

# SÍNDROME VERTEBRO-TORÁCICO

MARGARIDA HENRIQUES, ANA FERNANDES, ACÁCIO CORDEIRO FERREIRA

Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

## RESUMO

A propósito de um caso clínico de síndrome do desfiladeiro, o único registado em 25 anos de existência de Consulta de Cirurgia Plástica do H.S.M., os autores fazem uma introdução que contempla os principais factores etiológicos, clínica, métodos de diagnóstico e tratamento.

## SUMMARY

### Outlet Syndrome

The authors report a clinical case of outlet syndrome, the only one diagnosed in the outpatient clinic of the Plastic Surgery Department, Santa Maria Hospital, Lisbon, in the last 25 years. The principal etiologic factors, clinical aspects, diagnosis and treatment are reviewed.

## INTRODUÇÃO

Os síndromes vertebro-torácicos dizem respeito a uma variedade de entidades clínicas que afectam o plexo braquial ou a artéria subclávia. São frequentemente de difícil diagnóstico e novos métodos de exames complementares são necessários como a ressonância magnética<sup>1</sup>.

## ETIOLOGIA

A hiperextensão do pescoço com estiramento e hipertrofia dos músculos escalenos, as anomalias posturais como a escoliose e a cifose, as doenças musculoesqueléticas que levam a contracturas marcadas e certas actividades profissionais (dentistas, mecânicos)<sup>3</sup> são factores etiológicos importantes mas com menor frequência que a existência de uma primeira vértebra ou costela cervical anómala embora nenhum deles seja requisito necessário à existência deste síndrome<sup>2</sup>.

## FISIOPATOLOGIA

A compressão provém dos seguintes factores: factores morfológicos predisponentes, modificações estruturais e alterações no tipo de miosina secundário a trauma<sup>4</sup>.

## CLASSIFICAÇÃO

Há 5 variedades destes síndromes:

- 1) Arterial, por existência de uma vértebra cervical ou 1ª costela mal formada
- 2) Neurológico, por banda fibrosa compressiva
- 3) Venoso, por trombozes múltiplas e repetidas

- 4) Pós-traumática, secundária a fractura da clavícula
- 5) Síndrome do *Escaleno Anticus*, com musculatura do ombro hipotónico que ocorre principalmente em mulheres<sup>3</sup>.

## CLÍNICA

A história arrastada de dor agravada com a postura e o síndrome de Raynaud são os sinais mais observados<sup>4</sup>; a dor é referida à região supra-clavicular, face interna do braço e ombro e, por vezes acompanhada de cefaleias. Compromisso arterial ocorre em apenas 5 % dos casos e está associado a vértebra cervical ou costela rudimentar. Ocorrem, também, alterações da sensibilidade com hipostesia no território do nervo cubital e sem sinal de Tinnel.

## DIAGNÓSTICO

É possível fazer a reprodução dos sintomas com testes provocatórios posicionais<sup>4</sup>, sendo a flexão lateral e rotação cervicais usadas para detectar a restrição por 1ª costela anómala<sup>5</sup>.

São usados também, estudos electromiográficos, pletismografia digital, doppler arterial e arteriografia para detectar compromisso vascular; a ressonância magnética apresenta valor diagnóstico nestes síndromes ao demonstrar desvio ou distorção dos vasos e nervos, sugerir a presença de bandas invisíveis radiograficamente<sup>1</sup>.

## TRATAMENTO

A fisioterapia não pode substituir a cirurgia em formas severas com compromisso neurológico ou vascular<sup>6</sup>.

A simpaticectomia dorsal por via endoscópica tem tido sucesso na presença de distrofia reflexa simpática, insuficiência vascular do membro superior e fenómeno de Raynaud<sup>7</sup>.

Os métodos mais usados são a remoção da 1ª costela por abordagem axilar e a escalenectomia; a abordagem posterior é preferível na presença de compromisso neurológico, recidiva após a operação e lesão envolvendo o nervo espinal<sup>8</sup>.

As complicações podem ser dramáticas desde trombose da artéria axilar ou subclávia, paralisia do plexo braquial transitória ou definitiva, lesão do nervo frénico e torácico entre outras.

## CASO CLÍNICO

### IDENTIFICAÇÃO

Doente de 41 anos, sexo feminino, natural e residente na Ilha Terceira, doméstica.

### HISTÓRIA

Reporta o início das suas queixas a Setembro de 1992 em que um dia de manhã ao acordar, notou diminuição da mobilidade do 2º dedo da mão direita que não valorizou. Posteriormente, notou que os restantes dedos apresentavam os mesmos sinais em menos de um mês e, também arrefecimento do membro e dor na região supra-clavicular agravada com a abdução; tais factos, impossibilitaram-na de executar as tarefas quotidianas.

Dada a persistência da sintomatologia recorreu ao médico assistente que foi prescrevendo alguns exames os mais significativos dos quais passaremos a citar:

Em Abril de 1993 foi pedida radiografia da coluna cervical que revelou *Cervicartrose incipiente de C4 e C5* e electromiografia que revelou *lesão neurógena periférica com deservação das raízes do plexo braquial direito com maior atingimento de C7, C8 e D1*.

Em Agosto de 1993 a ressonância magnética da coluna cervical não revelou qualquer alteração: *Normal morfologia e sinal vertebro-discal sem imagens de hérnias ou protusões intra-canaliculares ou foraminais, canal raquidiano de normal configuração, medula de normal morfologia e amígdalas cerebelosas normalmente posicionadas. Não se registam imagens de formações patológicas ou alterações de sinal de estruturas para-vertebrais e supra-claviculares; em resumo exame normal*.

Portadora destes exames foi então, enviada à nossa consulta em Novembro de 1993.

### EXAME OBJECTIVO

Do exame objectivo ressaltaram fâcies encaracterística, cifose cervico-torácica marcada sem gigantomastia associada, e a assimetria marcada dos membros superiores.

O exame do membro superior direito mostrou coloração normal, hipotrofia da musculatura mais acentuada no ombro e braço, edema discreto do antebraço e mão, achatamento do arco metacárpico; não se observaram deformações do escavado supra-clavicular.

Pesquisámos, seguidamente a temperatura e verificámos ser simétrica em relação ao oposto. A sensibilidade dolorosa, superficial e profunda encontrou-se diminuída no território do nervo cubital bem como a discriminativa a dois pontos, a pesquisa do sinal de Tinnel foi negativa. O exame dos pulsos periféricos aparentemente revelou diminuição da amplitude de preenchimento da umeral, radial e cubital em relação ao lado oposto agravando francamente com a abdução; à mobilização activa apresentava incapacidade de abdução-adução dos dedos, esboço de oponência para o 2º e 3º dedos, flexão limitada do punho com desvio radial e ausência de pinça; a mobilidade passiva encontrava-se normal; a força muscular diminuída grau II e os reflexos osteo-tendinosos normais.

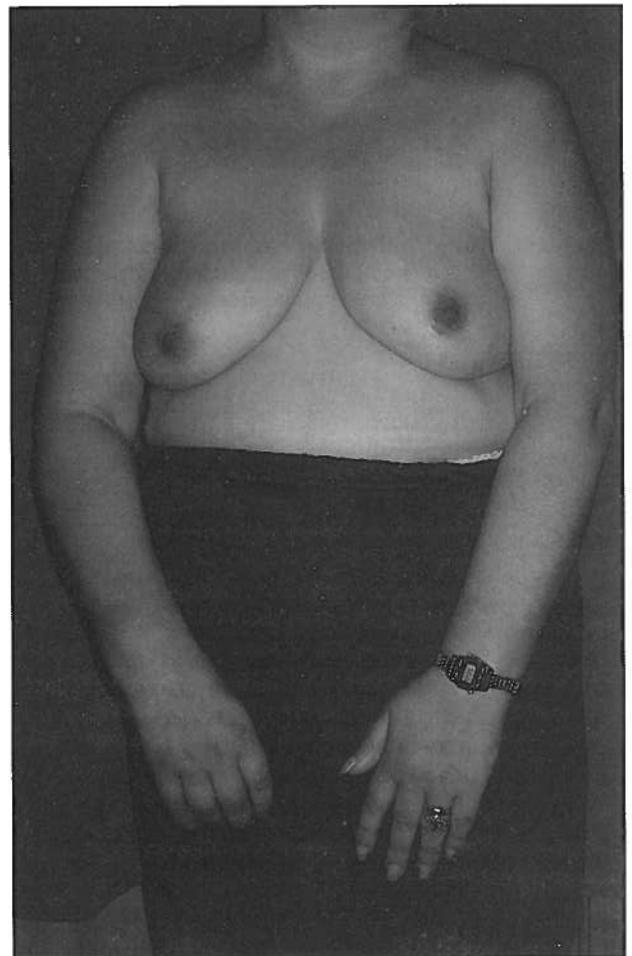


Fig. 1 – A doente aquando da 1ª Consulta; de notar a assimetria dos membros

### EXAMES PEDIDOS

Para esclarecimento da situação e atendendo à evolução de um ano foram pedidos novos exames complementares de diagnóstico- Electromiografia em Novembro de 1993 revelou *sinais neurogénicos intensos e actividade dos músculos distais do membro superior direito, não permitindo o diagnóstico etiológico...* e Tomografia axial

computorizada que revelou *Não vemos neste estudo massa anormais no trajecto aparente do plexo braquial, nomeadamente a nível cervical, quer na região supra ou infra-clavicular onde é apontada a suspeita clínica.* O doppler arterial revelou *membro superior direito e esquerdo revelam curva trifásica com boa amplitude e simétricas. A P. A. medida em ambos os braços é de 140 mm de Hg; com o membro superior direito em abdução a curva mantém-se trifásica a nível da umeral; não tem com efeito evidência de alteração arterial mas apenas de compromisso neurológico.*

Como os resultados dos exames não fornecem dados etiológicos precisos quanto à natureza deste síndrome e em face de tal quadro de compromisso neurológico optou-se pela terapêutica que julgámos mais conveniente.

### TRATAMENTO

A 8 de Fevereiro de 1994 foi realizada a descompressão cirúrgica ao nível do espaço costo-clavicular por abordagem trans-axilar com ressecção da 1ª costela; não foi detectada intra-operatóriamente qualquer lesão que ocupasse espaço e não tivemos qualquer complicação pós-operatória.

### RECUPERAÇÃO

A doente referiu melhoria imediata das queixas dolorosas com recuperação parcial da sensibilidade ao nível do braço e desaparecimento da sensação de arrefecimento.

Tem efectuado fisioterapia e mantém-se em observação na Consulta.

### BIBLIOGRAFIA

1. PANEGYRES P K, MOORE N, GIBSON R, RUSHWORTH G, DONAGHY M: Thoracic outlet syndromes and magnetic resonance imaging. *Brain* 1993; 9: 116; 823-841

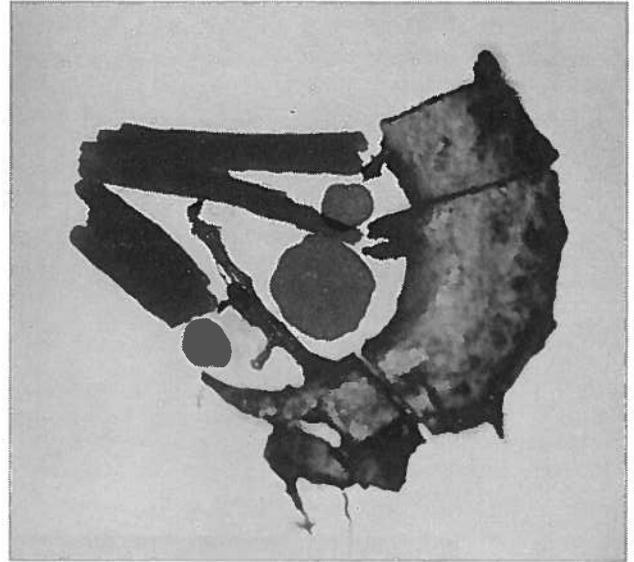


Fig. 2 – A costela ressecada com montagem dos escalenos desinseridos.

2. LEFFERT R D: Thoracic outlet syndromes. *Hand-clin* 1992; 8 ( 2 ): 285-297
3. BLANCHARD B, BLANCHARD G, FORCIER P, CLOUTIER L G: The thoracic outlet syndromes, disputed syndrome. *Rev-Med Sisse-romande* 1992; 112: 235-266
4. NOVAK C B, MACKINNON S E, PATTERSON G A: Evaluation of patients with thoracic outlet syndrome. *J Hand-surg (Am)* 1993; 18: 292-299
5. LINDGREN K A, LEINO E, MANNINEN H: Cervical rotation lateral flexion test in brachialgia. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 735-737
6. AKIGNE C: Rehabilitation of patients with thoracic outlet syndrome. *Ann-Vasc-surg* 1992; 6: 381-389
7. URSCHEL H C JR: Dorsal sympathectomy and management of thoracic outlet syndrome with VATS. *Ann Thorac surg* 1993; 56: 717-720
8. DUBUISSON A S, KLINE D G, WEINSHEL S S: Posterior subcapular approach to the braquial plexus. Report of 102 patients. *J Neurosur* 1993; 79: 319-330