

## CASO CLÍNICO

# Síndrome del desfiladero torácico superior secundario al tratamiento de hipercifosis con corsé

M.N. MARTÍNEZ PÉREZ, R. PUÑET PELLISÉ Y P. ALVO IZAGUIRRE

Servicio de Rehabilitación. Hospital Santa Bárbara. Complejo Hospitalario de Soria.

**Resumen.**—El síndrome del desfiladero torácico superior (SDTS) consiste en un cuadro clínicamente bien definido, con manifestaciones neurovasculares variables según las estructuras comprometidas en el trayecto cervicoaxilar, y desencadenado por diversas causas.

Se describe el caso de una joven afectada de dorso curvo, que tras tratamiento ortopédico lyonés, con apoyo anterior en hombros, comenzó de forma casi inmediata a presentar sintomatología indicativa de SDTS, la cual remitió tras la supresión de la ortesis. Cabe destacar la originalidad etiológica de este caso, así como su forma de presentación. Revisada la bibliografía sobre el tema no hemos encontrado descripciones etiológicas similares.

**Palabras clave:** *Síndrome del desfiladero torácico superior. Corsé. Cifosis.*

## THORACIC OUTLET SYNDROME SECUNDARY TO HYPERKYPHOSIS TREATMENT BY CORSET

**Summary.**—The thoracic outlet syndrome (TOS) consists of a clearly defined clinical picture characterized by a subset of neuro-vascular manifestations which may vary depending on structures of the cervico-axillary area involved, and it can be triggered off by a range of causes.

We report the case of a young woman affected by hyperkyphosis who, following orthopaedic Lyones treatment, which included front shoulder support, suddenly presented with clinical symptoms suggestive of TOS, which disappeared after the orthosis removal. We would like to emphasize the etiologic origin and form of presentation of the TOS symptoms in our patient. To our knowledge following a thorough review of the literature on this issue no similar etiologic reports have been found.

**Key words:** *Thoracic outlet syndrome. Kyphosis. Corset.*

Trabajo recibido el 16-03-04. Aceptado el 27-05-04.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome del desfiladero torácico superior (SDTS) engloba diversas manifestaciones neurológicas y/o vasculares secundarias a compresión o irritación del plexo braquial y/o de los vasos subclavios en las estrecheces anatómicas durante su trayecto cervicoaxilar<sup>1</sup>. En este trayecto se atraviesan sucesivamente: el desfiladero de los escalenos (delimitado por el músculo escaleno anterior, escaleno medio y primera costilla); el desfiladero costoclavicular (entre la extremidad anterior de la primera costilla y la parte media de la clavícula); la región subpectoral (detrás del pectoral menor), y la correspondiente a la cara anteroinferior de la cabeza humeral (espacio subcoracoideo)<sup>2,3</sup>.

Son muchos pues los puntos donde puede originarse una compresión de las referidas estructuras vasculo-nerviosas, así como los síndromes descritos y sus posibles causas, entre las que destacan las variantes anatómicas (costillas supernumerarias, megapófisis, cambios fibromusculares, etc.), alteraciones locales expansivas del hueco supraclavicular y cambios en la estética de la cintura escapular y cuello (muchas veces referidos al ejercicio)<sup>4</sup>. En relación a esto último se han descrito las anomalías estructurales que origina el aumento de la cifosis dorsal. Dentro de ellas destacan la rotación anterior de las escápulas y de los músculos con inserción clavicular; la retroposición del manubrio esternal y el aumento de la inclinación de las primeras costillas, lo cual determina un aumento de la tensión en el músculo escaleno anterior<sup>5</sup>; a esto se añade el acortamiento de los músculos pectorales.

El interés del caso que se presenta radica en su forma de aparición brusca, casi inmediata, coincidiendo con la colocación de un corsé ortopédico en una paciente afectada de hipercifosis dorsal.

## CASO CLÍNICO

Se trataba de una joven de 15 años, sin antecedentes patológicos de interés, que padecía cifosis juvenil de 52°, con lordosis lumbar de 70° de Cobb y que fue objeto de tratamiento ortopédico corrector, con corsé de yeso durante 3 meses, sin observar ninguna complicación. A continuación fue reemplazado por corsé lyónés en termoplástico con apoyo anterior en hombros (fig. 1). A las 4-5 h de la colocación de este último aparecieron parestesias, hipoestesia y debilidad progresivas en ambos miembros superiores, acompañadas de cambios de coloración en las manos influídos por la temperatura ambiental. Todo ello llegó a limitar la capacidad de escribir y realizar los elementales gestos de la vida diaria.

En la exploración clínica a la semana de llevar el corsé, después de comprobar que éste estaba bien adaptado y no comprimía el hueco axilar, se evidenció el siguiente balance muscular siguiendo la clasificación de Daniels: deltoides, 2+; bíceps, 3; tríceps, 2; extensores de muñeca-dedos, 3+, y flexores de muñeca-dedos, 3+; lo que impedía a la paciente mantener los brazos elevados (fig. 2). La pérdida de fuerza era de mínimo predominio derecho.

Presentaba arreflexia bicipital, tricipital y estílorradial, e hipoestesia táctil bilateral de predominio distal. En la auscultación había un soplo supraclavicular derecho modifiable por la posición de la cabeza. La maniobra de Adson era positiva en ambos brazos, y se comprobó la aparición de fenómeno de Raynaud relacionado con cambios posicionales cervicales.

Ante la sospecha de un SDTS se solicitaron radiografías cervicales, en las que pudo apreciarse la existencia de un esbozo de costilla cervical bilateral (fig. 3), confirmada por resonancia magnética (RM), sin apreciarse más alteraciones morfológicoestructurales

*Fig. 2.—Detalle del corsé en vista anterior.*

del orificio torácico superior. El estudio eco-Doppler de troncos supraortícos no evidenció anomalías vasculares.

La reducción en la utilización del corsé, que se limitó al uso diurno de 7 a 12 h, condujo a una lenta y favorable evolución hasta la completa desaparición de los sín-

*Fig. 1.—Esbozo de costilla cervical bilateral.*

*Fig. 3.—Obsérvese la debilidad de extremidades superiores.*

tomas, siendo la exploración a los 3 meses del inicio prácticamente normal. A los 7 meses, coincidiendo con la retirada definitiva del corsé, alcanzó la total recuperación, sin secuelas neurológicas ni vasculares y hoy día la paciente se encuentra completamente asintomática.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico del SDTS se fundamenta en la evaluación clínica y en la ausencia de otra enfermedad determinante<sup>1,6</sup>.

A pesar de las múltiples referencias bibliográficas de SDTS, no hemos encontrado ninguna que describa como causa desencadenante el tratamiento ortopédico de la cifosis mediante corsé. En nuestro caso fue la evidente relación causa-efecto entre la colocación del corsé y la aparición de la sintomatología, así como la claridad de ésta, lo que hizo sospechar el diagnóstico inicial de SDTS.

Se descartaron, por la anamnesis y pruebas complementarias, otras causas posibles, incluidos cuadros virales y la profilaxis antitetánica, que pudieran haber originado neuritis aguda del plexo. La buena evolución del examen neurológico (balance muscular, reflejos y sensibilidad) y de los cambios vasculares en manos (fenómeno de Raynaud y trastornos vasomotores); así como la mejoría subjetiva progresiva que siguió a la reducción en el tiempo de utilización del corsé, fueron los criterios que confirmaron nuestras sospechas. No se realizó estudio neurofisiológico ni angiográfico por la rápida y favorable evolución al retirar parcialmente la ortesis.

Pensamos que los cambios estáticos provocados por el corsé en las relaciones anatómicas de la cintura escapular y la región cervical, a los que se añade el esbozo de costilla cervical y la retropulsión de los hombros, fueron los determinantes de la aparición del cuadro clínico.

El hecho de que el cuadro clínico apareciera tras el corsé de termoplástico, con apoyo anterior en los hombros, y no tras el yeso, subraya la importancia causal del rechazo posterior de los hombros con las consiguientes variaciones anatómicas en la región del desfiladero torácico superior.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dubuisson A, Foidart-Dessalle M, Cohnen A, Zeimet C. Thoracic outlet syndrome. Rev Med Liege 2001;56: 97-105.
- Mayoux-Benhamou MA, Benhamou M, Mignon E, Seror P, Luizy F, Dadon M, et al. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes por compresión en el desfiladero cervicotora-cobraquial. EMC 2003;E-26-212-A-10.
- Mumenthaler M. Síndromes dolorosos cervicobraquiales. Barcelona: Doyma, 1985; p. 57-68.
- Goodson JD. Brachial plexus injury from light tight backpack straps. N Engl J Med 1981;305:524-5.
- Collins JD, Saxton EH, Miller TK, Ahn SS, Gelabert H, Carnes Inicial? Scheuermann's disease as a model displaying the mechanism of venous obstruction in thoracic outlet syndrome and migraine patients: MRI and MRA. J Natl Med Assoc 2003;95:298-306.
- Gillard J, Pérez-Cousin M, Hachulla E, Remy J, Hurtevent JF, Vinci L, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. J Bone Spine 2001;68:416-24.

### Correspondencia:

Natividad Martínez Pérez  
Servicio de Rehabilitación  
Hospital Santa Bárbara  
Pº de Santa Bárbara, s/n  
42005 Soria  
Correo electrónico: natim@cir.uva.es