

Identifique el caso

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo,¹ Luis Gerardo Domínguez-Gasca^{2*}

Femenino de 36 años, con manifestaciones de parestesia en territorios C8-T1 izquierdos de cuatro meses de evolución después de realizar pintura de una habitación. Se efectuaron radiografías de columna cervical.

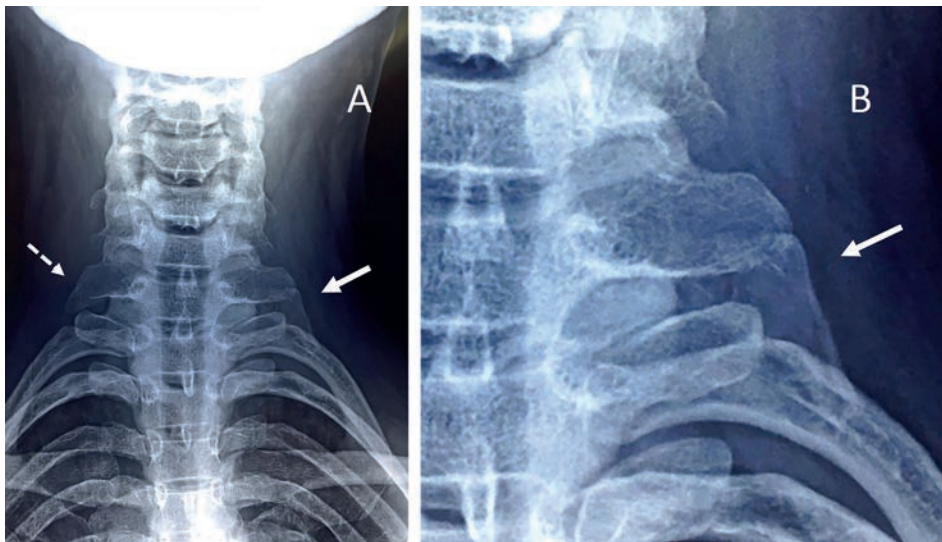


Figura 1.

Respuesta: página 161

¹Medicina de rehabilitación. Catedra en la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México. ²Ortopedia y cirugía articular. División de Cirugía del Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

*Correspondencia:
*Luis Gerardo Domínguez Carrillo
lgdominguez@hotmail.com

Costilla cervical Tipo I sintomática

Symptomatic Type I Cervical Rib

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo,¹ Luis Gerardo Domínguez-Gasca^{2*}



Figura 1. En (A) radiografía antero-posterior de columna cervical mostrando: hipertrofia de apófisis transversa derecha (costilla cervical tipo II) (flecha punteada) de la séptima vértebra cervical y, costilla cervical izquierda tipo I, que se articula con la primera costilla. Esta última originó síndrome de salida torácica en femenino de 36 años. En (B) acercamiento.

Femenino de 36 años, con manifestaciones de parestesia en territorios C8-T1 izquierdos de cuatro meses de evolución después de realizar pintura de una habitación. Se efectuaron radiografías de columna cervical. Las costillas cervicales (figura 1) son costillas supernumerarias o accesorias que surgen de la séptima vértebra cervical. Ocurren en ~0.5% de la población, más comunes en mujeres y en el lado izquierdo, constituyen un sobre desarrollo congénito del proceso transverso de la séptima vértebra cervical, ya que las células mesenquimales originadas por el esclerotoma son guiadas a la ubicación inadecuada por los genes Hox y el factor de diferenciación de crecimiento 11 (GDF11). Para considerarse verdaderas costillas cervicales deben articularse con el proceso transverso. Varían en tamaño, forma, sitios de unión y pueden ocurrir unilateral o bilateralmente. Se les ha clasificado en cuatro tipos: El Tipo 1: costilla completa que se articula con la

primera costilla o manubrio; Tipo 2: costilla incompleta con punta distal libre; Tipo 3: costilla incompleta con unión de banda fibrosa distal; Tipo 4: trozo corto de hueso que se extiende más allá del proceso transverso C7¹. La mayoría pasan desapercibidas a lo largo de la vida y son clínicamente irrelevantes, sin embargo, clínicamente son la variante anatómica de las costillas más importante, ya que pueden causar el síndrome de salida torácica² por compresión del plexo braquial o de la arteria/vena subclavia³.

Referencias

1. Domínguez CL, Hernández HJ, Santacruz LM. Medición radiológica de la apófisis transversa de la séptima vértebra cervical. *Acta Med GA.* 2004; 2: 235-241.
2. Nannapaneni R, Marks SM. Neurogenic thoracic outlet syndrome. *Bone Joint Surg Br* 2002; 84: 740-743.
3. Henry BM, Vikse J, Sanna B, Tattera D, et al. Cervical Rib Prevalence and its Association with Thoracic Outlet Syndrome: A Meta-Analysis of 141 Studies with Surgical Considerations. *World Neurosurgery* 2018; 110: ep65-e978. doi.org/10.1016/j.wneu.2017.11.148

¹Medicina de rehabilitación. Catedra en la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México.

²Ortopedia y cirugía articular. División de Cirugía del Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

*Correspondencia:

*Luis Gerardo Domínguez Carrillo
lgdominguez@hotmail.com