

Síndrome de la Entrada Torácica

Dr. Jorge A. Pacheco R., Dr. José Ramón Henríque Espinal'*

RESUMEN. Se presenta una actualización y revisión sobre un conjunto de síndromes muy poco conocidos y de mucha importancia para la práctica clínica, por las estructuras anatómicas involucradas; y por las molestias y la incapacidad funcional, que provoca en los pacientes, el cual es conocido como **SÍNDROMES DEL EXTREMO SUPERIOR TORÁCICO (SÍNDROME DE LA ENTRADA TORÁCICA)**.

Anatómicamente dichos síndromes se han dividido en cuatro variedades: El primero y más frecuente, es el Síndrome de la costilla cervical, localizado a nivel de C6-C7.

El segundo, es el Síndrome del escaleno anterior, en el cual se encuentra involucrados, los triángulos anatómicos del cuello.

El tercero, es el Síndrome Costoclavicular (Síndrome de Falconer Weddell) el cual involucra y produce manifestaciones nerviosas, venosas y arteriales a nivel de la primera costilla y la clavícula.- Y por último el Síndrome de Hiperabducción detrás del pectoral menor y por debajo de la apófisis coracoides.

Palabras Clave. Síndrome del Falconer Weddell, escaleno anterior, Maniobra de Addson.

Médico Especialista en Medicina Interna.
Médico General.

SÍNDROME DE LA ENTRADA TORÁCICA

Primero: Síndrome de la Costilla Cervical, **Segundo:** Escaleno Anterior, **Tercero:** Costo Clavicular y Cuarto: Hiperabducción.

GENERALIDADES: Los vasos subclavios y el plexobraquial pasan por un triángulo formado por la primera costilla, escaleno medio y escaleno anterior, la arteria pasa después por debajo de la clavícula y luego detrás de la inserción del pectoral menor en la apófisis coracoides; el plexobraquial sigue a la arteria pero es posterior a ella; la vena pasa entre los haces del escaleno medio.

Los síntomas van a depender de la compresión de arteria-vena-nervio-plexo-perivascular simpático.

1. SÍNDROME DE LA COSTILLA CERVICAL.

Depende de la existencia de costilla verdadera a nivel de C6-C7, cartílago o banda fibrosa que se fusionan a la primera costilla. Hay compresión del paquete vasculonervioso.

CUADRO SEMIOLÓGICO: Es más común en mayores de veinte años, con predominio en las mujeres.- El síntoma más común es el dolor cervical que sigue la distribución del mediano o cubital- Hay dolor, con

parestias, hiperestesia o anestesia.- Las parestias y el dolor pueden irradiarse además hacia la nuca y el ojo.- El dolor variable de intensidad pueda provocarse o aumentar al palpar la arteria subclavia (plexo-perivascular simpático).

Pueden estar presentes: cianosis, enfriamiento e hiperhidrosis.- La compresión de las fibras motoras produce atrofia de los interóseos y disminución de la fuerza muscular.

Al examen físico se palpa el escaleno anterior espástico, duro y doloroso. La costilla puede palparse (no siempre) en la fosa supraclavicular.

Maniobra de Addson: Paciente sentado con la mano descansando sobre muslos palpe el pulso radial, haga que el paciente gire la cabeza hacia el lado examinado (pulso), e inspire profundamente; que hiperextienda la cabeza (hacia atrás); en este momento el pulso radial disminuye el volumen e intensidad durante la apnea postinspiratoria.

Puede palparse y auscultarse en la parte media de la fosa supraclavicular un frémito o soplo; el diagnóstico lo confirma la radiografía.

2. SÍNDROME DEL ESCALENO ANTERIOR.

ANATOMÍA: El lado anterior de un triángulo cervical esta formado por el escaleno anterior desde su inserción en la tercera, cuarta, quinta y sexta vertebra cervical y dirigido hacia adelante y abajo hasta la primera costilla, el lado posterior corresponde al escaleno medio y la base a la primera costilla; la arteria subclavia y el plexobraquial pasan entre los dos escalenos. El músculo escaleno anterior puede tener una inserción amplia, estar unido al medio o estar edematoso, espástico e hipertrofiado.- La hipertrofia puede acompañar a personas que levantan cargas pesadas y el espasmo suele asociarse a hernia discal, artritis. De todas maneras la irritación nerviosa mantiene el espasmo.

Puede tratarse de pacientes longilíneos con hombros caídos. Las manifestaciones son más aparentes en el lado cubital (ulnar) de brazo y mano. La maniobra de ADDSON es positiva. Asegúrese que el pulso radial

no disminuye ni desaparece en la apnea postinspiratoria sostenida y la cabeza recta mirando hacia adelante.

3.SÍNDROME COSTOCLAVICULAR (SÍNDROME DE FALCONER WEEDELL).

Las manifestaciones resultan del pellizcamiento del nervio y la arteria entre la primera costilla y la clavícula cuando el desfiladero es estrecho por tuberosidades de la primera costilla, fractura clavicular consolidada, al tironamiento de la costilla ejercida por el escaleno más hipotonía simultánea de los músculos que se insertan en la clavícula, que por esta condición cae sobre las costilla.- Este pellizcamiento se intensifica con la hiperextensión del cuello y al levantar y sostener objetos pesados con ambas manos, trabajo que produce desplazamiento de los hombros hacia abajo y atrás.- Lo mismo sucede con una marcha prolongada con carga pesada sobre el hombro.

El síndrome produce manifestaciones arteriales: pulsos, cianosis, fuerza muscular disminuida.

Manifestaciones nerviosas: dolor, hiperestias, anestesia, parestesia del plexo perivascular simpático: enfriamiento, hiperhidrosis.

Manifestaciones venosas: edema y circulación colateral.

Maniobra Costoclavicular: Produce compresión arterial.- Paciente sentado; un asistente palpa los pulsos radiales; él médico de tras del paciente forza el o los hombros hacia abajo.- La maniobra puede ser simultánea o explorando solo un lado.- El pulso disminuye su volumen e intensidad.

Variante: El paciente de pie con flexión de 90 grados de ambos codos, manteniendo esta flexión lleve el brazo abducido en el plano coronal a 45-90 grados y luego a 135 grado, lo cual se logra llevando las manos hacia la cabeza en cada posición, se palpa el pulso radial y se ausculta debajo de la porción media de la clavícula.- Los pacientes con este síndrome presentan obliteración del pulso en 1 de las 3 posiciones y en la posición donde el pulso fue palpable, la obliteración parcial produce un soplo sistólico subclavicular.

La primera maniobra no es positiva en varios enfermos.

La segunda produjo obliteración en personas normales 5% a 90 grados y en el 15% a 135 grados. En ambas maniobras, si se logra la obliteración arterial puede verse aparecer circulación colateral.

4. SÍNDROME DE HIPERABDUCCIÓN

Anatomía: En algunas personas la elevación de los brazos hace chocar la arteria contra la apófisis coracoides comprimiéndola cuando transcurre (la arteria) detras del pectoral menor y debajo de la coracoides.

Cuadro Semiologico: La molestia más es el adormecimiento y dolor punzante continuo o intermitente en ambos brazos y manos. El interrogatorio descubre que el paciente duerme con los brazos {pintar techos} o (engrazado de autos).

Los síntomas ya mencionados y los correspondientes al síndrome costal presente en el síndrome de hiperabducción pueden reproducirse en el:

- a) Paciente sentado elevando los brazos a 90 grados.
- b) En decúbito con los brazos separados del cuerpo a 90 y 180 grados, durante la apnea postinspiratoria sostenida por dos minutos o más. Esta es la maniobra de Wright y en la cual se deben obser-

var las variaciones del pulso, investigar soplo infra o supraclavicular y en la parte alta de la axila.

- c) Prueba de la hiperabducción.
Haga que el paciente lleve los brazos en abducción y coloque las manos sobre la cabeza mientras abre y cierra las manos varias veces; o que repita la posición en que duerme; palpe y ausculte.
- d) Examen oscilometrico con los brazos colgantes al lado del cuerpo, a 90 y 180 grados.

** Tomado del texto en preparación del Dr. Jorge A. Pacheco "SEMIOLOGÍA EL NUEVO ENFOQUE".

REFERENCIAS

1. Me Minn R.M.H., Hutchings R.T. Gran Atlas de Anatomía Humana. Interamericana. Volumen 1987 (Pág. 37-38).
2. Gardner Ernest, Gray Donald, O-Rahilly Roñan MD. Cabeza y Cuello. Anatomía. Salvat Mexicana de Ediciones- Tercera Edición 1981 (pag. 778-79).
3. Gowin Elmer L. de Gowin Richard L./ Circuiation-Large Limb Arterias. Dianostic Examination. Third Edition 1976 (419-21).
4. Harrisons. Dolor en el Cuello y la Espalda. Principios de Medicina Interna. Undécima Edición 1989 (pag 49-50).
5. Bailey Hamilton. Comprensión de Estructuras de la Base del Cuello. Semiología Quirurgica./ediciones Toray S. A. Barcelona, Segunda Edición. 1971 (176-78)
6. Navarro-Beltran Estanislaol/ Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas/Salvat Editores/ Duodécima Edición 1988 (pag 1047).

El Hierro se oxida sin uso, el agua estancada se pierde su pureza y en climas frió se transforma en hielo; la inactividad debilita el vigor de la mente

Leonardo Da Vinci