

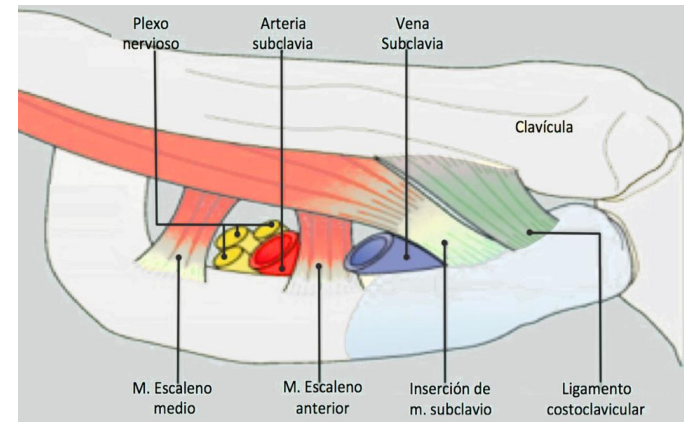
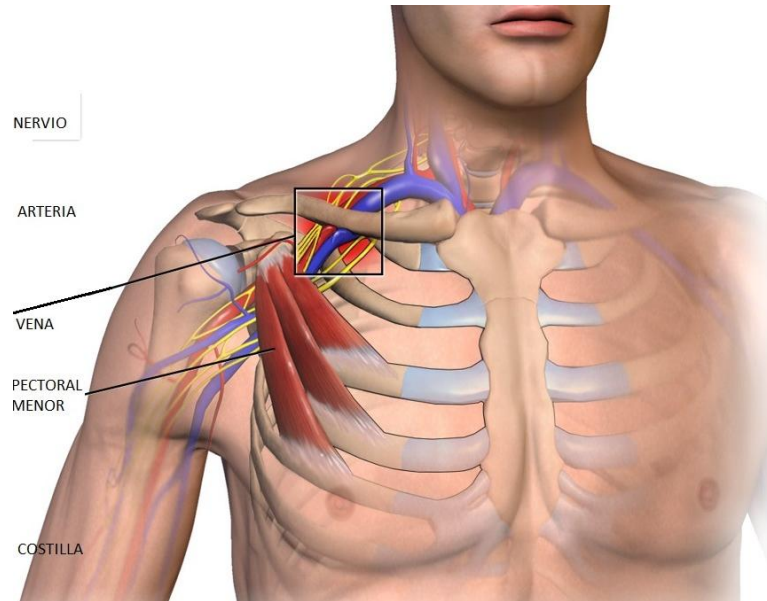


SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO

Prof. Dr. José A. González-Fajardo

Síndrome del Desfiladero Torácico

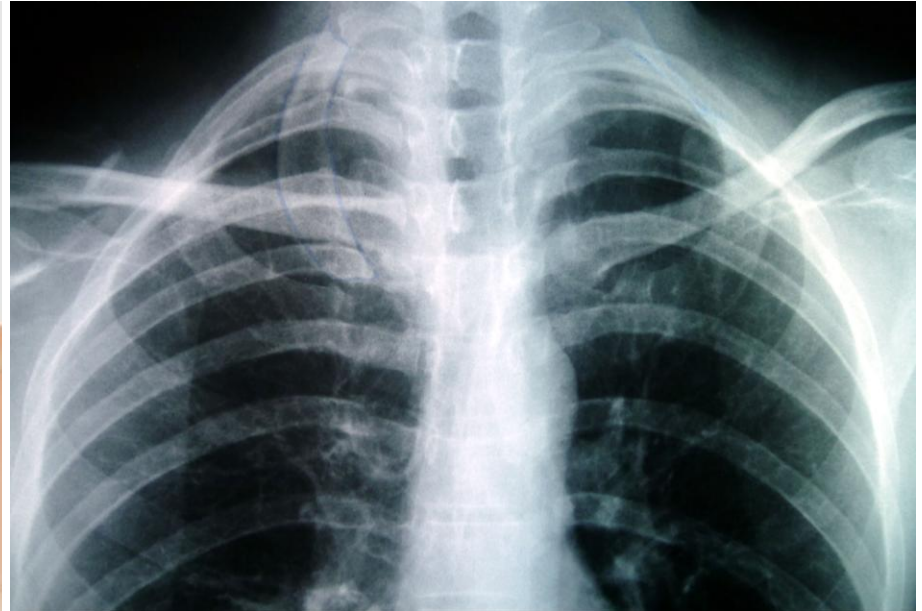
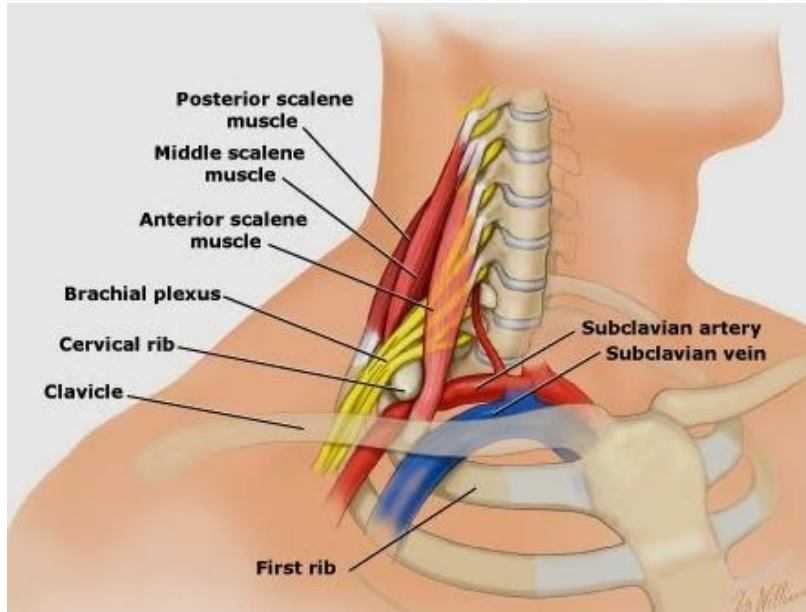
SdT



- El Desfiladero Torácico es el espacio anatómico comprendido entre la **1º-costilla, los músculos escalenos anterior-medio y la clavícula.**
- La existencia de anomalías óseas o músculo-tendinosas puede causar **manifestaciones temporales o definitivas como consecuencia de la compresión.**

Síndrome del Desfiladero Torácico

SdT

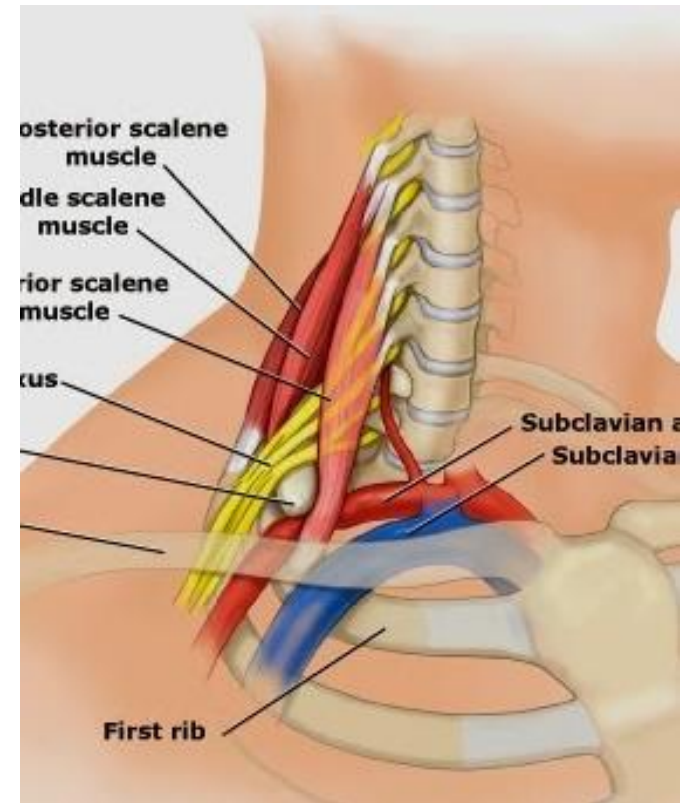


- Este espacio, puede causar **manifestaciones temporales o definitivas como consecuencia de la compresión extrínseca** del plexo nervioso braquial, de la vena subclavia o de la arteria subclavia.

Síndrome del Desfiladero Torácico

Tipos

- El término SDT es inespecífico y su denominación debería expresar la estructura anatómica afectada: **neurológica, venosa o arterial.**
- Mientras que los SDT de naturaleza vascular son fácilmente diagnosticables, los SDT de tipo neurológico son muy complejos y las pruebas electrofisiológicas (EMG) pueden ayudar a diferenciar.



SDT-NEUROLÓGICO

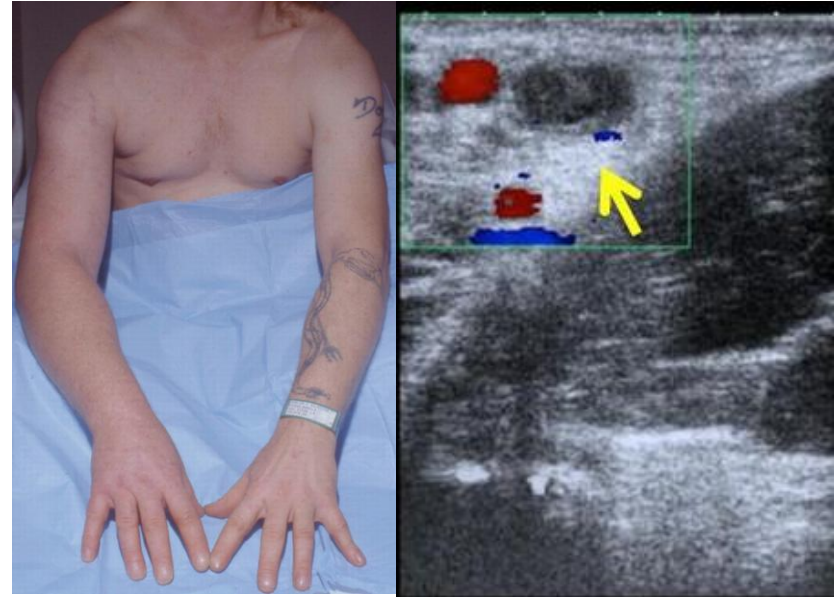
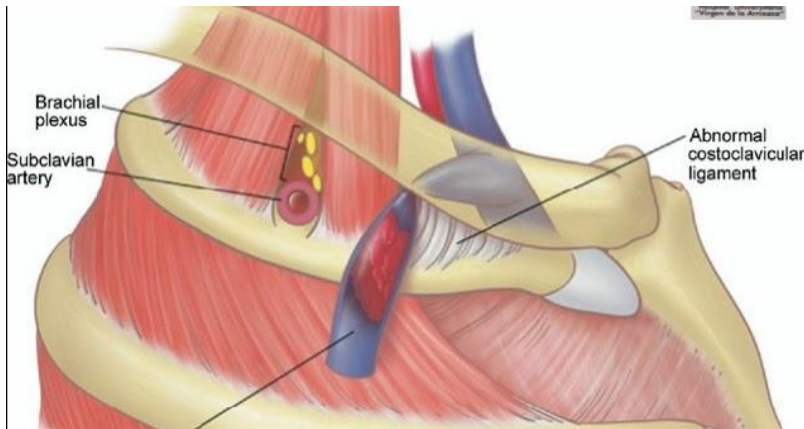
Clínica



- **Es el más frecuente (95%).**
- Aparece principalmente en **pacientes jóvenes** (desde la adolescencia hasta los 40 años), con **predominio femenino** (70% de mujeres).
- Los síntomas característicos suelen ser el dolor, **parestesias** y debilidad muscular de la mano, antebrazo u hombro, de aparición intermitente (no suelen ser continuos). Puede asociarse Fenómeno Raynaud. Su distribución suele tener un patrón metamérico.

SDT-VENOSO

Síndrome de Paget-Shröetter



- El Síndrome de Paget-Shroetter es la manifestación clínica de un síndrome del desfiladero torácico de componente venoso. El entendimiento de la anatomía y fisiopatología es fundamental para su comprensión y tratamiento.

Síndrome de Paget-Shröetter

Clínica

- Esta TVP axilo-subclavia es de causa **Primaria** y más rara que las TVP Secundarias a catéteres, marcapasos, cáncer...
- Típicamente aparece **en jóvenes** (30-40 años) en el **brazo dominante (generalmente derecho)**, con ejercicios de musculación o posturas forzadas de abducción y pinzamiento de la vena.
- Como consecuencia de la TVP aparece un **edema unilateral de brazo en relación al estrechamiento y compresión de la vena axilo-subclavia**, con los signos de dolor, edema e impotencia funcional.



Síndrome de Paget-Shröetter

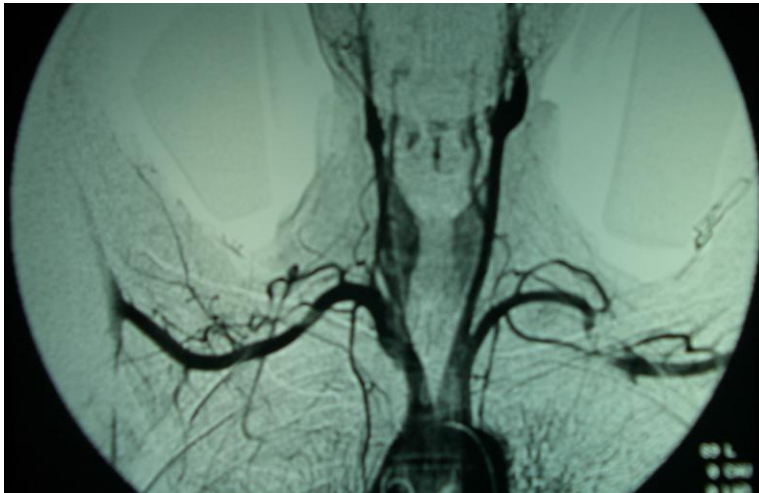
Diagnóstico



- **La sospecha clínica es ESENCIAL:** joven, discomfort y edema unilateral del miembro superior (dominante), asociado frecuentemente a situaciones de esfuerzo (60-80%), con circulación colateral toraco-braquial.
- **El eco-Doppler es considerado fundamental en la evaluación del brazo** (*1^o-step, American College of Radiology*). Sensibilidad 78%, Especificidad 82%

SDT-ARTERIAL

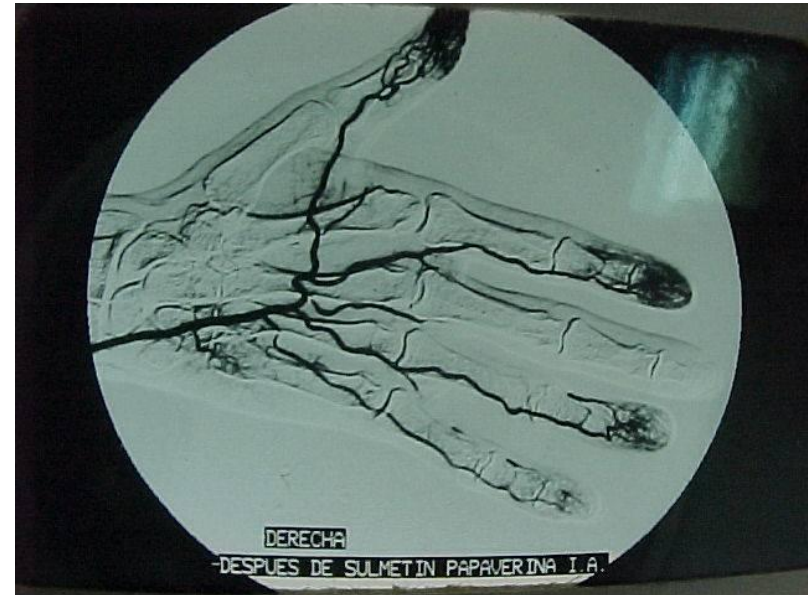
Clínica



- **Incidencia 1%.**
- **Típicamente, suele existir una anomalía ósea** que precipita su aparición (costilla cervical), bien cuando el paciente es joven o cuando éste supera los 50 años y desarrolla cambios degenerativos de la arteria subclavia (aneurismas).

SDT-ARTERIAL

Clínica



- Los síntomas suelen ser de claudicación de la extremidad con isquemia digital, frialdad y palidez, que aunque asemejan un fenómeno de Raynaud son debidos a fenómenos ateroembólicos derivados del trombo mural arterial.

SDT

Maniobras Exploratorias: Inespecíficas



- **Maniobras de Adson:** Rotación de cuello con inclinación de cabeza (oreja hacia hombro), abducción de brazo y maniobras respiratorias de inspiración.

SDT

Maniobras Exploratorias: Inespecíficas



- **Test de Allen:** compensación radio-cubital palmar.

SDT

Maniobras Exploratorias



- **Maniobra de Roos:** Abducción de los brazos en 90° en rotación externa con ejercicios de mano.

SDT

Pruebas Complementarias



- **Neurofisiología: EMG esencial para pacientes con síntomas neurológicos.** Son bastante útiles para excluir otras posibles patologías, sobre todo un síndrome del túnel carpiano, radiculopatías, ...

SDT

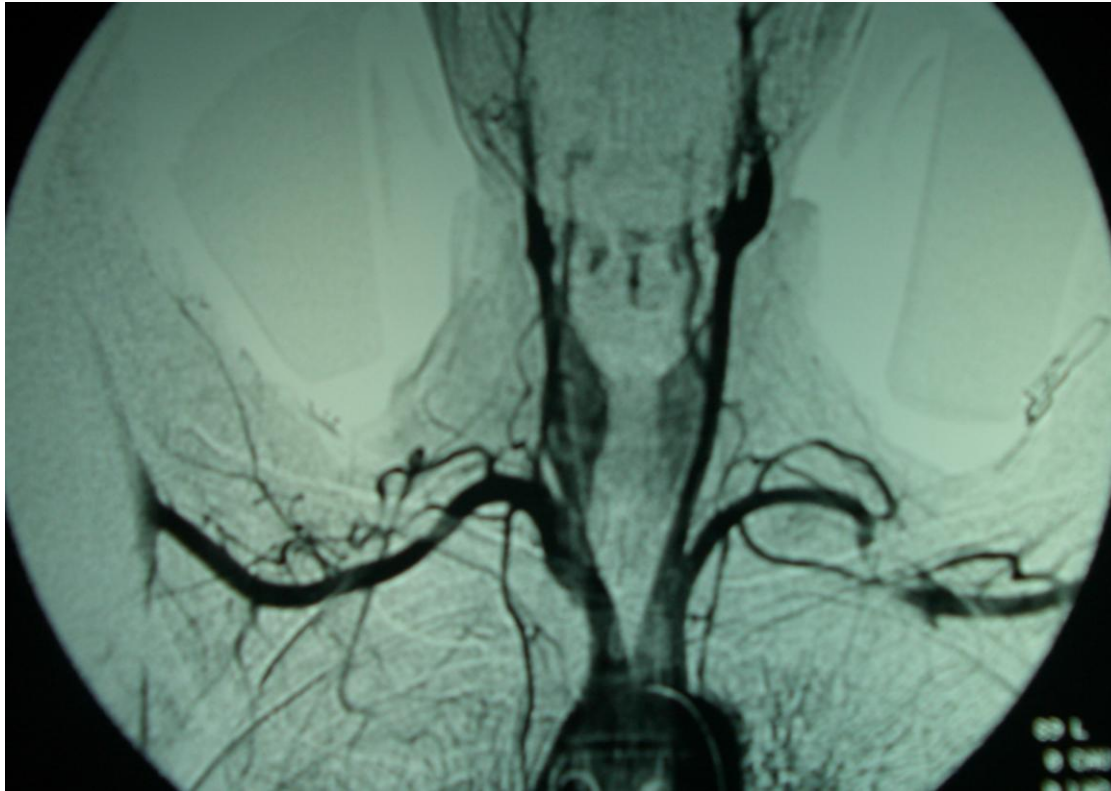
Pruebas Complementarias



- **Rx simple:** fundamental para descubrir anomalías óseas (1ª costilla o costilla cervical).

SDT

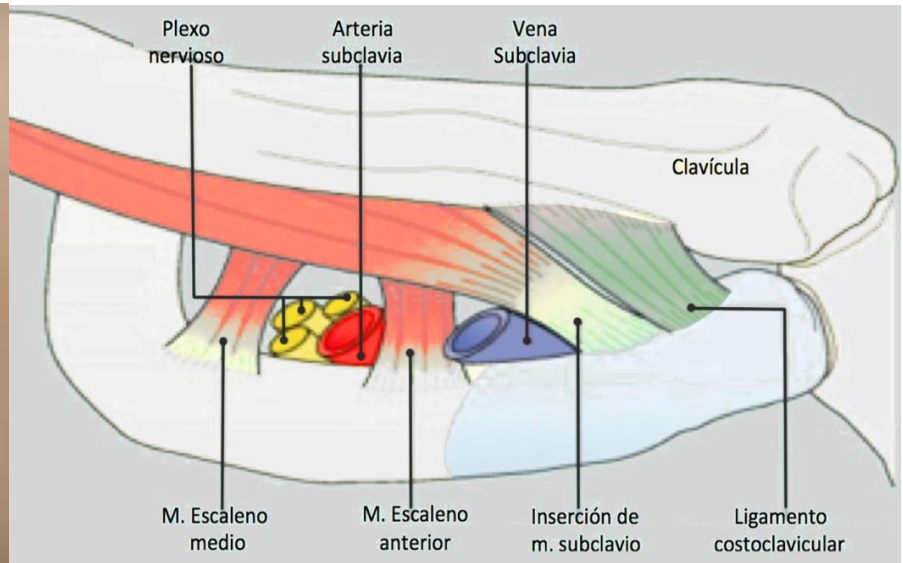
Pruebas Complementarias



- **Angio-TAC/ RNM:** Confirmar lesiones arteriales (aneurismas) o demostración de anomalías musculo-esqueléticas.

SDT-Neurológico

Tratamiento Conservador



- Los pacientes con SDT neurológicos raramente quedan satisfechos con la cirugía (resección 1º-costilla) y suelen ser muy demandantes.
- **En estos pacientes se recomiendan como tratamiento inicial y fundamental la fisioterapia y medidas de rehabilitación (Maniobras de Peet).**

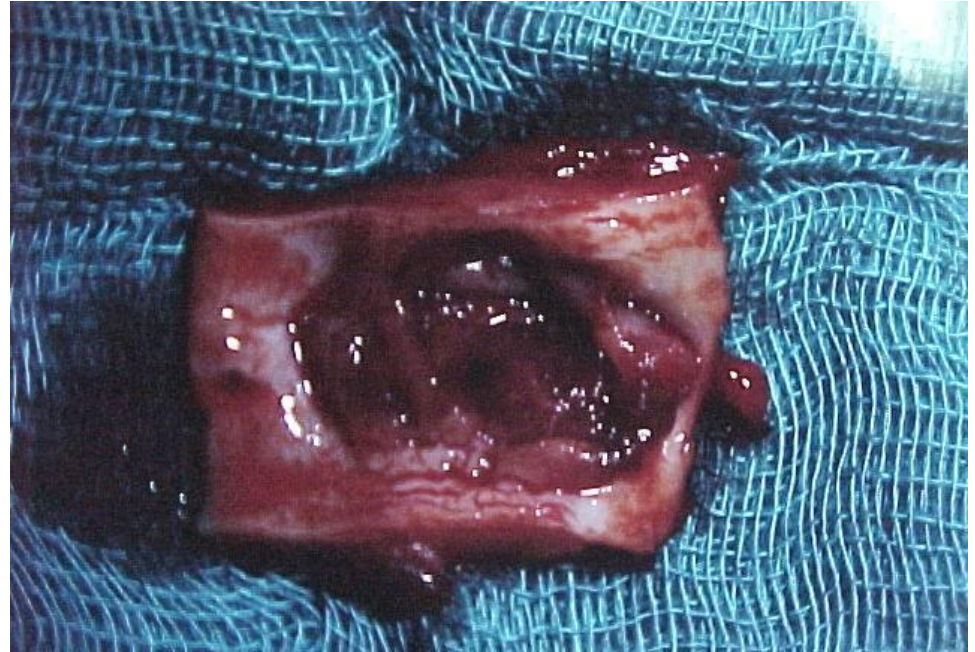
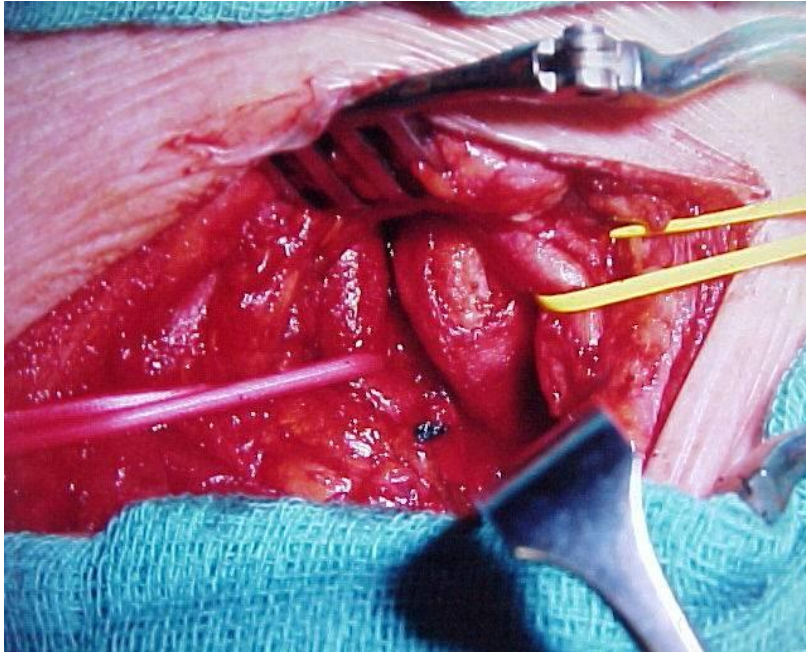
SDT-Venoso

Tratamiento Médico



- Los SDT venoso (Paget-Schröetter) deben ser tratados como toda TVP (**HBPM-anticoagulación**).
- En casos seleccionados: Resección 1º-costilla
- Otras alternativas: Trombolisis/ Trombectomías

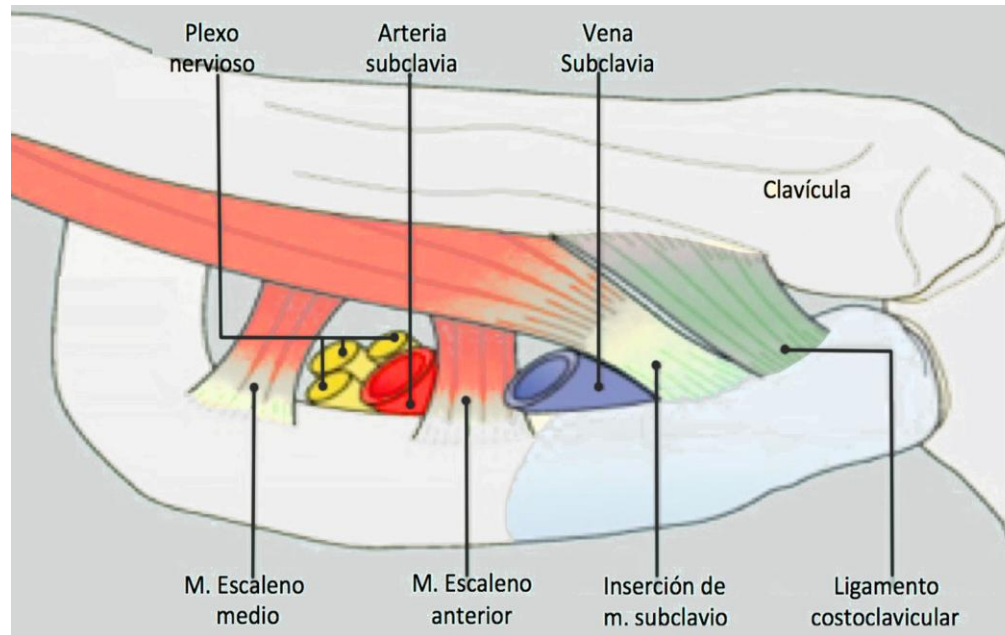
SDT-Arterial Cirugía



- Los SDT arterial deben ser tratados con medidas específicas de tipo quirúrgico: Resección Costal (anomalía ósea) y/o reconstrucción arterial.

SDT

Disposición Anatómica



- **La disposición anatómica de este estrecho torácico es fundamental** para comprender esta patología, las repercusiones clínicas (neurológicas, venosas o arteriales) y su tratamiento.