

Variación anatómica de la arteria subclavia izquierda: Reporte de un caso.

Cadaveric observation of an anatomic variation of the left subclavian artery: A case report.

Jose M.Vergara¹, Vivian A. Damas², Antonio M. García².

RESUMEN

Se describe el caso de una variación anatómica en el trayecto de la arteria subclavia izquierda, encontrada en el cadáver de un varón de 61 años, durante la disección en el anfiteatro de anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se encontró que la arteria subclavia izquierda transcurría delante del músculo escaleno anterior y no tenía tronco costocervical. (*Rev Med Hered 2011;22:82-85*).

PALABRAS CLAVE: Arteria subclavia.

SUMMARY

We describe the case of anatomical variation in the course of left subclavian artery found in a dead male of 61 years, during dissection in the amphitheater of anatomy at the school of Medicine of Universidad Peruana Cayetano Heredia. It was found that the subclavian artery passed in front of anterior scalene muscle and had no costocervical trunk. (*Rev Med Hered 2011;22:82-85*).

KEYWORDS: Subclavian artery.

INTRODUCCIÓN

La arteria subclavia es una estructura importante ubicada en la base del cuello, el cual proporciona ramas colaterales para la cintura escapular, el cuello, el encéfalo y el tórax (1). La derecha nace del tronco braquiocefálico y la izquierda, directamente del cayado de la aorta (2). Por tal, la izquierda es intratorácica en una parte de su trayecto (3). Debido a su origen diferente, las arterias subclavias, además de diferir en longitud, varían en relaciones y dirección (3).

Se han descrito diversas variaciones anatómicas de la arteria subclavia en ambos lados, como su trayecto a través del músculo escaleno anterior (4), formación de anillos vasculares debido a arteria subclavia derecha aberrante (5), entre otros. Pero el trayecto de la arteria subclavia izquierda anterior al músculo escaleno anterior, ha sido descrito con poca frecuencia (6).

Se describe el caso de variación anatómica de la arteria subclavia izquierda encontrada en el cadáver de un varón de 61 años, durante la disección en el anfiteatro

¹ Médico Cirujano. Profesor del Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Estudiante de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú.

de anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Caso Clínico

Las observaciones anatómicas del caso fueron realizadas durante el curso regular de Anatomía en el Anfiteatro Rómulo Puga de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el cadáver de un varón de 61 años, cuya causa de muerte fue traumatismo encefalo craneano (TEC), con fractura de la base de cráneo y contusión encefálica.

Durante la disección en la base del cuello del cadáver, se halló una variación anatómica en el recorrido de la arteria subclavia izquierda (Figura 1). La arteria subclavia derecha era normal.

La arteria subclavia izquierda tenía un trayecto por delante del músculo escaleno anterior. Por lo tanto, la vena subclavia izquierda estaba en contacto con la arteria, posicionándose por delante y debajo de ella, mientras que el triángulo interescalénico era atravesado por el plexo braquial. Las ramas provenientes de la arteria subclavia izquierda no presentaban variación anatómica y se originaban de las porciones respectivas de la arteria subclavia, con excepción del tronco costocervical, que estaba ausente. Se corroboró que la inserción del músculo escaleno anterior era en el

tubérculo escaleno de la primera costilla (7) descartándose la posibilidad de variación anatómica del músculo. Los nervios vago y frénico, fueron seccionados previamente a las observaciones; y la vena fue removida para una mejor observación de la variación.

DISCUSIÓN

Se han descrito tres porciones de la arteria subclavia a lo largo de su recorrido, en relación a su trayecto entre el músculo escaleno anterior y músculo escaleno medio: porción preescalénica, porción interescalénica y porción postescalénica (1).

En este caso, la arteria subclavia izquierda, no tenía un trayecto normal, pues variaba en su porción interescalénica. Habitualmente la arteria pasa por el triángulo interescalénico, comprendido por los músculos escalenos anterior y medio, y la primera costilla como base (8).

En su recorrido, la arteria subclavia proporciona las siguientes arterias: la arteria vertebral, el tronco tirobircervicoescapular, el tronco costocervical, la arteria supraescapular o escapular superior, la arteria escapular posterior o dorsal de la escápula y la arteria mamaria interna (3). El caso tenía tronco costocervical ausente,

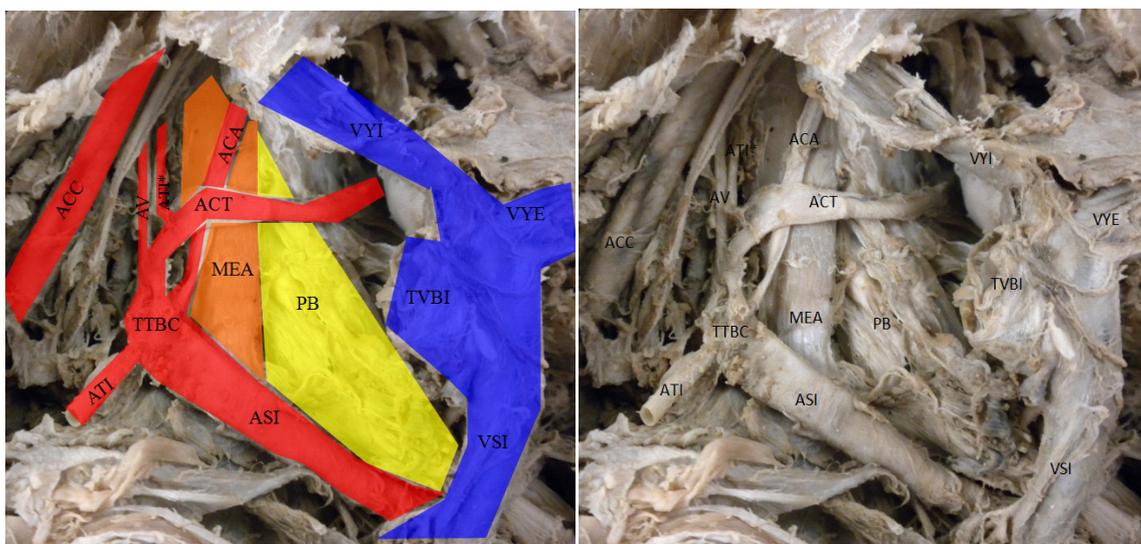


Figura 1. Variación anatómica en el recorrido de la arteria subclavia izquierda.

ASI, arteria subclavia izquierda; MEA, músculo escaleno anterior; ATI, arteria torácica interna; ACC, arteria carótida común; TTBC, tronco tirobircervico; VSI, vena subclavia izquierda (retirada); ACA, arteria cervical ascendente; PB, plexo braquial; ACT, arteria cervical transversa; AV, arteria vertebral; ATI*, arteria tiroidea inferior; VSI, vena subclavia izquierda; VYE; Vena yugular externa; VVI, vena yugular interna; TVBI, tronco venoso braquiocefálico izquierdo.

este tipo de variación constituye el 8-10% de casos (9).

El interés de este caso es su relación con diversas complicaciones clínicas posibles una de ellas es el incremento del riesgo de sufrir punción en la arteria subclavia durante la ejecución de una venopunción subclavia (10). Es este caso había alto riesgo de lesión traumática de la arteria subclavia al punzar la vena homónima como consecuencia a su posición anómala (11).

Asimismo, puede tener repercusión en ciertas patologías, una de ellas es el síndrome de la salida torácica (SST), que incluye diversos trastornos clínicos originados por la compresión intermitente o persistente de los elementos que salen del tórax hacia el brazo (12).

En este caso, la arteria y la vena subclavia recorrían el mismo trayecto, encontrándose las porciones centrales de ambas estructuras comprimidas entre el músculo escaleno anterior, la zona anteromedial de la primera costilla, el músculo subclavio y la clavícula (13).

Correspondencia:

José María Vergara Celis
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Departamento de Ciencias Morfológicas
Av Honorio Delgado 430
Urb. San Martín de Porres, Lima, Perú.
Correo electrónico: josemaria.vergara@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana. 4ta edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 1011.
2. Testut L, Latarjet A. Compendio de Anatomía Descriptiva. 21^{ava} edición. Barcelona: Salvat Editores SA; 1975. p. 274.
3. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana: Descriptiva, topográfica y funcional. 11^{ava} edición. Barcelona: Masson SA; 2005. p. 619.
4. Konuskan B, Bozkurt M, Tagil S, Ozcakar L. Cadaveric observation of an aberrant left subclavian artery: a possible cause of thoracic outlet syndrome. *Clinical Anatomy* 2005; 18: 215-216.
5. Norton N. Netter: Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 1ra edición. Barcelona: Masson SA; 2007. p. 137.
6. Dolgo-Saburoff B. Zur Frage über die Lagebeziehungen zwischen der A. subclavia und der Scalenusmuskulatur beim Menschen. *Anat Anz* 1933; 76:97-113.
7. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus, Texto y Atlas de Anatomía. Tomo 2. 1^{ra} edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 8.
8. Torres R. La columna cervical: síndromes clínicos y su tratamiento manipulativo. 1^{ra} edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 110.
9. Bergman R, Thompson S, Afií A, Saadeh F. Compendium of human anatomic variation: Catalog, Atlas and World Literature. 1^{ra} edición. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988. p. 71.
10. Reyes J, Encinas C, Da Rosa W, Vallejos G. Consideraciones anatómicas sobre la venopunción subclavia. *Rev Post VI Cat Med* 2007; 165: 1-5
11. Soler R. Traumatismo del cuello. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/otorrino/trauma_cuello.pdf (Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2010).
12. Álvarez E, Ávila R. Síndrome de la salida torácica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2002; 65 (4): 226-229.
13. Rutherford R. Cirugía vascular. 6ta edición. Madrid: Elsevier España; 2006. p. 1349.

Recibido: 20/12/10
Aceptado para publicación: 31/03/11