

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO

Perspectiva desde la fisioterapia

Por: Lic. Francisco Bonilla Alvarado
Fisioterapeuta, Clínica de Fisioterapia

UCIMED.

Recibido: 30-05-18

Aceptado: 03-06-18

El síndrome del desfiladero torácico o síndrome de opérculo torácico (SDT) puede describirse como un complejo de signos y síntomas que incluyen dolor, parestesias, debilidad y malestar en miembro superior, que se agrava con los movimientos de elevación del brazo, la movilidad del cuello y la cabeza¹. Estos síntomas se deben a la compresión del paquete neurovascular en la salida de la abertura torácica superior. Las estructuras anatómicas afectadas por la compresión son: el plexo braquial, la vena y la arteria subclavia (Fig. 1)².

Distintos autores han descrito tres puntos principales de compresión neurovascular como lo son el triángulo interescalénico, espacio costo clavicular y espacio retropectoral menor.³

El SDT puede deberse a distintas etiologías, entre las que se pueden mencionar :

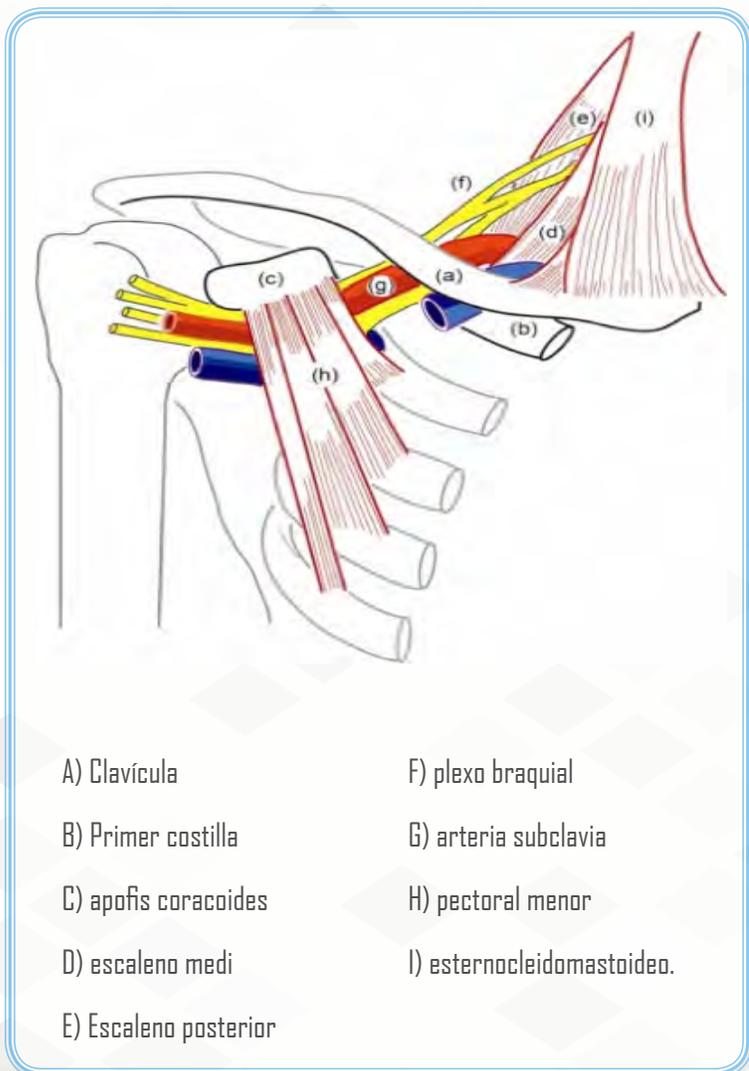
- a) Causas de origen congénito (variantes anatómicas o anomalías en cervicales y primer costilla)**
- b) Traumáticas agudas como un accidente de tránsito (latigazo cervical)**
- c) Traumatismos crónicos (estrés por actividades repetitivas, laborales o posturales)**
- d) Secundarias infiltraciones neoplásica⁴**

Se describen tres principales presentaciones clínicas del SDT: *a) tipo neurogénico b) arterial y c) venoso*. Se estima que el 90% de los SDT con causa neurológica, alrededor de 3 al 5 % son venosos y el 1% de origen arterial.⁵

Epidemiológicamente, se han descrito algunos factores predisponentes entorno al género, edad, ocupación, localización geográfica, como por ejemplo una relación de 3,5 a 4 veces mayor de padecer SDT en mujeres adultas que laboran, en comparación con hombres.⁶

Se ha logrado correlacionar el SDT con la actividades laborales o de movimiento repetitivos, que generan estrés por traumatismos de repetición⁶. Por otra parte, se ha reportado la presencia de otras afecciones distintas al SDT, que se pueden asociar al cuadro clínico, como lo son alteraciones en cintura escapular, columna cervical, columna torácica y espalda baja.

El diagnóstico del SDT es principalmente basado en la historia clínica del paciente y su exploración física.⁷ Pruebas de imágenes médicas pueden ser útiles para complementar el diagnóstico del SDT como los son pruebas de radiografías, resonancia magnética, tomografías computarizadas, angiografías), también existen pruebas fisiológicas como estudios Doppler y estudios electrofisiológicos. Es de importancia comprender que estos estudios pueden corroborar el diagnóstico, sin embargo, que sus hallazgos



- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| A) Clavícula | F) plexo braquial |
| B) Primer costilla | G) arteria subclavia |
| C) apofis coracoides | H) pectoral menor |
| D) escaleno medi | I) esternocleidomastoideo. |
| E) Escaleno posterior | |



sean negativos no descartan el SDT.⁷

Durante la historia clínica será importante tomar en cuenta la severidad de la sintomatología, localización, intensidad, evolución, factores agravantes y de alivio y afectación funcional y de las actividades de la vida diaria.⁷

Durante la exploración física se debe observar la postura, palpación y examinación de la movilidad de la primera costilla, cintura escapular y región torácica. Además, la valoración de la función de la musculatura escapular, escalenos, pectoral menor y mayor, elevador de la escápula, esternocleidomastoideo, serrato anterior, romboides mayor, menor y trapecio. Por otra parte, la evaluación neurológica es esencial, a través de test de tensión neural del plexo braquial, valoración de reflejos osteotendinosos y valoración de la sensibilidad.⁷

Distintos autores⁷⁻¹⁰, mencionan el uso de pruebas de provocación de síntomas, entre las más mencionadas se encuentran:

- **Prueba de Adson:** prueba confirmatoria del cierre del triángulo interescalénico.
- **Prueba de Wright:** provoca el estiramiento de estructura neurovasculares cercanas al proceso coracoides.
- **Prueba de ROOS:** provocación del cierre del espacio costoclavicular.
- **Prueba de Eden:** prueba de provocación al cierre del espacio costoclavicular y retropectoral.

El tratamiento conservador del SDT mediante fisioterapia es indicado principalmente en los casos de tipo neurogénico⁹, mientras que la intervención quirúrgica es el tratamiento de elección en el tipo venoso, articular y en aquellos casos de origen neurogénico con persistencia de los síntomas tras el tratamiento conservador, que cursen con atrofia muscular y déficit funcional progresivo.

Entre las distintas modalidades de tratamiento fisioterapéutico en el SDT se encuentran técnicas de estiramientos musculares, ejercicios para aumentar rangos de movimientos, técnicas de deslizamiento tendinosos y neurales del plexo braquial. Además, los pacientes deben tomar en cuenta el control de postura, del peso y nutricional. Sanders¹⁰, sugiere modalidades como estiramientos mantenidos de 15 a 20 segundos de la musculatura cervical y de pectoral menor. De igual manera, la reeducación del patrón respiratoria con el fin de no sobre estimular musculatura de la entrada torácica (musculatura respiratoria accesoria), de manera que la persona en decúbito supino, donde una mano se coloca a nivel abdominal, en donde se pueda mover en ascenso y descenso (inspiración y expiración respectivamente) por la activación del músculo diafragma. Algunas otras técnicas como la punción seca, la terapia manual, estiramientos pasivos, electro estimulación y el ultrasonido terapéutico pueden ser utilizadas en el tratamiento del SDT.¹⁰

Otro autor¹¹, menciona el tratamiento de un caso por medio de la terapia manual basada en el razonamiento clínico, en donde se

incluían liberación por presión del músculo escaleno anterior, movilizaciones articulares de C5- T1, deslizamiento neural del nervio mediano y ejercicios de control motor de la columna cervical.

De manera de conclusión, el SDT es una afectación multifactorial ya que se toman en cuenta factores anatómicos y agravantes, historial de traumatismos agudos o crónicos. Además, es importante comprender que el diagnóstico del SDT es difícil, esto debido a que se no existe una prueba de "gold standard", por tanto es basado en la historia clínica y la exploración física en el paciente.⁷ La fisioterapia y el tratamiento médico conservador será de manera inicial el tratamiento de elección, a excepción de casos que presenten fenómenos tromboembólicos, insuficiencia vascular aguda, síntomas de oclusión vascular crónica, estenosis y déficit neurológico progresivo.⁷ El tratamiento conservador debe tomar en cuenta la educación del paciente y la modificación de las actividades agravantes.¹² Por tanto, se recomienda la atención integral por parte de un equipo interdisciplinario que pueda comprender distintos profesionales de la salud como los son médicos especialistas (vascular periférico, neurólogos, traumatólogos), fisioterapeutas, psicoterapeutas, esto en gran medida para aplacar la dificultad de diagnóstico y de su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayoral O, Salvat I. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial: Manual de punción seca de puntos gatillos. 1st ed. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial: Manual de punción seca de puntos gatillos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
2. Lindgren K. Thoracic outlet syndrome. Int Musculoskelet Med [Internet]. 2010;32(1):17-24.
3. Ozoa B, Alves D, Fish DE. Thoracic Outlet Syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am [Internet]. 2011;22(3):473-83.
4. Thoracic Outlet Syndrome. [cited 2018 Apr 3]
5. Freischlag J, Orion K. Understanding Thoracic Outlet Syndrome. Scientifica (Cairo) [Internet]. 2014;2014(Figure 1):1-6.
6. Meyer R. Thoracic Outlet Compression Syndrome. In: Green's Operative Hand Surgery [Internet]. 7th ed. Elsevier Inc.; 2017 [cited 2018 Apr 3]. p. 962.
7. Vanti C, Natalini L, Romeo A, Tosarelli D, Pillastrini P. Conservative treatment of thoracic outlet syndrome. A review of the literature. Eur J Med Phys. 2007 Mar;43(1):55-70.
8. Cook C, Hegedus E. Orthopedic physical examination test: An evidence - based Approach. 2 ed. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2013.
9. Grunebach H, Arnold MW, Lum YW. Thoracic Outlet Syndrome. Vasc Med. 2015 Oct;20(5) :493-5.
10. Sanders RJ, Annett SJ. Thoracic outlet and pectoralis minor syndromes. Semin Vasc Surg. 2014 Jun;27(2):86-117.
11. Salom Moreno J, Ortega S, Ambite S, de la Llave-Rincón A. Tratamiento fisioterapéutico mediante terapia manual en el síndrome compresivo del músculo escaleno: a propósito de un caso. Fisioterapia. 2013. 35(6):277- 282.
12. Kuhn J, Lebus B, Bible J. Thoracic Outlet Syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2015 Apr;23(4):222-32.

