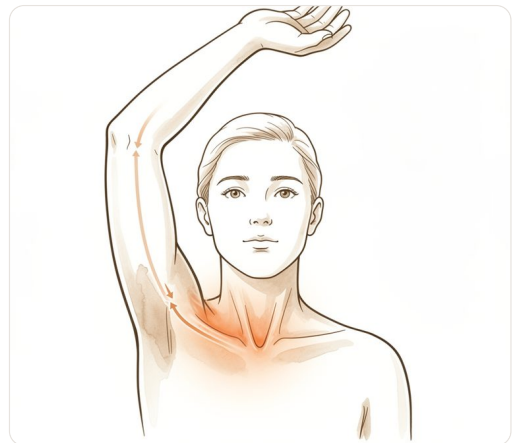


Síndrome do Desfiladeiro Torácico

Na síndrome do desfiladeiro torácico, os nervos e vasos sanguíneos são comprimidos na base do pescoço — o que geralmente piora quando o braço é levantado acima da cabeça.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A síndrome do desfiladeiro torácico geralmente se manifesta como um braço que simplesmente não parece “normal”. Você pode notar uma dor no ombro, na lateral do pescoço e ao longo do braço, além de dormência, formigamento ou sensação de “agulhas e alfinetes”, frequentemente nos dedos anular e mindinho. O braço pode parecer pesado, fraco ou desajeitado, fazendo com que você deixe cair objetos ou sinta que a força de preensão se esgota rapidamente. Um indício muito típico é que os sintomas **pioram quando o braço está levantado ou acima da cabeça** (ao pendurar roupas para secar, alcançar uma prateleira alta, dirigir ou carregar uma bolsa no ombro) e melhoram ao descansar o braço. Algumas pessoas também apresentam dores de cabeça na região posterior da cabeça.

Com menos frequência, o problema está nos vasos sanguíneos, e não nos nervos. Se uma veia for comprimida, todo o braço pode inchar subitamente, ficar pesado e adquirir uma coloração azulada. Se uma artéria for comprimida (o que é raro), a mão pode ficar pálida, fria e dolorida. Esses quadros vasculares são importantes, pois exigem avaliação imediata (ver a última seção).

O que realmente está acontecendo

Para ir do pescoço até o braço, os nervos e vasos sanguíneos precisam passar por um espaço estreito na base do pescoço, entre a clavícula, a primeira costela e os músculos escalenos. Esse espaço é chamado de “saída torácica”. Quando ele fica muito apertado, essas estruturas são comprimidas, e essa pressão é o que gera os sintomas.

Existem três tipos, dependendo do que está sendo comprimido. A **TOS neurogênica** (compressão dos nervos, do plexo braquial) é de longe a mais comum, representando a grande maioria dos casos; ela se manifesta por dor,

dormência, formigamento e fraqueza. A **TOS venosa** afeta a veia principal, causando inchaço, sensação de peso e coloração azulada no braço, às vezes acompanhada de coágulo. A **TOS arterial** é rara e afeta a artéria, resultando em mão pálida e fria.

Alguns fatores tornam esse espaço ainda mais estreito. Algumas pessoas nascem com **uma costela extra no pescoço (costela cervical)** ou com uma faixa fibrosa muito apertada. A postura também influencia: ombros arredondados e caídos reduzem o espaço, assim como músculos do pescoço e do tórax volumosos ou tensos; por isso, a condição é mais comum em pessoas que realizam movimentos repetitivos acima da cabeça ou praticam esportes. Um ferimento prévio no pescoço ou na clavícula também pode ser o gatilho.

O que podemos fazer a respeito

No Mater Private Hospital Rockhampton, o Dr. Kieran Hirpara lidera nosso tratamento para essa condição. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare e para iniciarmos uma avaliação minuciosa a fim de confirmar o diagnóstico. Nos casos de sintomas crônicos, geralmente começamos com tratamento não cirúrgico e só consideramos a cirurgia caso esse tratamento não traga alívio suficiente.

A boa notícia é que, no tipo neurogênico mais comum, o tratamento de primeira linha é a fisioterapia, e não a cirurgia. Um programa específico para desobstruir a saída torácica é fundamental: ele corrige a postura, fortalece os músculos que mantêm a escápula para trás e para baixo, libera os músculos tensos do pescoço e do tórax, e ensina a evitar as posições do braço que causam compressão. Isso alivia os sintomas na maioria das pessoas; por isso, vale a pena se dedicar a esse tratamento por vários meses.

A cirurgia é indicada apenas em duas situações. A primeira é nos tipos vasculares (venoso ou arterial), nos quais a descompressão costuma ser necessária e constitui o principal tratamento. A segunda é no TOS neurogênico que não apresentou melhora mesmo após um tratamento fisioterapêutico adequado e que realmente interfere na vida diária do paciente. A operação visa descomprimir a saída torácica, geralmente removendo a primeira costela (e qualquer costela cervical extra) e soltando os músculos escalenos, para dar mais espaço aos nervos e vasos sanguíneos. Ela pode ser realizada pela axila, acima da clavícula ou com auxílio de cirurgia minimamente invasiva. Para pacientes selecionados, esse procedimento apresenta bons resultados.

O que esperar

O STC pode ser um diagnóstico complicado. Não existe nenhum exame isolado capaz de comprová-lo. O diagnóstico é, na maior parte, clínico: baseia-se na sua descrição dos sintomas e em testes que colocam o braço em posições capazes de provocá-los. As imagens por escaneamento e os estudos dos nervos são frequentemente usados tanto para excluir causas mais comuns (como o túnel do carpo no pulso, o túnel cubital no cotovelo ou problemas na coluna cervical/discos) quanto para confirmar o próprio STC. Portanto, parte do processo consiste em determinar, com paciência, qual é a verdadeira origem dos seus sintomas; nem sempre a resposta é evidente.

No caso do tipo **neurogênico**, a maioria das pessoas melhora com correção postural e fisioterapia, sem nunca precisar de cirurgia, embora isso possa levar meses e exija que você mantenha esses hábitos. Quando os tipos **vasculares** ou casos neurogênicos persistentes exigem intervenção cirúrgica, a descompressão alivia os sintomas na maioria dos pacientes criteriosamente selecionados, com recuperação ocorrendo ao longo de várias semanas. Como o STC ocorre no ponto mais proximal do trajeto do nervo (mais acima do túnel do carpo no pulso ou do túnel cubital no cotovelo), às vezes ele representa apenas uma parte do problema; por isso, o plano de tratamento é personalizado para cada paciente.

Quando procurar um especialista

- Braço súbito, inchado, pesado ou azulado: isso pode indicar obstrução ou coágulo numa veia, exigindo avaliação **urgente**, ainda no mesmo dia.
- Mão pálida, fria e dolorida, ou dedos que mudam de cor: pode ser um problema arterial, motivo para buscar atendimento **urgente**.
- **Dormência, formigamento, fraqueza ou descoordenação** no braço ou na mão que persiste, piora ou interfere no trabalho, no sono ou nas atividades diárias.
- **Atrofia (perda de massa muscular) na mão**, ou sintomas que reaparecem mesmo após um tratamento fisioterápico adequado: vale a pena consultar um especialista.
- Se lhe foi diagnosticada costela cervical e você apresenta sintomas no braço, também é recomendável fazer uma avaliação.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. A síndrome do desfiladeiro torácico merece essa leitura adicional, pois se divide em formas praticamente opostas: uma objetivamente comprovável e, às vezes, capaz de ameaçar o membro afetado; a outra diagnosticada basicamente com base no julgamento clínico. Quase toda a controvérsia gira em torno desta segunda forma.

TRÊS CONDIÇÕES QUE COMPARTILHAM O MESMO NOME

A saída torácica é o espaço estreito entre a clavícula e a primeira costela por onde passam os nervos do braço, bem como a artéria e a veia principais. A compressão nessa região gera três síndromes distintas.

A STT **venosa** e a **arterial** são problemas vasculares. São pouco comuns, podem ser objetivamente comprovadas por meio de exames de imagem, e podem ser situações de urgência: a trombose da veia subclávia gera um braço azulado e inchado; a compressão arterial provoca mão fria e, nos casos mais graves, embolias. Ninguém contesta a existência dessas condições nem a necessidade de tratamento.

A STT **neurogênica** representa a grande maioria dos casos. Nela, os nervos são comprimidos, causando dor no ombro e no braço, dormência geralmente na região do dedo mindinho, e os sintomas pioram quando os braços são mantidos acima da cabeça. O problema é que, na maioria dos casos, não existe nenhum exame capaz de

confirmar o diagnóstico: os estudos de condução nervosa costumam ser normais, e os exames de imagem não revelam lesões.

As revisões atuais abordam essa questão distinguindo as formas vasculares e as formas **objetivamente verificáveis** da STT neurogênica do restante [1]; essa é uma maneira cuidadosa de reconhecer que os demais casos dependem exclusivamente do julgamento clínico.

POR QUE ESSA DISTINÇÃO É FUNDAMENTAL PARA TUDO

Quando o diagnóstico pode ser comprovado objetivamente, as decisões terapêuticas seguem a lógica habitual. Quando isso não é possível, surgem dois tipos de falhas: pacientes com compressão real passam anos sem diagnóstico, pois seus exames são normais; já aqueles cuja dor no braço tem outra causa são submetidos a uma cirurgia complexa que não lhes traz benefícios.

Ambos os erros são amplamente reconhecidos; por isso o padrão de comprovação exigido antes de uma cirurgia é mais rigoroso nesses casos do que na maioria das compressões. Além disso, um período prolongado de fisioterapia, visando corrigir a postura, os músculos escalenos e a mecânica da cintura escapular, precede qualquer intervenção cirúrgica na forma neurogênica da doença.

O QUE É REMOVIDO E AS EVIDÊNCIAS QUE SUSTENTAM CADA ABORDAGEM

A cirurgia visa descomprimir a região ao remover a primeira costela, dividir os músculos escalenos ou ambos.

Ao comparar diferentes abordagens em **2.010** pacientes, observou-se que os escores de **Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand** e **Derkash** foram **significativamente melhores** após a **escalenectomia sem remoção da costela**; por outro lado, **taxas de complicações mais elevadas foram registradas após a ressecção da primeira costela** [2].

Por outro lado, estudos mais antigos defendem a realização da operação combinada. Em **532** pacientes, a ressecção transaxilar da primeira costela associada à escalenectomia transcervical foi descrita como a forma mais eficaz de descompressão, apresentando melhora maior dos sintomas e menor taxa de recorrência [3]. Ainda, a recorrência foi observada em **5% a 10%** dos casos quando esse procedimento combinado foi utilizado como tratamento inicial [4].

Os dois pontos de vista não são totalmente conciliáveis com base nos dados publicados. A análise comparativa mais recente favorece a realização de um procedimento menos invasivo; já a experiência clínica de um único cirurgião, baseada em um grande número de casos, defende a abordagem mais radical, sob o argumento de que a descompressão incompleta é a principal causa da recorrência. O que ambos os grupos concordam é que a SOT recorrente constitui um problema muito mais difícil de tratar do que a apresentação inicial; portanto, a decisão inicial é mais importante do que a escolha da técnica cirúrgica.

A IMPLICAÇÃO PRÁTICA

Considerando que o diagnóstico é frequentemente clínico, que a extensão ideal da cirurgia é objeto de controvérsia e que o problema da recorrência é difícil de resolver, trata-se de uma condição na qual uma segunda opinião antes da cirurgia é justificável, e não hostil. Isso vale especialmente para a forma neurogênica da doença, quando não há confirmação objetiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Panther EJ, Reintgen CD, Cueto RJ, Hao KA, Chim H, King JJ. Síndrome do desfiladeiro torácico: uma revisão. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(11):e545-e561. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.06.026>
- [2] Blondin M, Garner GL, Hones KM, Nichols DS, Cox EA, Chim H. Considerações sobre o tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro torácico neurogênico: uma meta-análise dos resultados relatados pelos pacientes. J Hand Surg Am. 2023;48(6):585-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.03.005>
- [3] Atasoy E. Mais experiências de um cirurgião de mão com a síndrome de compressão do desfiladeiro torácico. J Hand Surg Am. 2010;35(9):1528-38. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.06.025>
- [4] Atasoy E. Síndrome do desfiladeiro torácico recorrente. Hand Clin. 2004;20(1):99-105. [https://doi.org/10.1016/S0749-0712\(03\)00085-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0712(03)00085-4)