

IMAGENS VASCULARES

Síndrome do desfiladeiro torácico arterial associado a costela cervical

Arterial thoracic outlet syndrome associated with cervical rib

Sandrina Figueiredo Braga^{a,b,*}, José Meira^a, Ricardo Gouveia^a, Pedro Pinto Sousa^a, Jacinta Campos^a, Pedro Brandão^a e Alexandra Canedo^a

^a*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal*

^b*Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal*

Doente sexo masculino, 19 anos, enviado à consulta por dor e diminuição da força muscular do antebraço e mão direita durante o exercício, nomeadamente a tocar viola. Antecedentes pessoais de costela cervical bilateral, conhecida desde a infância. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Ao exame físico apresentava costela cervical bilateral palpável e sopro supraclavicular à direita, exacerbado pela hiperabdução do membro ipsilateral. Os testes de Adson, Elvey e Elevated Arm Stress Test (EAST) eram positivos à direita. A electromiografia do Cutâneo medial do antebraço foi positiva. O ecodoppler revelava aceleração das velocidades de fluxo, aumentadas pela abdução do membro a 130°. A radiografia de tórax revelou costela cervical bilateral completa, com articulação com a 1ª costela (fig. 1). A angio-TC evidenciou compressão da artéria subclávia direita no desfiladeiro torácico, pela costela cervical, agravada pela abdução, com dilatação pós-estenótica menor, sem lesão da íntima e sem trombo mural - Estádio I da Classificação Scher (fig. 2). O doente foi submetido a tratamento cirúrgico, sob anestesia geral e por abordagem supra-clavicular direita. Foi realizada escalenectomia anterior e média, neurlise do plexo braquial

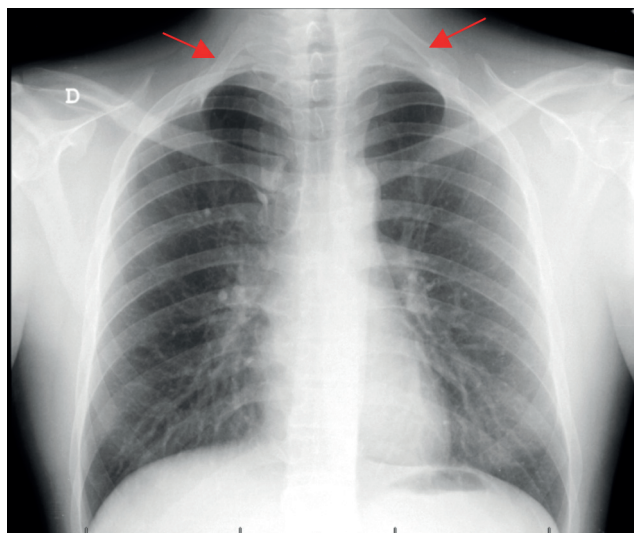


Figura 1 Radiografia de tórax: costela cervical bilateral, completas, com articulação com a 1ª costela (setas vermelhas).

*Autor para correspondência.

Correio eletrónico: sandrinafigueiredo@portugalmail.pt (S.F. Braga).

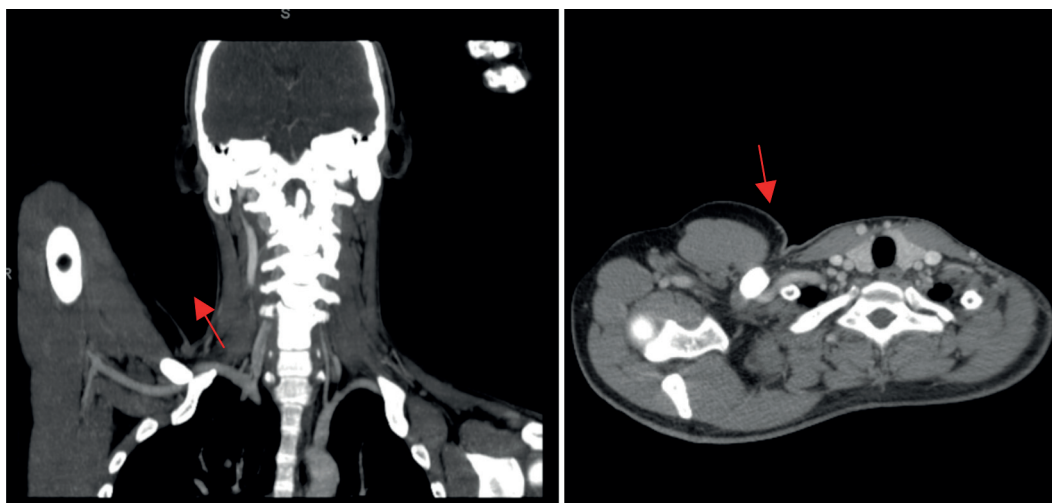


Figura 2 AngioTC: estenose da artéria subclávia direita. A. Corte coronal; B. Corte axial.

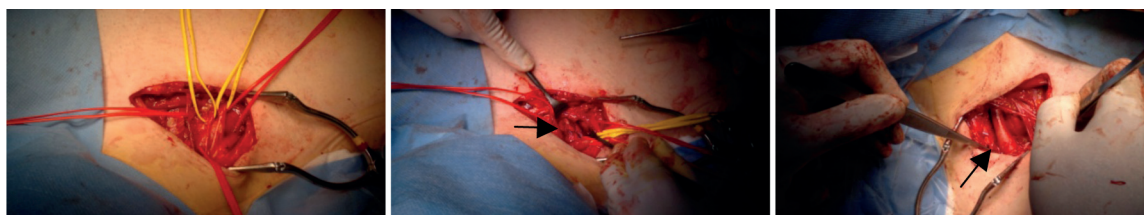


Figura 3 Imagens intra-operatórias. A. Plexo braquial em slings amarelos e artéria subclávia em slings vermelhos; B. Costela cervical (seta preta); C. Dilatação pós-estenótica da artéria subclávia (seta preta).

e exérese de costela cervical. Foi evidente a dilatação pós-estenótica da artéria subclávia (fig. 3). O pós-operatório decorreu sem complicações, com alta ao 2º dia. Decorridos 6 meses após a cirurgia, o doente retomou actividade normal do membro superior, completamente assintomático.

A presença de costela cervical ocorre em 0,74% da população, com um ratio feminino: masculino de 7:3. São incompletas em 70% dos casos e completas em 30%. 50% dos indivíduos com costelas completas são sintomáticos.

Existem três tipos de síndrome do desfiladeiro torácico: neurológico, o mais comum, ocorrendo em mais de 95% dos casos, venoso, em 2-3% e arterial, o mais raro, que corresponde a menos de 1% das situações. O tipo arterial associa-se a costela cervical em 2/3 dos casos. O tratamento é cirúrgico e depende do grau de lesão arterial. Para doentes em estágio I de Scher, a descompressão é suficiente, com excelentes resultados, verificando-se regressão da dilatação pós-estenótica ao fim de um ano.