

COSTILLA CERVICAL ACCESORIA, O DE EVA; PRESENTACION DE UN CASO

*** Dr. Ransés Troncoso Valera**

**** Dr. Angel Cruz**

**** Dr. Cesar Coradín**

**** Dr. Luis Diaz Morfa**

**** Dr. Rut Caraballo**

Resumen

Se presenta una paciente de 28 años de edad, quien presentaba costilla cervical con sintomatología de compresión del plexo braquial del lado derecho; se realizó resección de la misma, obteniéndose regresión de toda la sintomatología.

Costilla cervical

compresión del plexo braquial

resección

Abstract

We present the case of a twenty years old female who had a cervical rib, with symptoms of compression of the right brachial plexus; a resection was performed with disappearance of all the symptomatology.

Cervical rib

right brachial plexus compresion

resection

*** Cirujano torácico , Hospital Militar Dr. Ramón de Lara , Fuerza Aérea Dominicana (FAD), San Isidro, Distrito Nacional, Republica Dominicana**

**** Del Servicio de Cirugía, Hospital Militar Dr. Ramón de Lara, Fuerza Aérea Dominicana (FAD), San Isidro, Distrito Nacional, Republica Dominicana**

INTRODUCCION

La costilla cervical accesoria o de Eva, es una anomalía congénita poco frecuente, que suele ser más común en mujeres, cuya sintomatología suele ser dada por la compresión del plexo branquial, con parestesias, cianosis, hipotermia y en ocasiones atrofia tenar o hipotenar.¹ Puede en ocasiones ser bilateral.²

Es más frecuente que la sintomatología se inicie en la tercera década de la vida, y el tratamiento más usual suele ser resección de la misma, aunque algunos hablan de manejo conservador con fisioterapia.³

El diagnóstico suele hacerse por el hallazgo radiográfico de la costilla cervical, aunado a la sintomatología antes descrita, aunque se han reportado casos en que radiográficamente no es observable la costilla, pero existen las manifestaciones clínicas, encontrándose la costilla en el trans quirúrgico.⁴ Pueden ocurrir complicaciones de índole neurológica (dolor crónico), arteriales, tromboembolismo, isquemia aguda, aneurisma post estenótico, y de tipo venoso como la trombosis.⁵

CASO CLINICO

Se trata de una femenina de 28 años de edad quien llega a consultar con historia de que hacía aproximadamente cuatro años había

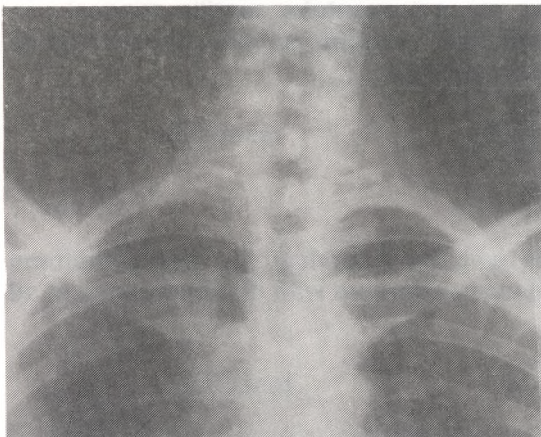


FIGURA No. 1.- RADIOGRAFIA DE TORAX PRE-QUIRURGICA, MOSTRANDO COSTILLA CERVICAL O DE EVA DEL LADO DERECHO, MARCADA CON UNA FLECHA.

comenzado a presentar dolor en el miembro superior derecho, acompañado de cianosis, hipotermia y astenia, solo en este miembro, por lo cual acude a una consulta donde es medicada con analgésicos y neurotrópicos, ante la no mejoría de su cuadro visita un traumatólogo quien le indica radiografías que muestran la costilla cervical; es referida entonces a la consulta de cirugía torácica de nuestro hospital.

Paciente sin antecedentes mórbidos de importancia, con antecedentes quirúrgicos de cesárea en dos ocasiones, y salpingectomía bilateral.

Estudios realizados.-

Radiográficos.-

Se realizan radiografías de tórax, y columna cervical que muestran costilla cervical derecha.

Estudios de laboratorio.-

Biometría hemática:

Globulo Rojos 4,400,000 /mm³.

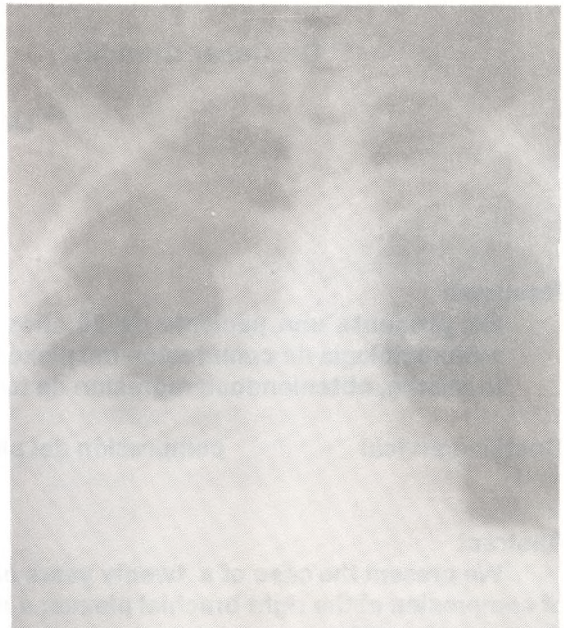


FIGURA No. 2.- RADIOGRAFIA TOMADA EN EL POST-QUIRURGICO MOSTRANDO QUE LA COSTILLA CERVICAL HA SIDO EXTIRPADA. SE OBSERVA HEMOPNEUMOTORAX DERECHO COMO COMPLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA.

Hemoglobina 15.9 G/dL.
VCM 85

HCM 32
 CHCM 35
 Glóbulos blancos: 5,560 /mm³.
 Segmentados 47 %
 Linfocitos 53 %
 Hematocrito 44.3 %
 Plaquetas 348,000 /mm³
 Tiempo de sangría: 11'30 segundos
 Tiempo Parcial de Tromboplastina:
 Control 11 seg. Muestra 12 seg
 Tiempo de Protrombina; control 27
 segundos; muestra 26 segundos.
 Glucemia 90 mg %.
 Urea 20 mg %.
 Creatina 0.7 mg %.
 TGP: 50 Ud/L
 TGO: Ud/L
 Bilirrubina: directa: 0.50 Ud/L
 Indirecta: 0.50 Ud/L
 Total: 1.0 Ud/L

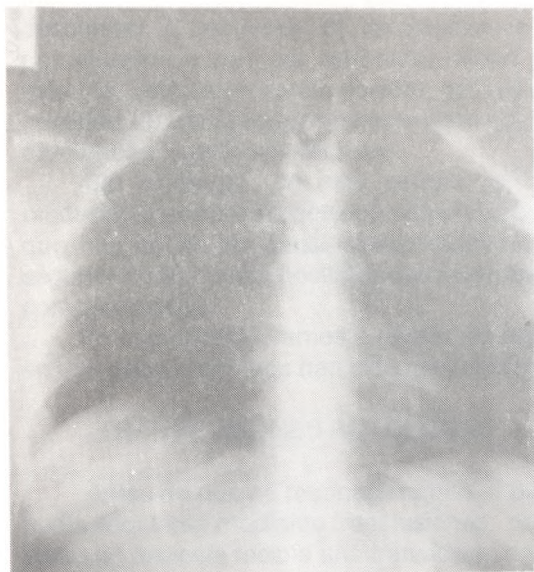


FIGURA No. 3.- RADIOGRAFIA DE TORAX AL SER DADA DE ALTA LA PACIENTE. SE APRECIA LA DESAPARICIÓN DEL HEMOPNEUMOTORAX Y LA AUSENCIA DE LA COSTILLA CERVICAL PRESENTE EN LA FIGURA No. 1.

LDH: 360 Ud/L
 Trigliceridos: 119 mg/dL
 Acido urico: 3.4 mg/dL
 VDRL: no reactivo
 VIH: negativo.
 Electromiograma.-

Reportó no alteración de nervios de las ramas del plexo braquial derecho y la posibilidad de compromiso vascular común en caso de costilla cervical.

Evaluacion Cardiovascular; riesgo 1
 ASA 1

La paciente es llevada a cirugía donde bajo anestesia general inhalatoria se realizó incisión transversa en región posterior del cuello, sobre el trapecio; se disecciona hasta encontrar costilla cervical la cual se reseca, liberando el plexo braquial.

Se lesionó la pleura parietal, por lo cual en el segundo día post quirúrgico presentó hemopneumotorax que ameritó drenaje con sonda de pleurostomía mínima, bajo sello de agua, en quinto espacio intercostal derecho, línea media axilar.

Al séptimo día post quirúrgico la paciente fue egresada, con chequeos a los 15, 21 y 30 días.

Paciente evolucionó satisfactoriamente, sin presentar ninguna sintomatología.

DISCUSION

El presente caso se trata de una costilla cervical unilateral; la paciente presentaba signos de compresión del plexo braquial derecho, aunque sin lesión desde el punto de vista electromiográfico.

Tal y como recomienda la mayoría de los reportes,³⁻⁵ la costilla accesoria fue resecada obteniéndose una remisión completa de la sintomatología.

La publicación de este caso se hace con el interés de darlo a conocer a la comunidad científica, por considerarlo de interés, dada su baja incidencia.

REFERENCIAS

- 1.- Abrahms H. Angiography; vascular and interventional angiography 3rd ed. Medical Education and Research inc. New Castle 1983; 1: 1001-14
- 2.- Hamilton B. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 16th Ed. Bristol: John Wright & son 1980;44: 149.
- 3.- Hood D B, Kuehne J, Yellin A E. Vascular complications of toracic outlet syndrome; The American Surgeon 1993; 63: 913-17.

- 4.- Kenny R, Taylor G, et al. Toracic outlet syndrome. Care and treatment. Exercise therapy. American Journal of Surgery 1993; 165(2): 282-83.
- 5.- Sanders R, Haug S. Subclavian vein obstruction and toracic outlet syndrome; a review of etiology and management. Annals of Vascular Surgery 1990; 4: 347-409