

RELATO DE CASO

RELATO DE CASO: SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO
CASE REPORT: THORACIC OUTLET SYNDROME

Tatiane Silva Gonçalves¹, Raíssa Nunes Bezerra de Sá², Jéssica Neto Ferreira Pacheco³, Alexis Alison Cardozo Leite⁴, Pedro Manuel Gonzales Cuellar⁵.

RESUMO

Introdução: A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) é uma entidade clínica com sintomatologia diversa, decorrente de compressão anormal do plexo braquial, na região do desfiladeiro torácico. Esta compressão é exercida, na maioria das vezes, pelo músculo escaleno anterior, mas pode resultar também da existência de bandas musculofibróticas, alteração da morfologia da primeira costela, costelas cervicais e músculos anômalos. A SDT pode ser classificada nos tipos vascular e neurogênico. **Descrição do caso:** Paciente, sexo feminino, 27 anos, com quadro de dor e parestesia, há dois anos, de início insidioso, em 4º e 5º quirodáctilos e, posteriormente, com progressão para todo membro superior esquerdo (MSE). Procurou Unidade de Pronto Atendimento, sendo prescrito apenas medicação analgésica. Após três dias, apresentou intensificação da dor, associada a palidez e parestesia de MSE procurando atendimento no Hospital Geral de Palmas. **Discussão:** A SDT acomete mais mulheres entre 20-50 anos, com vários fatores contribuintes, chegando a limitar as atividades diárias e laborais. O tratamento clínico, frequentemente, é a conduta inicial, procurando aliviar os sintomas. Em geral, o tratamento cirúrgico tem indicação em 15 % dos casos, quando a síndrome é decorrente de anomalias ósseas sintomáticas e complicações vasculares.

Palavras-chave: Síndrome do Desfiladeiro Torácico; Costela Cervical; Plexo Braquial.

 ACESSO LIVRE

Citação: Gonçalves TS, Sá RNB, Pacheco JNF, Leite AAC, Cuellar PMG (2018) Relato de caso: Síndrome do Desfiladeiro Torácico. Revista de Patologia do Tocantins, 5(3): 24-27.

Instituição: ¹Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas-TO, Brasil. ²Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas-TO, Brasil. ³Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas-TO, Brasil. ⁴Médico Residente de Cirurgia Vascular no Hospital Geral de Palmas. ⁵Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas-TO, Brasil.

Autor correspondente: Tatiane Silva Gonçalves; tatigsilva9@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de setembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Gonçalves et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

Introduction: Thoracic Outlet Syndrome (TOS) is a clinical entity with diverse symptomatology due to abnormal compression of brachial plexus in the thoracic outlet region. This compression is often carried out by the anterior scalene muscle, but it may be a result from the presence of musculofibrotic bands, alteration of the first rib morphology, cervical ribs and anomalous muscles. TOS can be classified into vascular and neurogenic types. **Case description:** Patient, female, 27 years old, with pain and paresthesia, since two years ago, insidious onset, in 4th and 5th fingers, and later with progression to all left upper limb (LUL). She looked for Emergency Care Unit, and only analgesic medication was prescribed. After three days, she presented pain intensification, associated with pallor and paresthesia of LUL, looking for care at the General Hospital of Palmas. **Discussion:** The TOS affects more women between 20-50 years old, with several contributing factors, limiting daily activities and work. The clinical treatment, often, is the initial conduct, seeking to relieve symptoms. In general, the surgical treatment is indicated in 15% of cases, when the syndrome is due to symptomatic bone anomalies and vascular complications.

Keywords: Thoracic Outlet Syndrome; Cervical Rib; Brachial Plexus.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) é uma entidade clínica com sintomatologia diversa, decorrente de compressão anormal do plexo braquial, na região do desfiladeiro torácico, gerando restrições às atividades cotidianas e laborais do enfermo¹. Fatores individuais como idade, sexo feminino, biotipo longelíneo e profissões que necessitam da elevação dos membros superiores são considerados como predisponentes. Seu diagnóstico é, basicamente, clínico e seu tratamento é controverso^{2,3}. A incidência varia de um país para outro. No Brasil, analisando os procedimentos hospitalares nas internações segundo grupo de procedimento, pelo DATASUS, observa-se que, no período de janeiro/2008 a janeiro/2017, de 6.349.530 cirurgias do sistema osteomuscular, 329 corresponderam ao Tratamento Cirúrgico Descompressivo ao Nível do Desfiladeiro Torácico⁴.

O desfiladeiro cervicotoracobraquial (ou apenas desfiladeiro torácico) é formado pelos músculos escaleno anterior e médio, pela clavícula, primeira costela, músculo subclávio e peitoral menor; por ele percorrem os vasos subclávio-axilares e o plexo braquial. Em virtude de suas estruturas ósteo-ligamentares, musculares e neurovasculares, essa região é constituída por sítios estreitos⁵. Sendo assim, quaisquer variações anatômicas ou estruturas anômalas podem reduzir ainda mais este local, causando uma compressão neurovascular.

Os locais clássicos de compressão são três: triângulo intercostoespalênico, formado entre o escaleno anterior e médio; espaço costoclavicular, formado entre a clavícula e a primeira costela e o espaço retrocorocopeitoral (retropeitoral menor), por dentro desses espaços restritos passam a artéria subclávia e plexo braquial^{2,3}. Na maioria das vezes, esta compressão é exercida pelo músculo escaleno anterior, no triângulo interescaleno, mas poderá resultar também da existência de bandas musculofibróticas, alteração da morfologia da primeira costela, costelas cervicais, músculos anômalos⁵.

A SDT pode ser classificada em dois grandes grupos: vascular e neurogênico. O tipo neurogênico é o mais comum, respondendo por 95 % dos casos, sendo classificado como verdadeiro, ou clássico, e tipo neurogênico atípico. No tipo neurogênico verdadeiro ocorre comprometimento motor e sensitivo evidente, corresponde a 1 a 3% dos casos, acometendo principalmente mulheres adultas, sendo geralmente unilateral e relacionado às anormalidades ósseas, como costelas cervicais ou processos transversos da sétima vértebra cervical alongados. Já o tipo neurogênico atípico corresponde a mais de 90 % dos casos, é descrito como bilateral, sua causa é controversa, pois não há sinal de compressão neurológica objetiva^{6,7}.

A variante vascular, com aproximadamente 5% dos casos é subdividido em: vascular arterial e vascular venosa. Compressões arteriais correspondem a 2-3 % dos casos, geralmente unilateral, cursam com extremidade fria, fraqueza, cansaço do membro acometido, dor difusa e diminuição da amplitude do pulso arterial, afetando adultos jovens. Consistem em complicações da compressão crônica arterial por anormalidades ósseas. Já as alterações venosas, também

conhecidas como trombose venosa de esforço ou Síndrome de Paget - Schroetter, correspondem a 1-2% dos casos. Nesse caso, ocorre uma trombose espontânea da veia subclávia em decorrência do uso prolongado da extremidade^{6, 8}.

A SDT caracteriza-se por distúrbio local e/ou distal da função neural e/ou vascular, dor intensa maçante, constante e latejante; tumefação, dormência e formigamento, fraqueza nos casos graves, especialmente dos músculos intrínsecos da mão, sensibilidade reduzida no antebraço e na mão, cianose dos dedos, palidez, frialdade e sopro na artéria subclávia⁹.

Os autores relatam o caso de uma paciente com quadro de Síndrome do Desfiladeiro Torácico Neurogênico Verdadeiro, com presença de costela cervical acessória.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 27 anos, branca, cuidadora de idosos, com quadro de dor de início insidioso, há dois anos, em 4º e 5º quirodáctilos esquerdos, com melhora espontânea, e, posteriormente, com progressão para todo Membro Superior Esquerdo (MSE). Procurou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), devido intensificação da dor em MSE, há 1 mês, sendo prescrita medicação analgésica. Retornou à UPA outras três vezes, com a mesma queixa, onde após a analgesia, paciente retornava para casa. Após cerca de 3 dias, sem melhora da dor, associado a palidez e parestesia de MSE, procurou atendimento no Hospital Geral de Palmas (HGP). Nega comorbidades, tabagismo e uso de anticoncepcional combinado oral (ACO).

Ao exame paciente encontrava-se eupneica, afebril, hidratada, ausculta cardiovascular normal, exame abdominal sem alterações, pulsos presentes em MSD, pulsos ausentes em MSE: axilar, braquial, ulnar, radial, com palidez de membro. Sem sinais de empastamento.

Iniciou-se tratamento clínico com anticoagulação plena e MSE aquecido envolto com algodão, havendo melhora da dor, porém pulsos permaneciam ausentes e a palidez de MSE persistia.

A radiografia de tórax (figura 1) mostrou presença de costela cervical. Em seguida, a angiografia de MSE (figura 2) evidenciou oclusões trombóticas em artérias axilar e braquial. Realizou-se também eletroneuromiografia, compatível com plexopatia braquial a esquerda, envolvendo os troncos superior, médio e inferior (grau diferente de lesão para cada tronco), de caráter sensitivo motor e axonal grave, com grande acometimento das fibras para o nervo radial, nervo axilar, nervo ulnar e nervo supraescapular (lesão axonal total), e com menor acometimento para as fibras do nervo mediano e nervo musculocutâneo (lesão axonal parcial). Em vista disso, a paciente foi diagnosticada com Síndrome do Desfiladeiro Torácico Neurogênico Verdadeiro e submetida a procedimento cirúrgico para retirada de costela cervical acessória e revascularização de MSE, evoluindo com melhora parcial do quadro. Após a cirurgia, permaneceu um déficit neurológico importante em MSE, parte decorrente da própria doença e outra, do próprio tratamento, devido a dissecação para acesso à costela cervical.

Persistiu com parestesia e alteração da sensibilidade, porém, com melhora significativa da dor e segue em acompanhamento fisioterápico, apresentando uma boa evolução.

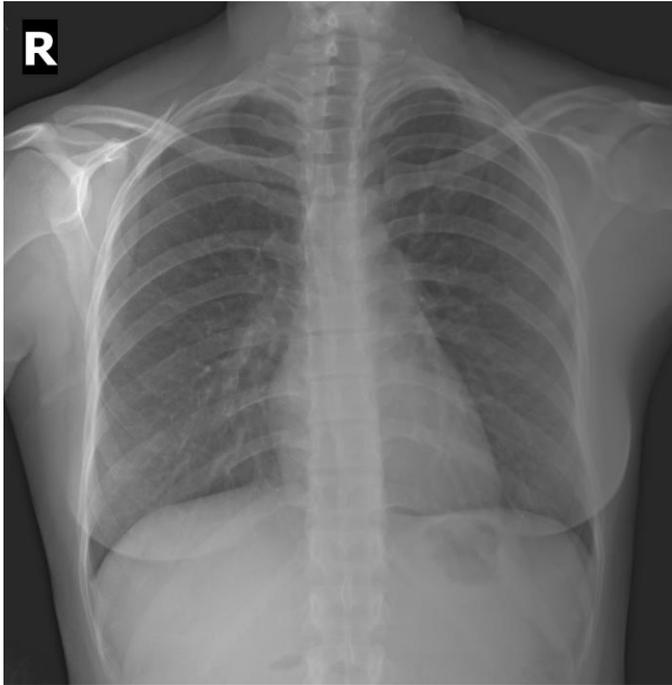


FIGURA 1: Raio X de Tórax em PA evidenciando costela cervical acessória

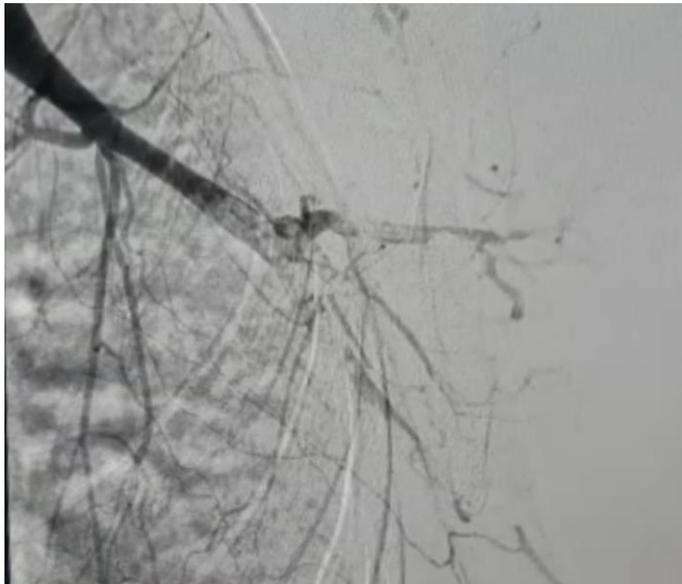


FIGURA 2: Arteriografia de membro superior esquerdo com obstrução

DISCUSSÃO

A SDT trata-se de uma entidade clínica com prevalência limitada, atingindo a proporção de 3 mulheres para cada homem, mais comum de ocorrer na faixa etária entre 20 e 50 anos, chegando a limitar as atividades diárias e laborais do indivíduo acometido⁷. Assim como foi observado na paciente do caso, sexo feminino e 27 anos.

Do mesmo modo, a presença de costelas cervicais e primeira costela anômala são condições raras, existentes em

torno de 1% da população e em 4,5% dos pacientes com SDT. Frequentemente, são achados de exames de imagem, como radiografias de tórax². Como no caso da paciente abordada, em que o diagnóstico foi concluído após os exames de imagem.

A maioria dos pacientes que possuem costelas cervicais é completamente assintomática, poucas vezes necessitando de tratamento. Essas anormalidades ósseas podem gerar complicações que constituem ameaças potenciais ao membro superior, necessitando de acompanhamento regular ou cirurgia².

Os principais fatores contribuintes para a SDT são as variações posturais, devido à ampla variação de movimentos nas várias articulações do complexo do ombro; as lesões traumáticas do plexo; fraturas da clavícula ou luxações da cabeça do úmero; fatores congênitos (presença de um processo transversal longo na sétima vértebra cervical, uma costela acessória ou qualquer outra anomalia na região)⁷.

Além desses mecanismos, posturas viciosas, profissões que necessitam da elevação contínua dos membros superiores, atividades físicas acentuadas, biótipo longilíneo e mamas volumosas são também fatores que reduzem o espaço na região do desfiladeiro⁷.

O tratamento clínico, frequentemente, é a conduta inicial e procura aliviar os sintomas. Utiliza-se, em geral, analgésicos simples, antiinflamatórios, relaxantes musculares, tranquilizantes, compressas quentes e repouso. Orienta-se o paciente a emagrecer se for obeso, mudar de profissão, evitar hiperabduzir os braços, carregar objetos pesados, carregar bolsas. Outro ponto importante é a tonificação dos músculos suspensores da cintura escapular, através de fisioterapia apropriada. Algumas vezes os riscos e benefícios dos exercícios têm de ser avaliados, principalmente quando se trata de idosos, portadores de costelas cervicais ou outras alterações ósseas. Técnicas como acupuntura, hipnose psicoterapia também são citadas⁶.

Em geral, o tratamento cirúrgico da SDT tem indicação em 15% dos casos, quando a síndrome é decorrente de anomalias ósseas sintomáticas ou complicações vasculares e incluem escalenectomia, ressecção de costela cervical, acompanhada ou não de ressecção de primeira costela. Outra indicação é na falha do tratamento conservador⁶.

Apesar do tratamento ideal e o papel da cirurgia na SDTNV ainda não estarem definidos, haja vista a conduta conservadora oferecer bons resultados nos casos puramente neurogênicos, optou-se por indicar o tratamento cirúrgico de ressecção da costela cervical acessória, por se tratar de uma paciente jovem, com dor e fraqueza progressiva, parestesia e perda da habilidade funcional do MSE¹⁰.

No caso da paciente em questão, em que havia complicações arteriais por compressão de uma costela cervical acessória, foi realizada, em primeiro tempo, uma via de acesso transaxilar esquerda com ressecção das costela cervical e primeira costela. Em segundo tempo, realizou-se dissecação de artérias subclávia e braquial, enxertos com PTFE e tunelização de prótese, em subcutâneo.

Apesar da SDTNV ser uma condição rara, é importante considerá-la no diagnóstico diferencial de pacientes com queixas de dor e parestesias em membros superiores. Os estudos neurofisiológicos têm importância na

avaliação destes pacientes, seja para confirmar a SDTNV ou para pensar-se em outros diagnósticos diferenciais, como a síndrome do túnel do carpo, que é mais comum¹¹.

Os achados eletrofisiológicos são considerados patognomônicos. O estudo da condução nervosa mostra padrão de degeneração axonal crônica, com Potenciais de Ação de Nervo Sensitivo (PANS) de ulnar diminuída ou ausente, Potenciais Ação Motor Composto (PAMC) de mediano com amplitude diminuída, PAMC de ulnar motor com amplitude diminuída ou limítrofe e PANS de mediano com amplitude normal⁸.

A paciente do caso relatado apresentou PAMC do nervo mediano a esquerda com amplitude diminuída, em estimulações no punho e cotovelo e captações na região tenar, PAMC de ulnar a esquerda com diminuição da amplitude, corroborando com dois achados eletrofisiológicos patognomônicos da SDTNV, porém, PANS do nervo mediano a esquerda apresentou amplitude diminuída também.

O reconhecimento precoce desta afecção é de fundamental importância, pois a atrofia muscular decorrente da doença é, comumente, irreversível, mesmo após tratamento adequado¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston Tratado de Cirurgia / Courtney M. Townsend, JR. ET AL. ; [Tradução Alexandre Maceri Midão Et Al.]. - Rio De Janeiro ; Elsevier, 2015.
2. Thomazinho F, Sardinha WE, Silvestre JMS, Moraes D, Motta F. Complicações arteriais da síndrome do desfiladeiro torácico. J. Vas. Bras. 2008; 7 (2): 150-154.
3. Ghefter MC, Youshida WB, Cataneo DC, Hasimoto EN, Youshida RA, Boscardim PCB, et al. Síndrome do desfiladeiro torácico ressecção de costela cervical por videotoracoscopia. J. Vasc. Bras., 2012; 11 (3): 219-225.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de morbidade. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
5. Leal J, Moreira J, Gomes J, Branco C. Síndrome do Desfiladeiro Torácico e Saúde Ocupacional. Caso clínico e Revisão da Literatura. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. 2016; 28 (1) :32-37.
6. Silvestri K, Wagner F, Dal Moro AN. Tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro torácico por via supraclavicular: estudo série de casos. ACM arq. catarin. med, 2005; 34, (4): 35-41.
7. Lima FF, Oliveira LHS, Magalhães EF, Silva SB. Atualidade em Síndrome do Desfiladeiro Torácico e Intervenção fisioterapêutica. XII encontro latino americano de iniciação científica e VII encontro latino americano de pós graduação. Universidade do Vale do Paraíba. p. 1-5. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br>.
8. Scola RH, Werneck LC, Iwamoto FM, Maegawa GH, Faoro LN, Caldeira FH. Síndrome do Desfiladeiro Torácico Tipo Neurogênico Verdadeiro. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999, 57 (3): 659-665.
9. Cunha CC, Marques BD, Farias SCSA. Sintomatologia da síndrome do desfiladeiro torácico em cirurgiões dentistas. Tema- Rev Eletr Ciências. 2011; 12 (17):1-9.
10. Maranhão P, Cruz MW, Maranhão ET, Almeida WG. Síndrome do desfiladeiro torácico neurogênico verdadeira. Relato de caso. Revista Brasileira de Neurologia. 2008; 44 (4).
11. Hardy RW, Wilbourn AJ, Hanson M. Surgical treatment of compressive cervical band. Neurosurgery. 1980;7:10-13.