

Angiología

**Síndrome de Paget-Schroetter
durante ejercicio recreativo: un
desafío de manejo
multidisciplinario**

**Paget-Schroetter Syndrome
during recreational exercise: a
multidisciplinary management
challenge**

10.20960/angiologia.00833

07/28/2026

Síndrome de Paget-Schroetter durante ejercicio recreativo: un desafío de manejo multidisciplinario

Paget-Schroetter Syndrome during recreational exercise: a multidisciplinary management challenge

Juan Carlos Gutiérrez Ruiz¹, Fernando Leite Vincenti², Alex Baldomar Guillén³, Percy Enrique Serrano Carvajal⁴, Daniela Mendizábal Ritter⁵

¹Neurología, ²Instituto Cardiovascular, ³Neurocirugía y Radiología Intervencionista, ⁴Cirugía torácica y ⁵Medicina Interna. Clínica Foianini. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

Recibido: 30/10/2025

Aceptado: 17/06/2026

Correspondencia: Juan Carlos Gutiérrez Ruiz. Chuquisaca 737. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

e-mail: juancarlosgutierrezruiz99@gmail.com

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés. Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Paget-Schroetter es una trombosis venosa por esfuerzo asociada a compresión costoclavicular. Presentamos el caso de un joven con luxación inveterada de hombro y recurrencia trombótica tras resección costal.

Caso clínico: paciente masculino de 24 años con luxación glenohumeral crónica que desarrolló trombosis venosa axilar-subclavia derecha y tromboembolia pulmonar bilateral tras realizar ejercicios con pesas. Tras anticoagulación, trombólisis selectiva y trombectomía, se realizó resección de la primera costilla por videotoracoscopia biportal (VATS), sin complicaciones. Cinco días después del alta, la persistencia trombótica motivó trombólisis selectiva, complicada con hemotórax resuelto con drenaje pleural. La anticoagulación prolongada logró la recuperación completa.

Discusión: este caso resalta la eficacia de la VATS en manos expertas torácicas y el riesgo hemorrágico de trombólisis temprana posquirúrgica, y subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario y el diagnóstico precoz para optimizar los resultados en pacientes jóvenes activos.

Palabras clave: síndrome de Paget-Schroetter. Trombosis venosa. Síndrome de estrecho torácico. Tromboembolia pulmonar. Trombectomía. Ejercicio recreativo.

ABSTRACT

Introduction: Paget-Schroetter syndrome is an effort-induced venous thrombosis associated with costoclavicular compression. We present a case in a young patient with chronic shoulder dislocation and post-rib resection thrombotic recurrence.

Clinical case: a 24-year-old male with chronic glenohumeral dislocation developed right axillary-subclavian venous thrombosis and bilateral pulmonary embolism after weightlifting. Following anticoagulation, selective thrombolysis, and thrombectomy, first rib resection was performed via biportal video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) without complications. Five days post-discharge, persistent thrombosis

prompted selective thrombolysis, complicated by hemothorax resolved with pleural drainage. Prolonged anticoagulation achieved full recovery.

Discussion: this case highlights the efficacy of VATS in expert thoracic hands and the bleeding risk of early post-surgical thrombolysis, emphasizing the need for a multidisciplinary approach and early diagnosis to optimize outcomes in active young patients.

Keywords: Paget-Schroetter syndrome. Venous thrombosis. Thoracic outlet syndrome. Pulmonary thromboembolism. Thrombectomy. Recreational exercise.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Paget-Schroetter, también conocido como trombosis venosa inducida por esfuerzo, es una manifestación poco común del síndrome de estrecho torácico superior, donde la compresión repetitiva de las venas axilar y subclavia en el espacio costoclavicular desencadena eventos tromboembólicos. Predomina en individuos jóvenes y físicamente activos, con una incidencia estimada de 1-2 casos por 100 000 personas al año, y puede complicarse con tromboembolia pulmonar si no se diagnostica tempranamente. El manejo escalonado, con anticoagulación, intervenciones endovasculares y corrección quirúrgica ha demostrado eficacia, pero los casos con recurrencia persistente y complicaciones yatrogénicas son escasos en la literatura. Reportamos un caso con luxación inveterada, trombosis axilar-subclavia, tromboembolia pulmonar y hemotórax posttrombólisis, resuelto por un equipo multidisciplinario.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años, con antecedente de luxación glenohumeral derecha inveterada y sin trombofilia ni otras

comorbilidades, consultó por un cuadro de inicio súbito caracterizado por dolor intenso en el hombro derecho, parestesias, entumecimiento progresivo, sensación de pesadez y edema franco del miembro superior derecho. Los síntomas se desencadenaron tras una semana de entrenamiento intensivo con pesas, en el que realizaba repeticiones con los brazos en hiperabducción sostenida por encima de la cabeza.

La ecografía Doppler reveló una trombosis extensa en la vena axilar derecha, con flujo parcial obstruido y engrosamiento de las paredes. La angiotomografía de cuello con contraste, adquirida con maniobras dinámicas de abducción y reposo del brazo, mostró un defecto de llenado hipodenso en la vena subclavia derecha, que abarcaba desde el tercio proximal hasta el medio y se acentuaba marcadamente con el brazo en elevación. El espacio costoclavicular se reducía a 9,6 mm en esta posición, con estriación grasa perilesional y ganglios inflamatorios supraclaviculares derechos de aspecto reactivo. El resto de los troncos venosos mostraba opacificación adecuada, con calibre, contornos y trayecto respetados. En la fase arterial no se observaron alteraciones. Se detectó ectasia de la vena yugular interna derecha y cambios morfológicos en la cabeza humeral derecha, con hundimiento posterolateral y asimetría de la amplitud articular glenohumeral, compatibles con secuelas de lesión Hill-Sachs. La angiotomografía pulmonar concomitante confirmó tromboembolia pulmonar segmentaria bilateral en arterias basales posteriores.

El manejo inicial consistió en anticoagulación terapéutica con enoxaparina, seguida de trombectomía mecánica por catéter y trombólisis hiperselectiva con tenecteplasa, y se logró la recanalización parcial del segmento axilosubclavio. El paciente fue dado de alta en condición asintomática.

Posteriormente se realizó resección de la primera costilla derecha mediante videotoracoscope biportal. Tras la identificación anatómica de la costilla, se llevó a cabo disección ciega de su cara superior con

resección de bandas fibróticas inflamatorias y liberación completa de los músculos escalenos. El procedimiento transcurrió sin complicaciones intraoperatorias y el posoperatorio fue satisfactorio, con alta hospitalaria al tercer día.

Cinco días después del alta, el paciente regresó por dolor punzante en el hemitórax y hombro derechos. La ecografía Doppler de control demostró persistencia de trombo en la vena subclavia con signos de recanalización parcial. Se indicó trombólisis selectiva temprana, que resultó efectiva en la restauración del flujo; sin embargo, se complicó con hemotórax de 700 ml secundario a sangrado del lecho quirúrgico reciente. Se colocó tubo pleural, se suspendió transitoriamente la anticoagulación y la hemoglobina descendió a 10,7 g/dl. La tomografía de control evidenció derrame pleural serohemático que ocupaba el 40 % del hemitórax derecho con atelectasias compresivas adyacentes. El paciente se estabilizó con analgesia, bloqueo intercostal y medidas de soporte.

A los 3 meses, la ecografía Doppler seriada confirmó recanalización venosa completa. Se mantuvo el tratamiento con rivaroxabán 20 mg/día durante 6 meses. En el seguimiento final, el paciente permaneció asintomático, con recuperación funcional plena y retorno sin restricciones a la actividad física (Figs. 1 y 2).

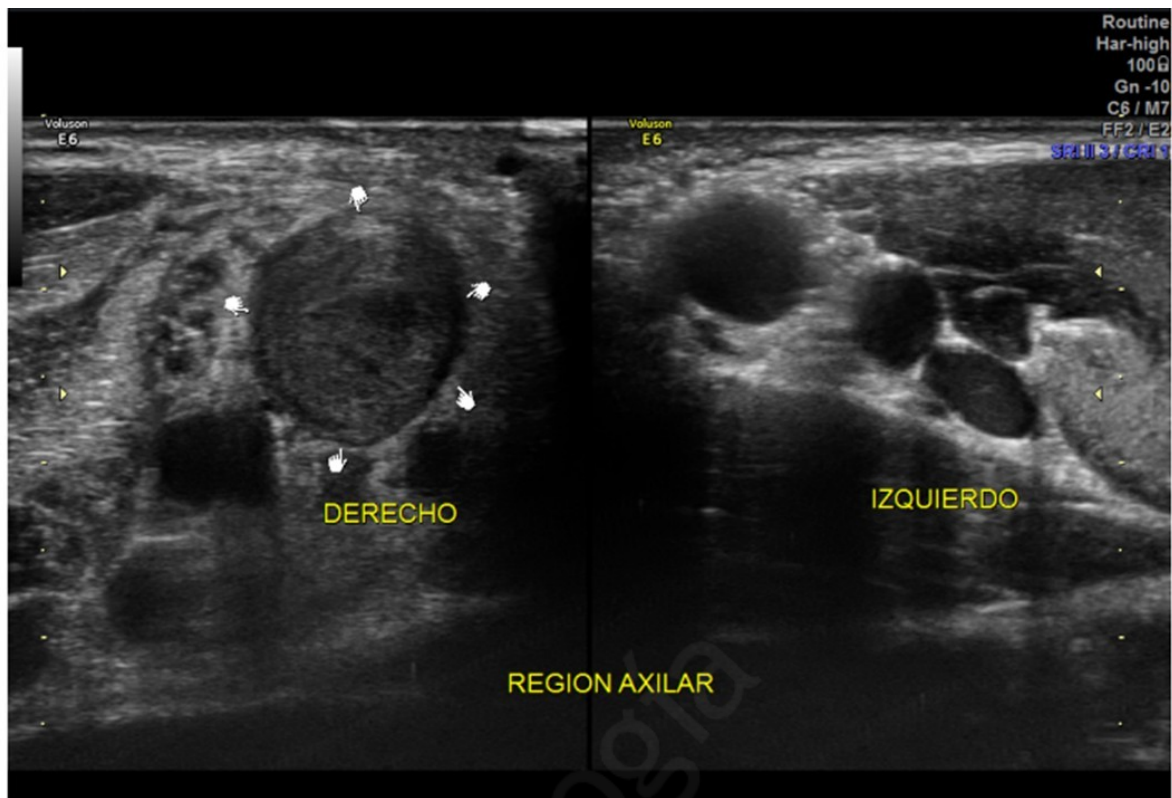


Figura 1. Ecografía Doppler del miembro superior derecho que evidencia trombosis de la vena cefálica y de la vena axilar, con ausencia de compresibilidad y flujo venoso disminuido.



Figura 2. Ecografía Doppler venosa del miembro superior derecho sin evidencia de trombosis venosa profunda ni superficial, con adecuada compresibilidad y flujo conservado.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra un reto clínico infrecuente en el síndrome de Paget-Schroetter, donde la trombosis venosa inducida por esfuerzo se desencadena por compresión dinámica costoclavicular agravada por una luxación glenohumeral crónica, como se evidenció en la angiotomografía con reducción crítica del espacio durante maniobras de hiperabducción. La presentación con trombosis extendida desde la vena subclavia hasta el segmento axilar, complicada por tromboembolia pulmonar bilateral, resalta la importancia de un diagnóstico imagenológico integral para identificar la etiología mecánica subyacente, coherente con la ausencia de trombofilia o factores inflamatorios reumatológicos (1).

La estrategia terapéutica inicial, con anticoagulación seguida de trombectomía mecánica y trombólisis hiperselectiva, logró recanalización parcial, está de acuerdo con metaanálisis recientes que reportan tasas de éxito superiores al 80 % en intervenciones endovasculares tempranas (2). Sin embargo, la persistencia trombótica posquirúrgica subraya que la compresión anatómica residual puede limitar los resultados, incluso tras corrección quirúrgica. La resección de la primera costilla mediante videotoracoscopia biportal (VATS) representa un pilar preventivo de recurrencias, respaldado por revisiones contemporáneas que enfatizan su función en la descompresión mecánica y su superioridad en términos de mínima invasión, menor dolor posoperatorio y recuperación acelerada en comparación con abordajes abiertos (3). En este paciente, la VATS transcurrió sin incidencias intraoperatorias, con disección meticulosa del paquete vasculonervioso y liberación de estructuras fibrosas, y destaca la necesidad de experiencia torácica para mitigar riesgos inherentes a la complejidad anatómica.

La recurrencia trombótica a los 5 días del alta hospitalaria, que motivó trombólisis selectiva temprana, fue efectiva, pero se complicó con hemotórax, atribuible al sangrado del lecho quirúrgico reciente y no a la cirugía en sí, con una incidencia infrecuente reportada en menos del 3 % de casos similares (4). Esta complicación refuerza los peligros de reintervenciones endovasculares en ventanas temporales cortas (< 7 días) tras procedimientos torácicos, y sugiere la necesidad de establecer protocolos de vigilancia estricta con ecografías Doppler de control para estratificar riesgos y optimizar tiempos. La anticoagulación prolongada con rivaroxabán resultó segura y eficaz, acorde con guías actualizadas que priorizan el tratamiento con anticoagulantes orales directos en pacientes jóvenes sin contraindicaciones hemorrágicas, frente a opciones tradicionales como warfarina (5).

Comparado con series previas, este caso clínico resalta la recurrencia temprana y la gestión multidisciplinaria exitosa. Un enfoque proactivo, con diagnóstico precoz multimodal, reintervención agresiva y monitorización intensiva, es clave para optimizar desenlaces en individuos activos, y abre vías para investigaciones futuras que refinan el manejo de esta patología rara pero potencialmente grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoexum F, Hoebink M, Coveliers HME, Wisselink W, Jongkind V, Yeung KK. Management of Paget-Schroetter syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2023;66(6):866-75. DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.065
2. Cai TY, Rajendran S, Saha P, Dubenec S. Paget-Schroetter syndrome: A contemporary review of the controversies in management. *Phlebology* 2020;35(7):461-71. DOI: 10.1177/0268355519898920
3. Hangge P, Rotellini-Coltvet L, Deipolyi AR, Albadawi H, Oklu R. Paget-Schroetter syndrome: Treatment of venous thrombosis and outcomes. *Cardiovasc Diagn Ther* 2017;7(Suppl 3):S285-S290. DOI: 10.21037/cdt.2017.08.15
4. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jiménez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest* 2016;149(2):315-52. DOI: 10.1016/j.chest.2015.11.026
5. Thompson RW. Comprehensive management of subclavian vein effort thrombosis. *Semin Intervent Radiol* 2022;39(2):123-30. DOI: 10.1055/s-0042-1744444