

Los síndromes parieto-torácicos

Yvon Lesage

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Los síndromes parieto-torácicos constituyen a mi parecer la bisagra entre las manifestaciones raquídeas y las periféricas. Desde hace 20 años hemos tratado de definir e individualizar un cierto número de cuadros clínicos reunidos bajo el epígrafe de síndromes parieto-torácicos. Muchos de estos síndromes habían sido objeto de descripción clínica o de una propuesta terapéutica (síndrome de Tietze, costilla de Maigne, primera costilla). Tienen en común que afectan al tórax en su entidad osteoarticular y músculo-tendinosa, y sobretodo que sus manifestaciones no tienen origen directo pulmonar, pleural o cardiovascular.

Todos objetivan al examen clínico un desarreglo mecánico que interesa al complejo costal (articulaciones costo-vertebrales, sobretodo costo-transversas, y uniones condro-costales); y/o a las articulaciones intervertebrales con sus irradiaciones radiculares o metaméricas.

A menudo los pacientes llegan a los servicios de urgencia de los hospitales dirigidos hacia los servicios de neumología o de medicina cardiovascular, por pocos antecedentes que tengan que orienten hacia una u otra disciplina. Una reciente estadística inglesa cifraba en un 15% este tipo de pacientes en las urgencias pulmonares o cardiovasculares. En el servicio de neumología del Profesor Danrigal, y gracias a su comprensión, he podido trabajar primero en el tratamiento con manipulación del síndrome crónico, y después en los síndromes sub-agudos; en particular en las secuelas pleurales. Para acabar con los síndromes agudos que hemos escogido como base semiológica y patológica.

Teniendo en cuenta estos diversos elementos hemos dado a los síndromes parieto-torácicos la siguiente definición. “Manifestación dolorosa aguda (a veces dramática) o crónica que afecta a la región torácica (anterior, posterior o lateral), de origen mecánico sin participación parenquimatosa, pleural, o cardiovascular directa”.

Describiremos sucesivamente las diferentes formas patológicas siguientes y su tratamiento.

Manifestaciones dolorosas de origen costal	Manifestaciones dolorosas de origen vertebral
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome parietal agudo • Síndrome parietal sub-agudo • Síndrome parietal crónico • Síndrome de la 1ª costilla • Costilla de Maigne • Costilla “criquet” • Desgarro intercostal • Síndrome de Tietze 	<ul style="list-style-type: none"> • Algia interescapular de origen cervical (o dorsalgia de Maigne) • Neuralgia intercostal de origen intervertebral • Proyección metamérica de origen intervertebral <p>Estas tres sintomatología que no entran en el cuadro de las articulaciones periféricas solo serán evocadas para el diagnóstico diferencial, pero en mi espíritu forman parte integrante de los síndromes parieto-torácicos.</p>

Síndrome Parietal Agudo

Es el típico de la urgencia médica. El inicio es brutal. Casi siempre se trata de un dolor intenso, anterior, paraesternal o anteroexterno, de aparición preferentemente nocturna. Muy a menudo no existe antecedente traumático evidente, aunque a veces existe la referencia de un movimiento mínimo como darse la vuelta en la cama, o un esfuerzo al toser.

Etiología

Siempre se debe a una discinesia de la articulación costotransversa.

Examen clínico

El dolor anterior transfixiante como un puñetazo es el que angustia al paciente provocando la hospitalización; evoca un infarto cuando es izquierdo, o una embolia pulmonar cuando es derecho.

La totalidad de los enfermos de los que nos encargamos mostraron un ECG normal, y una radiología pulmonar normal. A algunos se les habían practicado exámenes más contundentes (gammagrafía, arteriografía). Es inútil insistir en la importancia de estos exámenes (por lo menos los primeros) para evitar un error diagnóstico. Por supuesto la auscultación cardiopulmonar es negativa. El diagnóstico se hace esencialmente por palpación. Primero se busca el punto doloroso anterior, se sitúa en la unión esterno-costal de la 6ª, 7ª, u 8ª costillas. Siguiendo el trayecto costal se nota a menudo un dolor axilar lateral al mover suavemente la costilla, este dolor a menudo aparece con la respiración. Luego se detecta el punto posterior, que hay que buscar mucho más alto que el punto anterior ^(Fig.1), con una palpación suave bilateral, objetivando este dolor a dos

traveses de dedo de la espinosa. Este punto doloroso en el síndrome agudo es único y unilateral.

Diagnóstico diferencial

Con la presión contrariada de espinosas se eliminará el desarreglo intervertebral menor (DIM) (Fig. 2). Con un pinzado-rodado cuidadoso se buscará un dermatoma que pueda sugerir un síndrome intervertebral cervical o una proyección metamérica de un DIM torácico (Fig. 3). La observación minuciosa de los tegumentos elimina la posibilidad del inicio de un herpes zona.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Evolución y tratamiento

A veces, el paciente, tranquilizado por la negatividad de los exámenes paraclínicos y clínicos, se alivia con calmantes y antiálgicos, y ve que su dolor disminuye y desaparece en tres o cuatro días. No obstante, en uno de nuestros pacientes, las crisis se repitieron durante meses con intervalos de tres o cuatro veces por mes; hasta que se efectuó el tratamiento con manipulación. Lo habitual es que el dolor calme a penas con antiálgicos, sobretodo (como sucede a menudo) el terreno es de ansiedad y contractura. Es necesario intervenir con manipulación. La técnica mejor es una técnica directa, que actúa a la vez en el punto anterior y posterior.



Fig. 4



Fig. 5

Se coloca al paciente en prono, transversal a la camilla (como para un examen dorsal), de forma que el lado doloroso esté en el borde. El manipulador se sitúa en el margen de la camilla y coloca el borde cubital de la mano proximal en el punto doloroso, con la eminencia tenar de la otra mano en contra-apoyo del lado opuesto en el mismo nivel (Fig. 4). Se solicita una espiración progresiva, lenta, y completa, tras la que se ejerce una presión rápida y controlada del lado doloroso de la mano (Fig. 5). Lo habitual es que se oiga el crac de la

manipulación. Hay que dosificar con precisión la presión, relajando el esfuerzo rápidamente al final de la manipulación en “retroceso”.

Otra técnica es una extrapolación del « desenrollado » dorsal (semi-indirecta-contrariada) (Fig. 6, 7). Las costillas son frágiles, sobretodo si son poróticas; en este caso es prudente usar esta segunda técnica. Sujeto en decúbito supino. Se coloca un cojín semiduro en el esternón. Se cruzan los brazos, con las manos en los hombros, y el brazo inferior en el lado doloroso. El manipulador en el otro lado de la mesa. El brazo proximal se coloca en cuna bajo la cabeza del paciente y la parte superior de la espalda. El brazo distal envuelve el hemitórax colocándose sobre el cuello de la costilla dolorosa. Aquí también hay que solicitar la espiración completa, y abalanzándose sobre el paciente, ejercer una presión controlada para obtener el crujido característico.



Fig. 6



Fig. 7

Estas dos maniobras pueden repetirse varias veces, pero es raramente necesario si hay buena coordinación de los movimientos.

Síndrome Parietal Subagudo (SPS)

No se trata de un cuadro urgente. Durante un síndrome parenquimatoso o pleural agudo, el dolor en el hemitorax, continuo, o reapareciendo tras haber disminuido puede persistir varios meses después de la desaparición de los signos clínicos o radiológicos. Es el examen cuidadoso del tórax el que permitirá hacer el diagnóstico.

Etiología

Reducida a las hipótesis, pero la más razonable es la del bloqueo reflejo. El dolor parenquimatoso o pleural provoca una rigidez de todos los movimientos de la parrilla costal en el lado doloroso creando una patología mecánica que evoluciona por su cuenta (discinesia costo-transversa).

Examen clínico

Idéntico al descrito para el síndrome parietal agudo. Pero la afectación mecánica, aunque unilateral, es más a menudo múltiple y más baja: 8ª, 9ª, y décima costillas. La exploración clínica de la amplitud torácica, manual o con ayuda de un compás, muestra una neta disminución de la amplitud torácica en el lado doloroso. Las pruebas funcionales están perturbadas (disminuidas), sobretodo el VEMS y la CV.

Evolución y tratamiento

El síndrome doloroso generalmente disminuye de manera progresiva pero raramente es espontáneamente resolutive, perturbando la reeducación respiratoria que se haya iniciado. El tratamiento con manipulación es idéntico al del SPA. Las dos técnicas se pueden utilizar actuando sucesivamente en los diferentes niveles. A menudo es necesario repetir la manipulación a los 8-10 días para obtener un resultado completo. Ello acontece con la desaparición del dolor y la normalización de las pruebas funcionales permitiendo poner en marcha una reeducación respiratoria eficaz. En todos los casos, una manipulación precoz permite ganar muchas semanas de reeducación.

Síndrome Parietal Crónico (SPC)

Se trata de enfermos crónicos, conocidos y tratados por insuficiencia respiratoria o asma, en programas de reeducación respiratoria. Se quejaban espontáneamente de dolor torácico bajo, bilateral, que impedía su respiración. También aquí el diagnóstico se hace con el examen clínico. Se trataría de una discinesia pura de la parrilla costal comportando un verdadero círculo vicioso bloqueo/dolor/bloqueo.

Examen clínico

Idéntico a los dos cuadros anteriormente descritos, pero aquí las localizaciones son bilaterales y múltiples (8ª, 9ª, y décima costillas), reduciendo seriamente la CV, el VEMS y la amplitud torácica de los dos hemitorax.

Tratamiento

Con las dos mismas técnicas anteriores: directa y semi-indirecta contrariada. Se precisan múltiples sesiones con una o dos semanas de intervalo. Las pruebas comparativas pre y post manipulación han permitido evidenciar ganancias de un 10% en una sola intervención.

Síndrome de la 1ª Costilla

Entidad discutida y discutible. Dolor alto situado delante subclavicular, y detrás en el trapecio. Por mi parte creo haber diagnosticado tres o cuatro casos en treinta años de práctica de la manipulación. La mayor parte de los descritos o de los que me han presentado como tales se curaron con una manipulación cervical, ya que se trataba de una proyección anterior del dermatoma de C4 (dolor sub-clavicular) y posterior de C4 (algia del trapecio). El origen es mecánico o traumático.

Examen clínico

Hay que descartar una celulalgia de C4 con un cuidadoso pinzado-rodado. Cuando se trata de una verdadera 1ª costilla existe un punto anterior doloroso (unión esterno-costal), y uno posterior en la articulación costo-transversa; no en el trapecio.

Tratamiento

Sujeto en decúbito supino. Una mano detrás en el cuello de la costilla. La otra mano sobre la mano opuesta del paciente en la unión esterno-costal (Fig. 8). Abalanzándose sobre el tórax, se ejerce presión viva para obtener el crujido de la manipulación, siempre posterior (Fig. 9).



Fig. 8



Fig. 9

Costilla de Maigne

Se trata de un síndrome parietal agudo que afecta a las costillas flotantes. Es un dolor brutal, posterior y lateral. Muy a menudo traumático, a veces solo ligado a un falso movimiento de rotación. Existe una discinesia costo-transversa de la 11^a, a veces de la 10^a; o una discinesia de la 12^a costovertebral, que no tiene costo-transversa. Pero hay que contar con la anomalía transicional de la unión tóraco-lumbar, muy frecuente.

Examen clínico

El punto doloroso es posterior, y Maigne ha descrito un dolor al bajar o al subir la costilla que precisa de una manipulación en el sentido opuesto.

Diagnóstico diferencial

Hay que descartar un DIM de la unión tóraco-lumbar pero no existe dolor a la presión de las espinosas y no hay infiltración metamérica. El dolor es muy localizado y no irradia. Como un cólico nefrítico y los síndromes pleurales y parenquimatosos.

Tratamiento con manipulación

Se puede usar la **técnica de Maigne**. Sujeto sentado, la axila del lado no doloroso apoyada en la rodilla del manipulador. Se inclina el cuerpo a ese lado para separar las últimas costillas. La mano homóloga atrapa la costilla dolorosa (Fig. 10, 11).



Fig. 10



Fig. 11

Si el dolor aparece en la elevación, se solicita la espiración apoyando el pulgar para la puesta en tensión, luego, se hace inspirar violentamente manteniendo el pulgar apoyado en la costilla; esto provoca la manipulación hacia abajo (Fig. 12). Si el dolor aparece al bajar la costilla hay que atrapar el borde inferior de ésta con el pulpejo de los dedos solicitando la inspiración para la puesta en tensión, luego, tras mantener la costilla en elevación se solicita la espiración rápida para obtener la manipulación hacia arriba (Fig. 13).

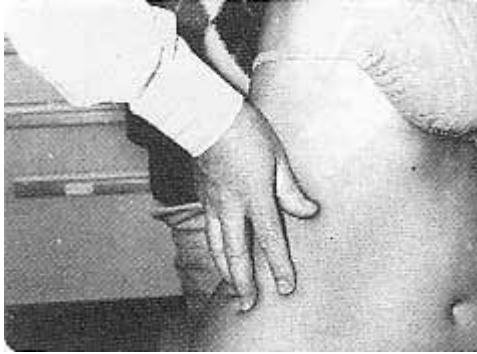


Fig. 12

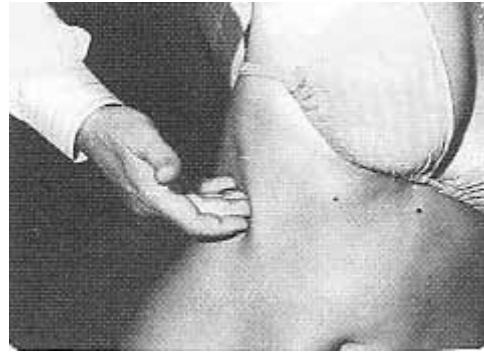


Fig. 13

Técnica personal (Fig. 14, 15) en decúbito lateral del lado no doloroso. La mano heteróloga atrapa el codo del lado doloroso y lo eleva al máximo por encima de la cabeza para abrir el hemitorax. El resto de la técnica se basa en una inspiración o espiración forzada.



Fig. 14



Fig. 15

Costilla “criquet”

La he bautizado así por el ruido característico demostrable con la movilización pasiva de la costilla o incluso espontáneo con la respiración. Este ruido recuerda perfectamente el pequeño juguete de los niños llamado «criquet». El inicio siempre es traumático. Siempre se relata un choque directo en la parrilla costal en la zona anterior baja. En general es un accidente deportivo o un golpe contra un objeto contundente. Para nosotros es una dislocación condro-costal (fractura del cartílago).

Examen clínico

El punto doloroso se sitúa en la unión condro-cartilaginosa de la 8ª, 9ª, y décima costillas. La movilización de la costilla provoca el ruido característico «del criquet» y el diagnóstico.

Evolución y tratamiento

La curación espontánea es excepcional. El dolor se difumina pero reaparece de forma brutal a la mínima sollicitación (persiste la dislocación). Hay que manipular como en el SPA vía directa o semi-indirecta contrariada, para colocar posteriormente una contención durante seis semanas por lo menos 8 vendaje

elástico tipo Cemen para contención de la costilla). Si se fracasa se puede probar la grapa condro-costal de Judet.

Síndrome de Tietze

Se habla mucho de él. No hay diagnóstico diferencial del dolor torácico alto, o no lo contemplamos...Por mi parte nunca lo he visto, o lo que se me ha presentado como tal, eran dermatomas C4 curados con manipulación cervical; o síndromes parietales sub-agudos o crónicos de situación alta. Los autores que lo han descrito piensan que es una condritis de la articulación esterno-costal del 3º arco costal. Lógicamente se puede pensar que puede tratarse de una evolución de un síndrome parietal agudo, sub-agudo, o crónico hacia una condritis.

Examen clínico

Pienso que solo se puede afirmar este diagnóstico si solo existe un nódulo doloroso a la presión del 3º arco costal en la articulación esterno-costal descartando por palpación la paravertebral posterior, y el punto costo-transverso, es decir, una discinesia costal.

Tratamiento

Se han propuesto las infiltraciones con más o menos éxito. En verdad hay más falsos síndromes de Tietze que auténticos, y su curación pasa por la manipulación de la costo-transversa.

Desgarro intercostal

Aquí también se habla mucho de lo que no existe. Solo nos podemos referir a ello bajo tres condiciones. Se necesita un traumatismo, un hematoma intercostal, o como mínimo (precozmente) una tumefacción intercostal, y que los exámenes clínicos y para-clínicos hayan eliminado los demás síndromes parieto-torácicos. Sin embargo, puede existir perfectamente un desgarro intercostal complicando todos los cuadros clínicos, y hay que tenerlo en cuenta en el tratamiento de estos.

Tratamiento

Esencialmente con una contención elástica con venda «Cemen». No hay que utilizar hielo por el riesgo de complicaciones parenquimatosas yatrógenas. Los enzimas disgregantes, y los antiálgicos se pueden usar además de la contención.

Síndromes parieto-torácicos de origen vertebral

Nos contentaremos con enumerarlos, ya que son bien conocidos y su tratamiento es el del DIM original.

Dorsalgia inter-escápulo-vertebral o « algia inter-escapular » de origen cervical (descrita por Maigne). Es el dermatoma en la salida de emergencia cutánea de la rama posterior del nervio raquídeo de T2, pero de hecho, según Lazorthes, de la anastomosis de todas las ramas posteriores de C5 a T2.

Irradiación de un DIM torácico, radicular intercostal o metamérico. El diagnóstico es esencialmente clínico basado en el descubrimiento de un DIM.

Simplemente insistiré en un hecho poco común sobre el que hay que reflexionar. Trabajando en un servicio de neumología en el que los carcinomas son frecuentes, hemos podido observar que las metástasis vertebrales daban las mismas irradiaciones radicales o metaméricas que los DIM.

Es indispensable disponer de un examen radiológico reciente antes de proponer un tratamiento con manipulación de esta región.
