

SÍNDROME DE LOS DESFILADEROS

LAS NEURALGIAS CERVICOBRAQUIALES

La neuralgia cervicobraquial esencial es un algia radicular de origen vertebral que puede ser comparada a la neuralgia ciática: algunos autores la han llamado "ciática del brazo".

Según Y. Chaoat podemos distinguir 3 tipos de neuralgia cervicobraquial:

LAS NEURALGIAS CERVICOBRAQUIALES A CONSECUENCIA DE UN PROCESO INFLAMATORIO QUE AFECTA A LA RAÍZ SENSITIVA:

Estas algias no están asociadas a patología discal.

LAS NEURALGIAS CERVICOBRAQUIALES A CONSECUENCIA DE UNA AFECTACIÓN DISCAL

Estas lesiones son secundarias a un "nódulo disco-osteofítico". La raíz parece estar comprimida en el agujero de conjunción, en su orificio interno (hendidura uncovertebral). A nivel cervical, el disco intervertebral no puede comprimir directamente la raíz posterior sin comprimir antes la médula espinal y por esto el cuadro clínico creado por una hernia discal verdadera es más el de una afección medular o radiculomedular que una afectación radicular aislada.

En esta patología hay un conflicto unco-disco-radicular que parece asociado a:

- Una hernia discal
- Una osteofitosis uncovertebral

Estos dos factores pueden crear una causa mecánica de inflamación de la raíz por la formación de un edema reaccional: se desencadena la crisis hiperálgica.

PARA SABER MÁS

Necesidad de crear por la manipulación un arco reflejo neurovascular++.

Con esta etiología es frecuente encontrar problemas como tortícolis agudas o crónicas. La importancia de la vascularización explica la recrudescencia de los dolores en el decúbito: según De Sèze la circulación de retorno en las venas de la cabeza y el cuello está facilitada por la bipedestación. Por el contrario es más lenta en el decúbito prolongado lo que favorece la instalación de un éxtasis y congestión venosa que agrava el estado congestivo de la raíz inflamada.

LAS NEURALGIAS CERVICOBRAQUIALES ASOCIADAS A UNA MIELOPATÍA CERVICAL EN UN CANAL MEDULAR ESTRECHO CONGENITO Y A UNA ARTROSIS

El sufrimiento de la raíz posterior se sitúa en estos casos, en su origen medular y en su llegada en el canal de conjunción.

SÍNDROMES DE LOS DESFILADEROS ESCAPULO-TORÁDICOS

Estos síndromes se traducen por manifestaciones clínicas relacionadas a compresiones mecánicas vasculo-nerviosas dentro de los desfiladeros escapulotorácicos (vasos subclavios y plexo braquial).

En estos síndromes son importantes las posibles malformaciones congénitas pero no tanto como las modificaciones de la postura: el desequilibrio postural anteroposterior o lateral es generador de trastornos.

Se describen 3 desfiladeros:

- Desfiladero interescalénico (papel del escaleno ++).
- Desfiladero costoclavicular (papel de la 1ª costilla y de la clavícula).
- Desfiladero infrapectoral.

SÍNDROME DE LOS ESCALENOS:

Arteria subclavia y plexo braquial pueden estar comprimidos entre los haces anterior y medio de los escalenos.

Se puede asociar malformaciones congénitas que no son responsables directamente de la sintomatología pero la agravan cuando hay un desequilibrio postural:

- Costilla cervical.
- Megatransversa de C7.
- Intercambio de fibras entre los dos haces de los escalenos.

El síndrome de los escalenos se asocia a disfunciones osteopáticas C4-C5-C6 en anterioridad (Whiplash) o problemas discales de estos niveles, a la subluxación posterior de la 1ª costilla.

El test de ADSON es positivo.

COSTILLAS CERVICALES Y SÍNDROME DE LOS DESFILADEROS TORÁCO-ESCAPULARES:

Estas malformaciones se convierten en patógenas si algo cambia en su alrededor (postura, disfunciones somáticas).

PAPEL DEL SUBCLAVIO SOBRE EL DESFILADERO COSTO-CLAVICULAR:

Los elementos vasculo-nerviosos pueden ser comprimidos por:

- Una subluxación posterior de la 1ª costilla.
- Una disfunción en rotación anterior de la clavícula o un callo vicioso después de una fractura.
- Un espasmo del subclavio que cierra el desfiladero.

El test de EDEN es positivo.

PAPEL DEL OMOHIOIDEO SOBRE EL DESFILADERO INTERESCALÉNICO:

Por un desequilibrio postural el músculo OMOHIOIDEO puede comprimir el desfiladero interescalénico, produciendo un efecto guillotina sobre el paquete vasculo-nervioso.

Se asocian a veces:

- Trastornos de la deglución.
- Problema de oclusión dental o un SADAM.
- El test de ADSON es positivo.

SÍNDROME DEL PECTORAL MENOR:

El pectoral menor se puede acortar debido a una postura deficiente (retracción de su fascia): el paciente presenta una posición anterior de los hombros habitualmente bilateral. Es frecuente durante el embarazo.

Los movimientos del brazo por encima de 90° producen una compresión vasculo-nerviosa.

Posiciones profesionales que necesitan una abducción máxima.

Dolor nocturno cuando el paciente duerme con las manos debajo de la cabeza.

El test de WRIGHT es positivo.

La arteriografía es positiva.

SINDROME DE HIPERABDUCCION POR EL PECTORAL MENOR: NIVELES DE COMPRESIÓN EN HIPERABDUCCIÓN A 180°:

- El borde posterior de la Clavícula comprime las raíces C5-C6- C7.
- La Vena Subclavia y en menor grado el resto del paquete se acodan alrededor del Ligamento de Caldani.
- A menudo hay compresión por la horquilla del mediano.
- La arteria subclavio-axilar está comprimida en 47% de las arteriografías.
- El espacio costo-clavicular comprime sólo en el 17%.
- El pectoral < comprime raramente.

SEMIOLOGIA:

- Estos síndromes afectan más a la mujer entre 30 y 50 años: se debe diferenciar de una radiculalgia o de un síndrome de compresión periférico.

Diagnóstico diferencial:

- NCB C7 o C8.
- Síndrome del pronador redondo.
- Síndrome del canal carpiano.
- Síndrome del canal de Guyon.
- Síndrome de la corredera epitrocleo-olecraneana.
- Crisis de Angor.

SIGNOS NEUROLÓGICOS:

- Dolores en el territorio C8-T1.
- Parestesias del borde cubital de la mano y de los dos últimos dedos.
- Disminución de fuerza de los músculos hipotenares.

SIGNOS ARTERIALES:

- Claudicación vascular intermitente cuando el paciente levanta el brazo arriba de 90°, dedos adormecidos.



- Sensación de frío de los dedos.
- Hipersudoración de las manos.
- Trastornos vasomotores de tipo síndrome de RAYNAUD.
- Dolores isquémicos del miembro superior.
- Soplo arterial a la auscultación.
- Desaparición del pulso radial en algunas posiciones determinadas (Tests de ADSON-EDEN-WRIGHT).

SIGNOS VENOSOS:

- Sensación de pesadez del brazo después de esfuerzos o de la hiperabducción del hombro.
- Edema de la mano y del antebrazo.
- Cianosis de los dedos.
- Dilatación venosa superficial.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

- Normalizar las disfunciones somáticas vertebrales en relación:
 - Con la inervación radicular:
 - Subclavio C5-C6
 - Pectoral menor C6-T1
 - Escalenos C2 hasta C7
 - Con las inserciones de estos músculos:
 - Escalenos: C2 hasta T2.
 - 1ª costillas, 2ª costillas.
 - Subclavio: Clavícula (esternoclavicular, acromioclavicular).
 - 1ª costilla.
 - Pectoral menor: Omóplato.
 - 3ª-4ª-5ª costillas.
- Normalización de los músculos con técnicas:
 - Stretching.
 - Spray and stretch.
 - Relajación miofascial.
 - Músculo energía.
 - Jones.
 - Funcional.
- Normalizar la postura del paciente ++:

PARA SABER MÁS

Es un tratamiento global.

