compresión como consecuencia de variantes anatómicas de los músculos escalenos, la presencia del músculo escaleno menor o anomalías óseas (23), fundamentalmente costales.
- El espacio costoclavicular presenta como límite superior el músculo subclavio anterior y la clavícula. La primera costilla y el músculo escaleno anterior forman los bordes inferior y posterior. Pasan a través de este compartimento las 3 estructuras del paquete neurovascular, siendo la compresión en la mayoría de los casos causa de variaciones anatómicas en el músculo subclavio.
- El último compartimento, y el más lateral, es el espacio subcoracoide/subpectoral menor limitado anteriormente por el músculo pectoral menor y las costillas de la 2^a a la 4^a como límite posterior. El techo está limitado por el proceso coracoides de la escápula. Este espacio es atravesado por el plexo braquial, la arteria axilar y la vena axilar, pudiendo quedar comprimidos por la fascia clavipectoral o el fascículo condrocoracoidal.

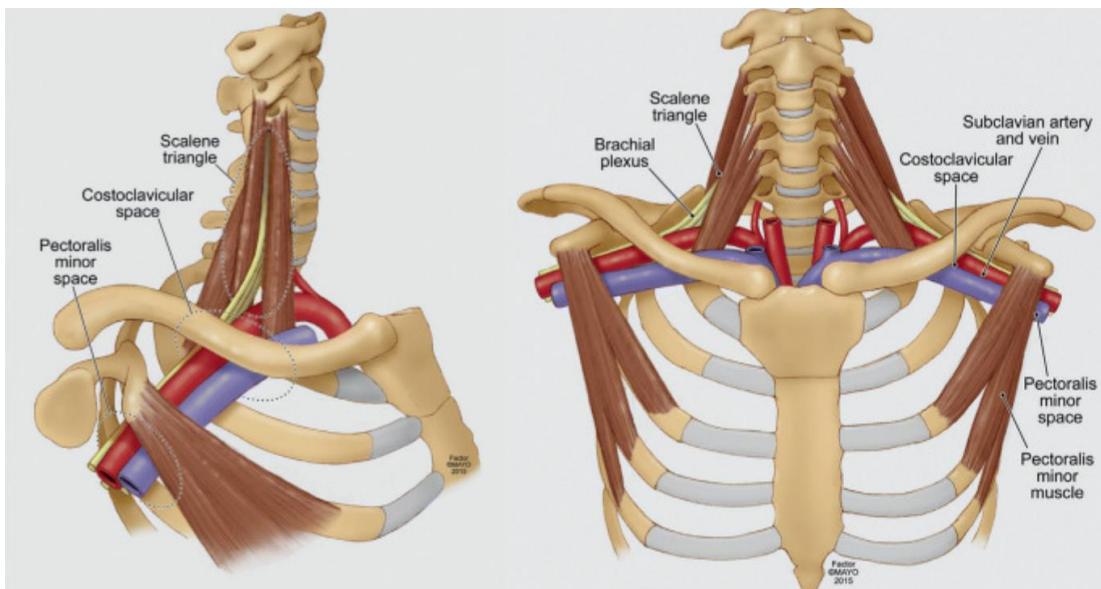


Figura 1. Ilustración anatómica de los componentes del desfiladero torácico (también denominado salida torácica).

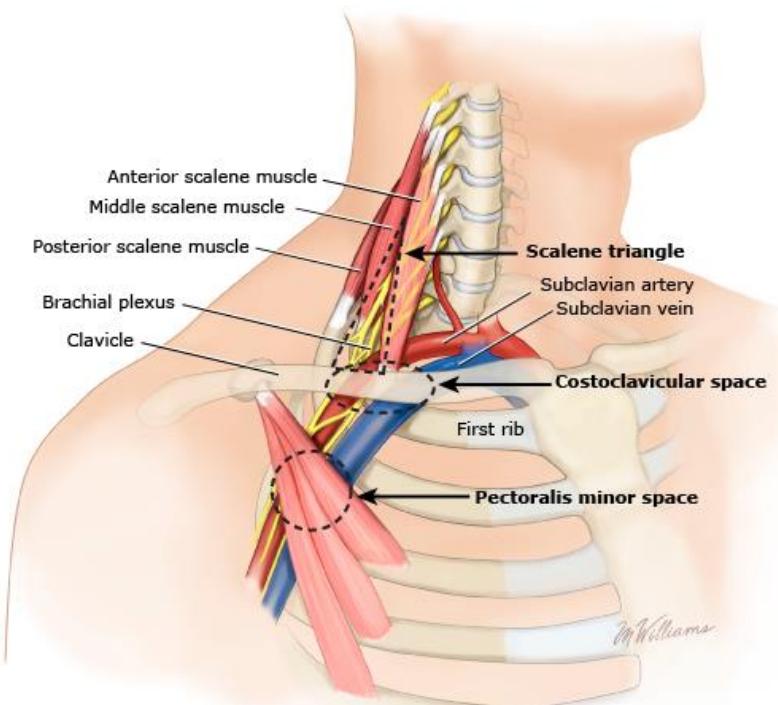


Figura 2. Ilustración anatómica con los 3 espacios más frecuentes de compresión neurovascular.

Con los espacios anatómicos bien definidos, nos damos cuenta de que existen diferentes zonas donde se hace más propensa la compresión de la vena subclavia y por tanto, que habrá algún abordaje más específico para el tratamiento de cada tipo de etiología. Como ya hemos comentado con anterioridad, al tratarse de una patología infrecuente no existe un consenso internacional sobre qué vía de abordaje se aplica a cada caso, dejándolo en función de la experiencia y preferencias del centro y cirujano responsable (19–21,24), sin embargo, hemos recopilado las preferencias y/o indicaciones de cada tipo de abordaje según las series de datos y estudios recientes (2015 a actualidad):

- Abordaje transaxilar. Si bien es el abordaje más ampliamente realizado según revisión, esto se debe a que es el tratamiento de elección en las etiologías de SDT neurógena y arterial (25) que son las formas más frecuentes. Este abordaje tiene ciertas limitaciones en la exposición de la vena subclavia, siendo necesario un refuerzo con venografía intraoperatoria para buenos resultados quirúrgicos según las series y que no siempre está disponible para su uso. (10,26)
- Abordaje supraclavicular. Proporciona una mejor exposición vascular y se ha asociado a excelentes resultados en múltiples estudios. (27) Esta técnica tiene también la ventaja de permitir al cirujano realizar maniobras de provocación intraoperatorias para identificar con mayor rapidez el sitio de compresión o bien determinar la eficacia de la descompresión. (26–28) En casi todas las series que han comparado este abordaje con los otros dos, destaca la mejor exposición de los componentes arterial y venoso así como una mejor visualización de todas las estructuras. Como punto negativo, es el enfoque que produce peores resultados a nivel estético.
- Abordaje infraclavicular. Desde este abordaje se puede realizar una venolisis externa limitada de la vena (29) y es el abordaje que menos complicaciones genera. (25) Este tipo de abordaje se utiliza casi exclusivamente en el SDT venoso, pues se reserva para casos de reconstrucción y descompresión de la vena subclavia. (2,25)

Todo apunta que, con los datos obtenidos, la resección transaxilar que se le hizo a la paciente fue decidida arbitrariamente por el cirujano responsable, pudiéndose haber utilizado alguna otra técnica más afín con el tipo de etiología del cuadro. (30) Cabe mencionar que, una inadecuada descompresión de las estructuras condiciona una baja permeabilidad vascular y como consecuencia, mayor riesgo de trombosis o de reaparición

del cuadro compresivo. En revisión se ha determinado que los enfoques transaxilar e infraclavicular dieron un resultado óptimo en el 75% de las ocasiones, mientras que el abordaje supraclavicular tiene una tasa de éxito del 95%. (10,31)

Según los informes quirúrgicos de la paciente, el tiempo de duración de la intervención fue de 180 minutos pero cuando comparamos con la bibliografía, el tiempo promedio quirúrgico de una descompresión con resección de la 1^a costilla, independientemente del tipo de abordaje, es de 99 ± 19 minutos (32) siendo los rangos máximos y excepcionales de tiempo de hasta 120 minutos. (21) Lo que conlleva a pensar que pudo haber alguna dificultad durante la intervención que pudiera justificar ese desfase de tiempo de más de 60 minutos con respecto a la media de las series de casos revisados.

Por último, a consecuencia de la intervención, la paciente ha experimentado una parálisis del plexo braquial, ya constatada en la sala del despertar y que no ha mejorado con el paso del tiempo. Sumado a esto y en contraposición a lo que dicen todos los informes expuestos, no se reseccionó el primer arco costal sino la 2^a costilla izquierda, lo que ha derivado en que su cuadro clínico no solo ha sido resuelto sino que se ha agravado. Para ello, comentamos que la tasa de complicaciones inmediatas post-intervención se sitúa en torno al 18% y que dentro de las mismas cabría esperar encontrarse con: (1,20,21,27)

- Infección del sitio quirúrgico, siendo la complicación más frecuentemente encontrada.
- Dolor post-operatorio
- Neumotórax
- Linfocele
- Quilotórax
- Hematoma y/o sangrado post-operatorio
- Hemotórax
- Trombos crónicos y/o cicatrices venosas residuales
- Re-trombosis

Si bien la lista de complicaciones tiene algunas muy graves, no hay evidencia de complicaciones que puedan lesionar el plexo braquial ni otros nervios importantes como puede ser el nervio frénico (21). Sí se ha descrito que puede producirse durante la apertura de la vía de acceso para la intervención la lesión de nervios intercostales y/o pequeños

nervios sensitivo-cutáneos (33) debido a su exposición durante el procedimiento, generándose clínica de hipersensibilidad y/o parestesias en su distribución correspondiente y siendo en la mayoría de los casos una alteración transitoria. En nuestro caso, la complicación de lesión del plexo braquial no venía recogida en el consentimiento informado (CI) que firmó la paciente y tampoco fue comentado por los profesionales como un riesgo inherente al acto quirúrgico. Si bien es verdad que aparece que puede haber lesión nerviosa, que como ya hemos comentado con anterioridad, que haya afectación del plexo braquial, siendo éste un paquete nervioso de suma importancia debería verse específicamente reflejado como complicación. Queremos hacer hincapié en que el SDT de etiología neurógena sí puede verse comprometido el plexo braquial, pero además de tratarse un tema que no nos concierne, esto tiene su razón de ser en que dicha estructura es la que se encuentra comprimida (en lugar de la vena subclavia que es lo que sufría la paciente) y puede que dicha compresión genere un daño permanente y/o transitorio si la patología se establece a lo largo de mucho tiempo. Que no se encuentre reflejada la complicación en el CI supone que o bien no contiene información completa y se trate de una complicación factible o bien que no tuviera que estar recogido pudiéndose haber cometido un fallo no propio de la intervención, sino como error de causa humana. Para contrastarlo, hemos querido hacer una búsqueda por distintos hospitales españoles con el fin de recopilar algún otro CI de la misma intervención y ver diferencias y similitudes. A continuación, exponemos el consentimiento que firmó la paciente:

1.- La extirpación de la primera costilla (costilla cervical) se realiza para ampliar el espacio de salida desde el interior del tórax hacia los miembros superiores de las arterias, venas y nervios, evitando así la compresión de las mismas.

Mediante este procedimiento, se pretende curar o mejorar los síntomas que tengo en las extremidades superiores.

2.- El médico me informa de que el procedimiento requiere el uso de anestesia general y de que es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los Servicios de Hematología y Anestesiología.

3 - Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos:

Riesgos frecuentes y menos graves: Infección superficial de las heridas, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural. Otras complicaciones pueden aparecer por lesión de nervios y vasos situados en la vecindad de la costilla. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- También me ha indicado la obligación de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

.....

5.-La realización del procedimiento puede ser fotografiada o filmada con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario; salvaguardando siempre mi identidad.

En el mismo, se evidencia en el apartado de riesgos frecuentes y menos graves de la extirpación de la primera costilla (costilla cervical) que la paciente podía sufrir: infección de la herida, dolor en la zona operada, infección de la cavidad pleural, lesión de nervios y vasos situados en la vecindad (no especificándose en ningún momento como entidad el plexo braquial). Adjuntamos a continuación otros dos CI de 2 Comunidades Autónomas distintas (Andalucía y País Vasco) para corroborar que, efectivamente, en esta intervención no se contempla el riesgo de lesión del plexo braquial como complicación (figuras 3 y 4).

OPERKULU TORAZIKOA DESKONPRIMATZEKO KIRURGIARAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DESCOMPRESIVA DEL DESFILADERO TORÁCICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA: Data:

B. INFORMAZIOA:

Operkulu torazikoa 1. saihets-hezurraren, lepauztairen eta alde horretako muskuluen eta lotailuen arteko gunea da. Goiko gorputz-adarreko arteriak, benak eta nerbioak pasatzen dira handik. Kanal hori estutzen denean, egitura horietako bat edo batzuk konprimatu daitezke, eta zenbait sintoma agertu ohi dira, orduan: besoetan hotza eta mina, hantura, alde batzuk «sorgortua» egotea eta are baita besoaren paralisia ere.

Deskonpresio-teknika lesio motaren araberakoa izango da. Hauek dira ohikoak: muskulu eskalenoa ebakitzea (eskalenotomia), saihets-hezur zerbikal bat kentzea eta/edo lehen saihets-hezurraren parte bat kentzea (kostektomia zerbikala edo 1. saihets-hezurraren), lepauztairen parte bat kentzea (lepauztairen erresekzio partziala) edo aurrekoen konbinazioak. Lepauztairen gainetik zauri bat egiten da horretarako (ekinaldi supraklabikularra), edo galtzarbean bestela (ekinaldi transaxilarra). Batzuetan, beste ebaki batzuk ere egin beharko dira:

Anestesia orokorra erabili ohi da. Anestesistek azalduko dizkizute aukerak, arriskuak eta konplikazioak.

Kasu batzuetan, odola edo eratorriak beharko dira. Odol-bankuak emango dizkizu horri buruzko azalpenak; nolanahi ere, horren inguruan arazorik bazenu, zeure medikuari jakinarazi beharko diozu.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Teknika egokia eta zuzena izanik ere, berau gauzatzean konplikazio orokorrak sor daitezke, beste edozein ebakuntzatan bezala.

Arteriak, benak eta nerbioak manipulatzeagatiko konplikazio espezifikoak:

- Odol-metaketak (hemotoraxa) edo aire-metaketak (pneumotoraxa) bularrean.
- Gorputz-adarraren iskemia (hotza eta mina, fluxu faltagatik).
- Tronbosi benosoa (hantura eta mina).

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE: Fecha:

B. INFORMACIÓN:

El opérculo torácico es el espacio que queda entre la 1^a costilla, la clavícula y los músculos y ligamentos de esa zona. Por él atraviesan las arterias, venas y nervios de la extremidad superior. Cuajdo este canal se estrecha se pueden comprimir una o varias de estas estructuras, y aparecer síntomas como frialdad y dolor en los brazos, hinchazón, zonas "dormidas" o "acorcharadas" e incluso parálisis del brazo.

La técnica de descompresión depende del tipo de lesión. Las más habituales son: cortar el músculo escaleno (escalenotomía), quitar una costilla cervical y/o quitar parte de la primera costilla (costectomía cervical o de 1^a costilla), quitar parte de la clavícula (resección clavicular parcial) o combinaciones de las anteriores. Pueden realizarse a través de una herida por encima de la clavícula (abordaje supraclavicular) o desde la axila (abordaje transaxilar). En algunas ocasiones, pueden hacer falta otras incisiones:

La anestesia suele ser general. Los anestesistas le explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

En algunos casos pueden necesitarse sangre o derivados. Le informarán desde el Banco de Sangre, pero es necesario decirle a su médico si tiene algún problema al respecto.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Aunque la técnica sea la adecuada y correcta su realización pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación.

Complicaciones específicas por la manipulación de arterias, venas y nervios:

- Acúmulos de sangre (**hemotórax**) o de aire (**neumotórax**) en el pecho.
- **Isquemia de la extremidad** (frialdad y dolor por falta de riego).
- **Trombosis venosa** (hinchazón y dolor).

Figura 3. Fragmento del CI del País Vasco actualizado en 2022. Fuente: Osakidetza.

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CIRUGÍA DEL SÍNDROME DE COMPRESIÓN CERVICO-MEDIASTÍNICO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Diganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La intervención a la que usted va a someterse pretende curar o mejorar los síntomas neuro-vasculares en las extremidades superiores debidos a la compresión (presión) que sufren estas extremidades. La extirpación de la costilla cervical y/o sección de la musculatura escalena se realiza para ampliar el espacio de salida desde el interior del tórax hacia los miembros superiores de las arterias, venas y nervios, evitando así la compresión de las mismas.

CÓMO SE REALIZA:

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos se informa en los documentos de los servicios de hematología y anestesiología.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Cicatriz torácica o cervical. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Alivio sintomático. Mejora funcional del miembro superior.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Infección de la cavidad pleural (zona de los pulmones). Otras complicaciones pueden aparecer por lesión de nervios y vasos situados en la vecindad de la costilla. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- **LOS MÁS GRAVES:**

En muy pocas ocasiones se ha descrito la aparición de **dolor postoperatorio** que ha requerido para su resolución de intenso tratamiento farmacológico o incluso rebelde al tratamiento.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

Figura 3. Fragmento del CI de la comunidad de Andalucía. Fuente: Junta de Andalucía..

Como hemos remarcado, sí se encuentran complicaciones (en mayor o menor gravedad) incluidas entre las que hemos recopilado a través de la revisión actual de la patología pero en ningún caso se encuentra recogido como complicación la lesión del plexo braquial.

Con todos los datos recopilados sobre: que no exista constancia de la parálisis braquial como complicación, la duración excesiva del tiempo quirúrgico y la sintomatología postoperatoria inmediata (reflejando la relación de la intervención con la perdida de sensibilidad y fuerza de dicho miembro) hay que sumarles el hecho de que cuando se pretende extirpar el 1º arco costal a modo de tratamiento, se extirpó el 2º y que no quedó reflejado en ningún informe incluso cuando se confirmó dicho error, habiendo aquí un conflicto importante de práctica médica.

Se hace necesario, por tanto, mencionar el concepto de *Lex Artris*, y que el cirujano justificase así que reaccionó ante una complicación/imprescindible que se pudo (o no) producir durante la intervención. Este concepto cobra importante relevancia además al tratarse un caso en el que hay una reclamación por supuesta negligencia médica. La *Lex*

Artris engloba situaciones en la que los profesionales de la sanidad se alejan de los estándares de la profesión, por situaciones especiales, y que no se consideran como un mal acto médico. Sin embargo, no es un contenido tangible y bien delimitado en el que se puedan definir qué situaciones son aceptadas y cuáles no. Por eso también se recurre al análisis *Ad Hoc*, es decir, valorar la situación concreta, es decir, cada caso por individual, para poder determinar si se ha obrado correctamente. Al tratarse de una reclamación, esta decisión será tomada por un juez tras exponerse los hechos y al igual que lo que plantea este análisis se basará en responder a preguntas como: ¿se actuó conforme a las circunstancias? ¿estuvo presente la importancia del bienestar de la paciente? ¿se valoró correctamente la complejidad del caso y las consecuencias de la intervención? ¿se informó a la paciente de forma adecuada sobre su estado de salud, intervención y posibles riesgos de la misma? Si alguna de esas (y otras muchas) preguntas se responde con una negativa, se confirma que el cirujano ha tenido un comportamiento alejado de los estándares de la profesión y que siguiendo la *Lex Artris* no se considera como justificable, queriendo decir, tiene una responsabilidad que no ha cumplido y por tanto, tendrá que responder ante ella y asumir unas consecuencias (civiles, administrativas y/o penales). Para ello, la demandante ha debido presentar todas las pruebas de las que disponga para demostrar que no se ha cumplido la actuación que se esperaba, sumado a un informe pericial que se realiza para analizar en profundidad la patología de la paciente y ser lo más objetivo posible con el fin de ayudar al juez en cuanto a su veredicto final.

Terminando con la patología y todo su proceso post- intervención, la mayoría de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones, independientemente de la vía de abordaje, suelen permanecer menos de una semana ingresados, de media 3-4 días como norma general, retirándose el drenaje de forma ambulatoria a las 2 semanas de la intervención además de recibir anticoagulación a dosis terapéuticas para evitar la formación de trombos. (34,35) Si existieran recurrencias tras la intervención se suelen ocasionar por la formación de tejido cicatricial sobre el sitio quirúrgico pudiendo comprimir estructuras de la región. Otra posible causa de recurrencia y a tener en cuenta es el error diagnóstico, confundiendo la etiología del cuadro, siendo excepcionales los casos en los que ocurre, y/o la inadecuada elección de la técnica quirúrgica para la resolución del cuadro. (33) Así mismo, si la resección de la costilla fuera incompleta, se aumenta el riesgo de recurrencia y la intervención sería considerada como subóptima, siendo necesario reintervenir. (36) Las recurrencias son identificables por ser similares

en sintomatología a la patología inicial, pudiéndose manifestar entre los 2 meses y hasta años post-intervención, siendo lo más frecuente (el 80% de los casos) durante los 2 primeros años. (25,33) En nuestro caso no se puede hablar de recurrencia de la enfermedad puesto que no se reseccionó la 1^a costilla sino la 2^a siendo imposible resolver el problema compresivo a dicho nivel. Por tanto, la paciente sigue con su clínica inicial además de una nueva lesión a nivel del plexo braquial (antes conservado) y al estar intervenida ya en una ocasión, la reintervención de su patología será más dificultosa debido a las adherencias y cicatrices ya existentes que además pueden llegar a producirle una mayor compresión en la vena. (37) Por tanto, podemos hablar de intervención fallida pues no se consiguió el objetivo de la misma, sino que por el contrario, se generó un daño que no existía previamente sin solucionar el SDT.

A nivel personal, la paciente ha sentido un abandono y falta de ayuda por los profesionales que le provocaron dicha situación además de no solucionar su patología de base. Tras insistir en numerosas ocasiones que se modificaran los informes donde se recogía que en su intervención quirúrgica se extirpó la 2^a costilla así como la lesión de su plexo braquial, sin obtener respuesta y sin ningún tipo de explicación ni solución; se decidió finalmente a interponer una reclamación vía administrativo que actualmente ha sido admitida a trámite en los juzgados de Zaragoza. Sumado a su indefensión ante la situación que ha vivido, la paciente es autónoma y su mano dominante es la izquierda (donde tiene el SDT) lo que le impide desarrollar su labor profesional, no solo tratándose de una queja por daños físicos y emocionales sino que también afecta a su ámbito laboral y económico y sin haber recibido ninguna propuesta de resolución de su cuadro, siendo ella la que haya tenido que buscar ayuda en otros profesionales para buscar alternativas.

En definitiva, la reclamación no es en sí misma por el daño y lesiones causadas a la paciente, sino con mayor peso por la falta de empatía y humanidad en el trato que ha percibido ella en relación con el cirujano y el resto de profesionales del hospital, sintiéndose cansada de la situación se decide a interponer la denuncia. De ahí radica la importancia de exponer este trabajo e invito a la autocrítica y reflexión personal sobre cómo interaccionamos con los pacientes, las soluciones que podemos ofrecer ante este tipo de casos y posiblemente, la capacidad de asumir errores, disculparse y colaborar en todo lo posible para ponerles solución.

CONCLUSIONES

PRIMERA La paciente presenta un SDT venoso bilateral puesto que la compresión se encuentra a nivel de la salida torácica en ambos miembros.

SEGUNDA Se descartó compresión del plexo braquial en ambas extremidades superiores y por lo tanto, se descartó afectación neurogénica previa a la cirugía por medio de estudios neurofisiológicos, cuyos datos aportaron normalidad.

TERCERA La paciente fue intervenida con el objetivo de resección de la primera costilla izquierda por SDT-V izquierdo. En todos los protocolos quirúrgicos hasta la fecha, la descompresión de la salida torácica se logra mediante la resección del primer arco costal.

CUARTA En la cirugía realizada no se reseccionó la primera costilla izquierda sino parte de la segunda costilla ipsilateral.

QUINTA Dado que no se reseccionó la primera costilla, la paciente sigue presentando SDT-V bilateral; la del lado derecho que no se ha intervenido y en el lado izquierdo no se ha corregido.

SEXTA En la cirugía no solo no se reseccionó la primera costilla, además se produjo una lesión del plexo braquial izquierdo.

SÉPTIMA La lesión del plexo braquial izquierdo no se encuentra recogida entre los riesgos específicos del Consentimiento Informado que firmó la paciente para la resección de la primera costilla y/o costilla cervical.

OCTAVA Las secuelas y/o lesiones neurológicas son más frecuentes en SDT de etiología neurogénica, puesto que en la misma es el propio plexo braquial lo que se ve comprimido.

NOVENA Existe incongruencia entre los informes médicos del HUMS referentes a la cirugía de SDT- Venoso izquierdo y lo que realmente pasó en dicha cirugía. La paciente cumplimentó un formulario para ejercitarse los derechos de rectificación, cancelación y oposición de datos de carácter personal, con el objetivo de solicitar rectificación en sus informes médicos para que los datos que allí constasen fueran fehacientes; esta solicitud fue desestimada denegando la rectificación que se solicitaba.

DÉCIMA La intervención duró entre 180 y 220 minutos según los informes aportados, siendo el tiempo medio de duración de abordaje quirúrgico de 120 minutos.

DÉCIMO PRIMERA Posiblemente, el hecho de que se alargase la cirugía en exceso y/o la posición decúbito lateral que adoptó la paciente, con el brazo izquierdo en aducción y elevación durante un prolongado periodo de tiempo, provocaron un estiramiento excesivo del plexo braquial de magnitud desproporcionada en tiempo y/o en intensidad, que provocó la lesión del mismo.

DÉCIMO SEGUNDA Para la cirugía de SDT existen diferentes vías de abordaje para la descompresión: transaxilar, infraclavicular y supraclavicular. La paciente fue intervenida por vía transaxilar.

DÉCIMO TERCERA La vía supraclavicular en el SDT es la que mejor proporciona una exposición vascular y se ha asociado con excelentes resultados en numerosos estudios. Además, permite realizar maniobras de provocación intraoperatorias para identificar el sitio de compresión y determinar la eficacia de la liberación de las estructuras.

DÉCIMO CUARTA. Tras la cirugía, la mayoría de los pacientes con SDT se mantienen asintomáticos (entre 75-80% de media).

DÉCIMO QUINTA La elección de la vía de abordaje depende de la región anatómica afectada y de la preferencia del cirujano, no existe un consenso actual sobre cuál es el abordaje idóneo en cada etiología.

DÉCIMO SEXTA La paciente superó la media tanto de estancia en el hospital como de recuperación en pacientes intervenidos de la misma patología.

DÉCIMO SÉPTIMA La paciente es intervenida mediante microcirugía para la reconstrucción nerviosa de la lesión del plexo braquial izquierdo como consecuencia de la cirugía de SDT-V. Actualmente, se encuentra en proceso de reinervación y todavía no se pueden determinar las secuelas finales.

DÉCIMO OCTAVA La paciente tiene, a día de hoy, pendiente dos cirugías para resección de la primera costilla, una de cada lado, al seguir presentando clínica bilateral de SDT-V.

DÉCIMO NOVENA Dados los antecedentes de una primera intervención, la siguiente operación del lado izquierdo presenta una mayor complejidad para su realización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Habibollahi P, Zhang D, Kolber MK, Pillai AK. Venous thoracic outlet syndrome. *Cardiovasc Diagn Ther.* octubre de 2021;11(5):1150-8.
2. Masocatto NO, Da-Matta T, Prozzo TG, Couto WJ, Porfirio G. Síndrome do desfiladeiro torácico: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir.* 2019;46(5).
3. Jones MR, Prabhakar A, Viswanath O, Urits I, Green JB, Kendrick JB, et al. Thoracic Outlet Syndrome: A Comprehensive Review of Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Pain Ther [Internet].* 1 de junio de 2019 [citado 6 de febrero de 2023];8(1):5-18. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40122-019-0124-2>
4. Ferrante MA, Ferrante ND. The thoracic outlet syndromes: Part 2. The arterial, venous, neurovascular, and disputed thoracic outlet syndromes. *Muscle Nerve.* octubre de 2017;56(4):663-73.
5. Laulan J, Fouquet B, Rodaix C, Jauffret P, Roquelaure Y, Descatha A. Thoracic Outlet Syndrome: Definition, Aetiological Factors, Diagnosis, Management and Occupational Impact. *J Occup Rehabil.* 31 de septiembre de 2011;21(3):366-73.
6. Illig KA, Rodriguez-Zoppi E. How Common Is Thoracic Outlet Syndrome? *Thorac Surg Clin.* febrero de 2021;31(1):11-7.
7. DiLosa KL, Humphries MD. Epidemiology of thoracic outlet syndrome. *Semin Vasc Surg.* marzo de 2021;34(1):65-70.
8. Ferrante MA, Ferrante ND. The thoracic outlet syndromes: Part 1. Overview of the thoracic outlet syndromes and review of true neurogenic thoracic outlet syndrome. *Muscle Nerve.* junio de 2017;55(6):782-93.
9. Panther EJ, Reintgen CD, Cueto RJ, Hao KA, Chim H, King JJ. Thoracic outlet syndrome: a review. *J Shoulder Elbow Surg.* noviembre de 2022;31(11):e545-61.
10. Ohman JW, Thompson RW. Thoracic Outlet Syndrome in the Overhead Athlete: Diagnosis and Treatment Recommendations. *Curr Rev Musculoskelet Med.* agosto de 2020;13(4):457-71.
11. Li N, Dierks G, Vervaeke HE, Jumonville A, Kaye AD, Myrcik D, et al. Thoracic Outlet Syndrome: A Narrative Review. *J Clin Med.* 1 de marzo de 2021;10(5):962.

12. Cavanna AC, Giovanis A, Daley A, Feminella R, Chipman R, Onyeukwu V. Thoracic outlet syndrome: a review for the primary care provider. *Journal of osteopathic medicine* [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 6 de febrero de 2023];122(11):587-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36018621/>
13. Islahud Din, Gul P, Ahmad W, Kanwal N. Bilateral thoracic outlet syndrome: A rare entity. *J Pak Med Assoc*. julio de 2020;70(7):1289-91.
14. Hardy A, Pougès C, Wavreille G, Behal H, Demondion X, Lefebvre G. Thoracic Outlet Syndrome: Diagnostic Accuracy of MRI. *Orthop Traumatol Surg Res*. diciembre de 2019;105(8):1563-9.
15. Kuhn JE, Lebus V GF, Bible JE. Thoracic outlet syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. abril de 2015;23(4):222-32.
16. Doneddu PE, Coraci D, De Franco P, Paolasso I, Caliandro P, Padua L. Thoracic outlet syndrome: wide literature for few cases. Status of the art. *Neurological Sciences*. 16 de marzo de 2017;38(3):383-8.
17. Hussain MA, Aljabri B, Al-Omran M. Vascular Thoracic Outlet Syndrome. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2016;28(1):151-7.
18. Teijink SBJ, Pesser N, Goeteyn J, Barnhoorn RJ, van Sambeek MRHM, van Nuenen BFL, et al. General Overview and Diagnostic (Imaging) Techniques for Neurogenic Thoracic Outlet Syndrome. *Diagnostics* (Basel). 4 de mayo de 2023;13(9).
19. Nava F, Barrial M, Martínez A, Alonso E, Barrena S, Martínez L, et al. Thoracic outlet syndrome in adolescents: a case series. *Cir Pediatr*. 2020;33:110-4.
20. Dua A, Rothenberg KA, Gologorsky RC, Deslarzes-Dubuis C, Lee JT. Long-Term Quality of Life Comparison between Supraclavicular and Infraclavicular Rib Resection in Patients with vTOS. *Ann Vasc Surg*. 1 de enero de 2020;62:128-32.
21. Siracuse JJ, Johnston PC, Jones DW, Gill HL, Connolly PH, Meltzer AJ, et al. Infraclavicular first rib resection for the treatment of acute venous thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 1 de octubre de 2015;3(4):397-400.

22. Kaplan J, Kanwal A. Thoracic Outlet Syndrome. 2023.
23. Chaves JPG, Marchiori JGO, Feitosa DCAC, Marques RAM. Accessory rib as a cause of classic thoracic outlet syndrome. *Acta Neurol Belg.* agosto de 2022;122(4):1085-7.
24. Seifert S, Sebesta P, Klenske M, Esche M. [Thoracic Outlet Syndrome]. *Zentralbl Chir.* febrero de 2017;142(1):104-12.
25. Oropeza-Orozco A, León M, Rojas-Reyna G, Cohen-Mussali S, Valdés-Flores J, León M, et al. Síndrome de salida torácica: comparación entre abordajes para tratamiento quirúrgico. Experiencia de 10 años en el Centro Médico ABC. *Revista mexicana de angiología [Internet].* 1 de julio de 2020 [citado 30 de marzo de 2023];48(3):77-83. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2020000300077&lng=es&nrm=iso&tlang=es
26. Aboul Hosn M, Goffredo P, Man J, Nicholson R, Kresowik T, Sharafuddin M, et al. Supraclavicular Versus Transaxillary First Rib Resection for Thoracic Outlet Syndrome. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* julio de 2020;30(7):737-41.
27. Altoijry A, AlGhofili H, Iqbal K, Altuwaijri TA, Alsheikh S, AlHamzah M, et al. Vascular thoracic outlet syndrome. *Saudi Med J.* 13 de julio de 2022;43(7):743-50.
28. Panda N, Phillips WW, Geller AD, Lipsitz S, Colson YL, Donahue DM. Supraclavicular Approach for Neurogenic Thoracic Outlet Syndrome: Description of a Learning Curve. *Ann Thorac Surg.* noviembre de 2021;112(5):1616-23.
29. Pesser N, Bode A, Goeteyn J, Hendriks J, van Nuenen BFL, Illig KA, et al. Surgical management of post-thrombotic syndrome in chronic venous thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* septiembre de 2021;9(5):1159-1167.e2.
30. Illig KA, Donahue D, Duncan A, Freischlag J, Gelabert H, Johansen K, et al. Reporting standards of the Society for Vascular Surgery for thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg.* septiembre de 2016;64(3):e23-35.

31. Peek J, Vos CG, Ünlü Ç, van de Pavoordt HDWM, van den Akker PJ, de Vries JPPM. Outcome of Surgical Treatment for Thoracic Outlet Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Vasc Surg* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 6 de febrero de 2023];40:303-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666803/>
32. Lim S, Alarhayem AQ, Rowse JW, Caputo FJ, Smolock CJ, Lyden SP, et al. Thoracic outlet decompression for subclavian venous stenosis after ipsilateral hemodialysis access creation. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 30 de marzo de 2023];9(6):1473-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676044/>
33. Rodríguez Sánchez L. **SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO**. A Coruña: Seteseis Comunicación Creatividade S.L; 2020.
34. Cook JR, Thompson RW. Evaluation and Management of Venous Thoracic Outlet Syndrome. *Thorac Surg Clin* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 6 de febrero de 2023];31(1):27-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220769/>
35. Buller LT, Jose J, Baraga M, Lesniak B. Thoracic Outlet Syndrome: Current Concepts, Imaging Features, and Therapeutic Strategies. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. agosto de 2015;44(8):376-82.
36. Moore R, Wei Lum Y. Venous thoracic outlet syndrome. *Vasc Med*. 4 de abril de 2015;20(2):182-9.
37. Illig KA, Gober L. Optimal management of upper extremity deep vein thrombosis: Is venous thoracic outlet syndrome underrecognized? *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. marzo de 2022;10(2):514-26.