

Síndrome del desfiladero torácico

¹Meiriño Pérez ML, ²García Hernando TM

¹Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz

²Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón Madrid

Mujer de 34 años de edad, de profesión informática, que acude a la consulta por clínica de parestesias en la zona cubital y en los tres últimos dedos del miembro superior izquierdo, así como por cianosis y edema de predominio distal, de más de un año de evolución.

La paciente refiere notar dicha sintomatología durante su jornada laboral, cuando maneja el ratón del ordenador y cuando debe permanecer con la extremidad elevada durante un periodo de tiempo algo prolongado (al peinarse, ducharse, elevar o coger pesos...). No tiene ningún antecedente personal de interés.

En la exploración física en posición anatómica no se revela ninguna alteración articular, vascular, nerviosa o neurológica; sin embargo, al mantener los hombros en abducción de 90 ° con los codos flexionados a 90 ° y cerrando-abriendo la mano durante 5 minutos (maniobra de Roos), aparece en primer lugar un ligero eritema en el antebrazo y, a continuación, una coloración cianótica progresiva, parestesias, sensación de debilidad muscular y disminución del pulso radial con respecto al lado contralateral. La maniobra de Adson (con la paciente sentada apoyando las manos sobre los muslos, se palpan ambos pulsos radiales, mientras realiza una inspiración profunda al mismo tiempo que extiende el cuello y gira la cabeza hacia el lado sintomático) también muestra una disminución notoria del pulso radial en comparación con el de la otra extremidad.

Bajo la sospecha clínica de un cuadro comprensivo vascular intermitente, y para investigar si existe una costilla cervical o una mega-apófisis transversa de C7 como posibles causas, se solicita una radiografía de la columna cervical, que resulta normal.

A continuación, y dado que no se puede proseguir con el estudio etiológico desde atención primaria, la paciente es derivada al Servicio de Cirugía Vascolar de referencia.

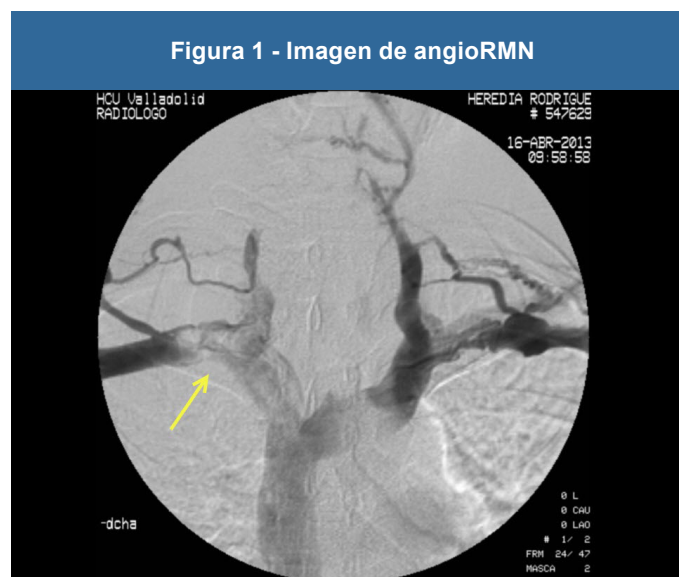
Allí se le realiza un estudio electrofisiológico, que no muestra alteraciones, y una angiorresonancia magnética (angioRM), que evidencia defectos de llenado (sin oclusión completa) en el tramo distal de la vena subclavia derecha, en probable relación con fenómenos trombóticos de larga evolución, y compresión costo-clavicular de la misma con las maniobras de abducción (figura 1).

De esta forma, la paciente es diagnosticada de síndrome del desfiladero torácico (SDT) venoso, e intervenida para resección de la primera costilla derecha.

COMENTARIO

El SDT constituye una patología con un amplio grupo de manifestaciones, originadas por la compresión del plexo braquial y de los vasos subclavios a su paso por la región cérvico-axilar, justo por encima de la primera costilla.

A pesar de existir una gran controversia en cuanto a su definición y diagnóstico, hechos que dificultan la determinación de su incidencia en la población, de forma general entre la comunidad científica se coincide en que esta es baja. Los síntomas



aparecen con mayor frecuencia entre la pubertad y la cuarta década de la vida y se observan más frecuentemente en mujeres que en hombres¹.

La clasificación más comúnmente utilizada hace referencia a la estructura afectada y se habla de²:

- SDT neurológico en los casos de compresión del plexo braquial.
- SDT vascular cuando lo comprimido es la arteria o la vena subclavia.
- SDT no especificado, cuyo origen real está poco identificado.

Las regiones de posible compresión de las mencionadas estructuras son: el triángulo escalénico, el espacio costo-clavicular y el espacio retropectoral menor.

Dada la baja frecuencia del SDT, es interesante resaltar el papel importante de los médicos generales y de familia como primer eslabón en la atención en la mayoría de casos, para interpretar de forma correcta las sensaciones del paciente y los hallazgos de la exploración física inicial. De este modo se puede alcanzar tanto una hipótesis diagnóstica apropiada, como un abordaje adecuado del paciente.

Las causas del SDT son múltiples: alteraciones estructurales óseas, ya sean congénitas o adquiridas (costillas cervicales, mega-apófisis transversa de C7, exóstosis de la primera costilla y fracturas de la clavícula o de la primera costilla, como las más frecuentes), y alteraciones de partes blandas (sobre todo de los músculos escalenos)^{2,3}.

Su diagnóstico se basa en la clínica, las pruebas funcionales vasculares, el estudio neurofisiológico y la radiología ósea. Destaca la angioRM dinámica como prueba que permite conocer el lugar exacto de la compresión vascular y el estado del lecho distal⁴.

El tratamiento puede ser de dos tipos: conservador, mediante ejercicios que amplíen el espacio costo-clavicular cuando el plexo está comprometido y la clínica es moderada y predominante al realizar movimientos; quirúrgico (habitualmente la resección de la primera costilla cervical), cuando el primero fracasa, la lesión del plexo es grave o cuando se precise una descompresión arterial o venosa^{2,3}.

BIBLIOGRAFIA

1. Hooper TL, Denton J, McCalliard MK, Brismée J-M, Sizer P. Thoracic outlet syndrome: a controversial clinical condition. Part 1: Anatomy and clinical examination/diagnosis. *J Man Manip Ther* 2010;18:74-83.
2. Proubasta Renart I, Colomina Morales J, Mestres Sales JM. Síndrome del desfiladero torácico arterial secundario a una fractura de clavícula. *Trauma Fund Mapfre* 2009;20:164-8.
3. Carnicero JA, Cano-Trigueros E, Barquer M, Arruabarrena A, Soguero I, et al. Tratamiento quirúrgico del síndrome del desfiladero torácico: nuestra experiencia (1986-2000). *Angiología* 2002;54:37-9.
4. Monica JT, Kwolek CJ, Jupiter JB. Thoracic outlet syndrome with subclavian artery thrombosis undetectable by magnetic resonance angiography. Case report. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:1589-93.