

“PECTORALIS MINOR SYNDROME” ARTERIAL EM PEDIATRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO POUCO FREQUENTE

ARTERIAL “PECTORALIS MINOR SYNDROME” IN PEDIATRICS – REGARDING A RARE CLINICAL CASE

Andreia Martins¹, Alexandra Dias¹, José Pereira Albino²

1. Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal.

2. Coordenador da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital dos Lusíadas, Lisboa. Ex-Consultor de Cirurgia Vascular do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. EPE. Amadora, Portugal.

Recebido a 14 de junho de 2016; aceite a 20 de dezembro de 2016.

RESUMO

A síndrome do desfiladeiro toraco-braquial pode resultar da compressão do feixe neurovascular do membro superior, no segmento abaixo da clavícula. Neste caso o responsável é o músculo pequeno peitoral, conhecido na literatura anglo-saxónica como “pectoralis minor syndrome” (PMS). Na idade pediátrica, apesar de poder estar presente, esta síndrome é pouco frequente e está sub-diagnosticada.

Descreve-se um jovem de 14 anos, praticante de andebol, com PMS de apresentação pouco habitual, tendo sido o diagnóstico confirmado por arteriografia.

Foi iniciada fisioterapia e diminuição da atividade desportiva levando, em 6 meses, a uma substancial melhoria clínica. Ao fim de dois anos, verificou-se a inexistência de qualquer alteração no eixo subclávio-axilar.

Trata-se de um caso raro, segundo a literatura revista, estando a sua etiologia relacionada com a prática desportiva.

Palavras-chave

síndrome do pequeno peitoral; estenose da artéria subclávia.

ABSTRACT

The thoracic outlet syndrome can occur from the compression of the neurovascular bundle of the upper limb in the segment below the clavicle. In this case, the responsible one for the situation is the minor pectoralis muscle, referred in the literature as “pectoralis minor syndrome” (PMS).

Although probably present in pediatric ages, these syndromes are uncommon and often undiagnosed.

We describe a 14-year-old handball practitioner, with an unusual presentation of PMS, whose diagnosis was confirmed by arteriography.

Considering his age, he underwent physiatric therapy and sport's restriction. We observed a substantial clinical improvement within six months, and no changes at the axillary-subclavian axis were found two years after.

According to the literature this is a rare case, being its etiology related to the handball practice.

Keywords

pectoralis minor syndrome; subclavian artery stenosis.

*Autor para correspondência.

Correio eletrónico: andreialuismartins@gmail.com(A. Martins).

INTRODUÇÃO

A síndrome do desfiladeiro toraco-braquial (SDTB) resulta da compressão do feixe neurovascular do membro superior tanto no segmento acima da clavícula (situação mais frequente) como abaixo da clavícula. Neste último caso o quadro clínico deve-se ao músculo pequeno peitoral, sendo traduzido na literatura anglo-saxónica como “pectoralis minor síndrome” ou síndrome do pequeno peitoral (PMS)⁽¹⁾. A sintomatologia pode ser neurológica, (mais frequente), venosa ou arterial. Esta última é a mais rara atingindo cerca de 1 a 2% das situações. Apresenta-se mais frequentemente nas mulheres (3:1), variando a idade de aparecimento entre os 25-40 anos⁽¹⁾. Apesar de provavelmente poderem estar presentes nas idades pediátricas, estas síndromes são interpretadas como resultantes de problemas musculares ou posturais e raramente diagnosticados e descritos na literatura^(2,3,4). Os autores descrevem um caso de PMS em que esta patologia tem uma forma pouco habitual de apresentação.

CASO CLINICO

Jovem do sexo masculino com 14 anos de idade, saudável, sinistro, federado em andebol. É referenciado à consulta de pediatria do hospital da área da residência, por eritrocianose no membro superior esquerdo (MSE) com cerca de dois anos de evolução, de agravamento progressivo, exacerbado pelos esforços e pela elevação do membro. (Figura 1).



Figura 1 Eritrocianose visível na mão esquerda após a realização do teste de Adson.

Negava traumatismo *major*, dor, força muscular ou sensibilidade diminuídas. Objetivamente apresentava um eritema confinado ao MSE que se modificava para eritrocianose com a elevação do membro; sem alterações ou assimetrias das massas musculares em repouso. Força muscular mantida e simétrica.

A pressão arterial era normal para o sexo, idade e percentil de altura. Os pulsos arteriais periféricos eram amplos, rítmicos e simétricos. Exame neurológico sumário sem alterações de relevo. O teste de Adson era positivo à esquerda.

Não se detetaram alterações radiográficas (incluindo anomalias das costelas) ou laboratoriais (incluindo parâmetros de inflamação que eram negativos).

O ecodoppler mostrou diminuição dos fluxos sistólicos no MSE com as manobras de elevação do membro.

Foi realizada uma angio-ressonância que excluiu lesões ocupando espaço, lesões osteoarticulares, assimetrias musculares, tendo sido inconclusiva quanto à existência de compressão arterial ou venosa dos vasos do eixo subclávio-axilar.

Para precisar o diagnóstico, a cirurgia vascular, após minucioso exame clínico solicitou a realização de uma angiografia no sentido de um diagnóstico definitivo, tendo-se confirmado existência de um pinçamento da artéria na sua transição subclávia / axilar (Figura 2) apenas com uma ligeira elevação do membro. Não foi possível a obtenção de imagens com a elevação total do membro.



Figura 2 Arteriografia do membro superior esquerdo onde se verifica diminuição de calibre do eixo arterial na transição subclávio-axilar.

Assim, pela nítida localização abaixo da clavícula, admitiu-se tratar-se de uma PMS.

Dada a idade do doente, a relutância dos pais em relação a uma cirurgia imediata e haver casos na literatura de boa resposta à terapêutica fisiátrica, optou-se por este tratamento conservador, em detrimento de uma atitude cirúrgica. No que diz respeito à fisiatria dirigida, foi realizada correção postural, fortalecimento do músculo trapézio, associados a manobras de diminuição da rigidez do plexo braquial e a uma diminuição da atividade desportiva. Não foi realizada qualquer infiltração do músculo pequeno peitoral.

Seis meses após o início do tratamento conservador, e contrariamente ao esperado, houve uma importante melhoria clínica, não manifestando o doente qualquer sintomatologia..



Cerca de dois anos após o diagnóstico foi novamente observado mantendo-se clinicamente assintomático. A avaliação através de ecodoppler, mostrou a ausência de qualquer alteração a nível do eixo subclávio-axilar, nomeadamente no sentido da existência de uma estenose ou de uma dilatação pós-estenótica, nem da positividade das manobras de estimulação da síndrome do desfiladeiro.

DISCUSSÃO

A SDTB associado à existência de uma costela cervical é conhecido desde meados do Século XVIII. Keen, em 1744, foi o primeiro a descrever este tipo de situação, devendo-se a Cooper a realização, em 1861, da recessão da primeira costela cervical, para tratar sintomatologia do membro superior. Em meados do Século XIX, Paget e Schrötter, descrevem a síndrome de trombose venosa associada a esta patologia e inicia-se o interesse de a ela estarem relacionadas lesões arteriais, nomeadamente dilatações aneurismáticas. Mais tarde, já no Século XX (1945) Wright descreve o pinçamento da artéria, conseqüente a manobras de hiperabdução a nível do tendão do pequeno peitoral.^(1,4) Contudo, a SDTB é rara e pouco descrita em idades pediátricas. Das várias séries publicadas, a maior tem cerca de 25 doentes e em todas elas o componente neurológico é o mais referenciado. São também descritos alguns casos isolados de complicações desta síndrome, nomeadamente o aparecimento de aneurismas ou tromboses venosas profundas, mas mesmo quando presentes, esta é muitas vezes confundida nestas idades com problemas musculares ou posturais.^(2,3,6)

O caso que apresentamos tem a particularidade de o doente manifestar um quadro de eritrocianose de esforço que era despoletado pela prática do andebol, onde a elevação e os movimentos de abdução do membro são evidentes. Não sendo a forma mais frequente de apresentação desta patologia, este facto levou os autores à realização de estudos complementares, nomeadamente uma angio-ressonância, no sentido de despistar uma doença sistémica, uma lesão local de outro tipo ou um quadro compressivo; no entanto esta foi inconclusiva. O diagnóstico só foi possível através do estudo angiográfico, por forma a obter-se um diagnóstico mais definitivo. Este exame, apesar de mostrar somente uma ligeira abdução (por motivos técnicos relacionados com o doente, a abdução completa não foi possível), é esclarecedor em relação à existência de um pinçamento abaixo da clavícula e conseqüente ao movimento do pequeno peitoral.

Apesar de os autores terem optado pela realização de fisioterapia como primeira opção (devido à idade do doente e ao receio dos pais de uma cirurgia), sempre se pensou que esta atitude seria de curta duração e a opção cirúrgica seria o caminho

para resolver definitivamente esta situação clínica^(7,8,9).

Contudo cerca de três meses após o referido tratamento conservador mostrando, ao contrário das expectativas, houve uma melhoria muito evidente da sintomatologia, sendo que aos seis meses todas as manifestações da doença tinham desaparecido. Com o intuito de avaliar uma eventual complicação vascular, nomeadamente um aneurisma, apesar da referida melhoria clínica, o doente foi avaliado cerca de dois anos após o diagnóstico inicial, tanto clinicamente como através de ecodoppler, não se tendo verificado qualquer alteração a nível do eixo subclávio-axilar nem a positividade das manobras de estimulação do síndrome do desfiladeiro. Apesar da inesperada melhoria, os autores estão conscientes de que o doente que deverá manter uma vigilância periódica deste eixo, a fim de evitar possíveis complicações anteriormente referidas.

CONCLUSÃO

Trata-se, pois, de um caso de PMS em idade pediátrica, que pela literatura que revimos é raro, tanto no que diz respeito à forma de aparecimento como ao resultado da opção terapêutica tomada, e que certamente terá a sua etiologia relacionada com os movimentos repetidos, realizados na prática do andebol. Este artigo também chama a atenção para a importância do diagnóstico nestas idades, e para a eficácia da terapêutica fisioterápica que poderá, contrariamente ao esperado, ter uma resposta mais eficaz do que aquela que se verifica na idade adulta^(7,9). Pensamos, pois, que se trata do primeiro caso deste síndrome descrito em idade pediátrica, na literatura portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanders RJ, Annett SJ. Thoracic outlet and pectoralis minor syndromes. *Semin Vasc Surg*. 2014 Jun;27(2):86-117.
2. Arthur LG, Teich S, Hogan M, Caniano DA, Smead W. Pediatric thoracic outlet syndrome: a disorder with serious vascular complications. *J Pediatr Surg*. 2008 Jun;43(6):1089-94.
3. Rehemutula A, Zhang L, Chen L, Chen D, Gu Y. Managing pediatric thoracic outlet syndrome. *Ital J Pediatr*. 2015 Mar 27;41:22.
4. Urschel HC, Kourlis H. Thoracic outlet syndrome : a 50-year experience at Baylor University Medical Center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2007 Apr;20(2):125-35.
5. Watson LA, Pizzari T, Balster S. Thoracic outlet syndrome part 2: Conservative management of thoracic outlet. *Manual Therapy* 15(2010) 305-314.
6. Chang K, Graf E, Davis K, Demos J, Roethle T, Freischlag JA. Spectrum of thoracic outlet syndrome presentation in adolescents. *Arch Surg*. 2011 Dec; 146(12):1383-7.
7. Freischlag J, Orion K. Understanding thoracic outlet syndrome. *Scientifica (Cairo)*. 2014.
8. Tan TW, Kenney R, Farber A. Left arterial thoracic outlet syndrome. *Tex Heart Inst J*. 2014 Feb;41(1):105-6.
9. Thompson RW. Challenges in the treatment of thoracic outlet syndrome. *Tex Heart Inst J*. 2012;39 (6):842-3.