



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento para el síndrome de salida torácica (Revisión)

Povlsen B, Hansson T, Povlsen SD

Povlsen B, Hansson T, Povlsen SD.
Treatment for thoracic outlet syndrome
(Tratamiento para el síndrome de salida torácica).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD007218.
DOI: [10.1002/14651858.CD007218.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007218.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento para el síndrome de salida torácica

Bo Povlsen¹, Thomas Hansson², Sebastian D Povlsen³

¹London Hand Clinic, London Bridge Hospital, London, UK. ²Plastic Surgery, Hand Surgery and Burns, University Hospital, Linköping, Sweden. ³Preclinical Medical Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

Dirección de contacto: Bo Povlsen, London Hand Clinic, London Bridge Hospital, 27 Tooley Street, London, SE1 2PR, UK.
bo@manusmedical.com, info@LondonHandClinic.co.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane Neuromuscular.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2014.

Referencia: Povlsen B, Hansson T, Povlsen SD. Treatment for thoracic outlet syndrome (Tratamiento para el síndrome de salida torácica). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD007218. DOI: [10.1002/14651858.CD007218.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007218.pub3).

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El síndrome de salida torácica (SST) es uno de los diagnósticos más polémicos de la medicina clínica. A pesar de muchos informes de intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, no existe una investigación científica rigurosa sobre este síndrome que sustente el tratamiento basado en pruebas. Ésta es la primera actualización de una revisión publicada por primera vez en 2010.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y adversos de las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para el tratamiento del SST después de un mínimo de seis meses desde la intervención.

Métodos de búsqueda

El 23 junio 2014, se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Enfermedades Neuromusculares (Cochrane Neuromuscular Disease Group), CENTRAL, The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MEDLINE, EMBASE, CINAHL Plus y AMED. También se buscó en las listas de referencias de los ensayos identificados.

Criterios de selección

Se seleccionaron los estudios aleatorios o cuasialeatorios que incluían a participantes con diagnóstico de SST de cualquier tipo (neurogénico, vascular y “dudoso”), sin limitaciones en cuanto al idioma de la publicación.

Se aceptaron estudios que examinaban cualquier intervención dirigida al tratamiento del SST.

La medida de resultado primaria fue el cambio de la calificación del dolor en una escala analógica visual validada o similar, al menos seis meses después de la intervención.

Los resultados secundarios fueron el cambio en la fuerza muscular, la discapacidad, las experiencias de parestesia (adormecimiento y sensación de cosquilleo) y los efectos adversos de las intervenciones.

Obtención y análisis de los datos

Tres autores, de forma independiente, seleccionaron los ensayos para ser incluidos y extrajeron los datos. Los autores evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios incluidos según los métodos recomendados en el *Manual Cochrane para las Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions)*.

Resultados principales

Las dificultades de esta revisión se deben a la ausencia de criterios diagnósticos de aceptación general del SST, y se tuvo que depender exclusivamente del diagnóstico de SST realizado por los investigadores en los estudios examinados. Se identificó un estudio que comparaba la progresión natural con una intervención activa. Se encontraron tres ensayos controlados aleatorios (ECA), aunque sólo dos de ellos tenían un seguimiento de seis meses o más, que fue el seguimiento mínimo necesario para la inclusión en la revisión. El primer ensayo que cumplió con los requisitos incluyó a 55 participantes con SST de “tipo dudoso” y comparó la resección transaxilar de la primera costilla (RTPC) con la neoplastia supraclavicular del plexo braquial (NSPB). El ensayo presentó un alto riesgo de sesgo. La RTPC redujo más el dolor que la NSPB. No hubo efectos adversos en ningún grupo. El segundo ensayo que cumplió con estos requisitos analizó a 37 pacientes con SST de cualquier tipo y comparó el tratamiento con una inyección de toxina botulínica (BTX, por sus siglas en inglés) en los músculos escalenos con una inyección de placebo de solución salina. Este ensayo tenía un bajo riesgo de sesgo. No hubo ningún efecto significativo del tratamiento con la inyección de BTX sobre el placebo en cuanto al alivio del dolor o las mejorías en la discapacidad, aunque el mismo mejoró significativamente la parestesia a los seis meses de seguimiento. No hubo ningún evento adverso del tratamiento con BTX por sobre la inyección salina.

Conclusiones de los autores

Las dificultades de esta revisión se deben a la ausencia de criterios diagnósticos de aceptación general para el diagnóstico del SST. Hubo pruebas de muy mala calidad de que la resección transaxilar de la primera costilla disminuyó el dolor más que la neoplastia supraclavicular, pero no hay pruebas procedentes de ensayos aleatorios de que es mejor que ningún tratamiento. Hay pruebas moderadas para sugerir que el tratamiento con inyecciones de BTX no produjo grandes mejorías sobre las inyecciones de placebo de solución salina. No hay pruebas a partir de ECA para el uso de otros tratamientos utilizados en la actualidad. Se necesita una definición acordada para el diagnóstico del SST, especialmente la forma dudosa, medidas de resultado acordadas y ensayos aleatorios de alta calidad que comparen el resultado de las intervenciones con ningún tratamiento y entre sí.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento para el síndrome de salida torácica

Pregunta de la revisión

Se examinaron las pruebas acerca del efecto de cualquier tratamiento para el síndrome de salida torácica (SST).

Antecedentes

El SST es uno de los diagnósticos más polémicos en medicina. El término SST representa tres síndromes relacionados: una forma en la que el plexo braquial (una colección de nervios en el cuello y axila) es comprimido; una forma en la que los vasos sanguíneos principales del tórax superior son comprimidos; y el SST dudoso o inespecífico doloroso. El paciente que presenta SST puede tener síntomas como dolor en el hombro y el cuello que puede propagarse al brazo y al frente del tórax; debilidad; cambio en las sensaciones; inflamación; y una restricción del suministro de sangre al brazo afectado. Las diversas causas del SST incluyen una costilla extra en el cuello, diferencias en la forma de los huesos de la columna vertebral, bandas de tejido anormales debajo de la piel y anomalías en la forma en que los músculos en el lado del cuello se adhieren a los huesos. El SST a menudo se asocia con lesiones anteriores.

Hay una falta de normas ampliamente aceptadas para realizar el diagnóstico del SST, de manera que con objeto de realizar esta revisión, se decidió depender del diagnóstico de SST realizado por los investigadores de los estudios examinados. El SST a menudo se diagnostica después de descartar otras causas de síntomas unilaterales de dolor en el brazo, debilidad, pérdida de sensibilidad, o las tres. La mayoría de las personas con diagnóstico de SST presenta la forma dudosa.

Se efectuaron búsquedas amplias de ensayos clínicos de los tratamientos para el SST. Se deseaba descubrir si algún tratamiento es efectivo y si los tratamientos presentan efectos perjudiciales.

Características de los estudios

A partir de la búsqueda sistemática, se identificaron dos ensayos. Un ensayo comparó la cirugía para extraer la primera costilla (resección transaxilar de la primera costilla) con cirugía en la cual el cirujano liberó los nervios de los tejidos circundantes (neuroplastia) sin extraer una costilla, en 55 pacientes con SST de tipo dudoso. Los participantes no habían respondido a los tratamientos no quirúrgicos. El seguimiento promedio fue de 37 meses. Un segundo ensayo analizó a 19 pacientes sometidos a la administración doble ciego de una inyección individual de BTX (relajante muscular) en los músculos escalenos del cuello, y a 18 pacientes del grupo de placebo que no recibieron ninguna inyección activa, con un seguimiento de seis semanas, tres meses y, críticamente con objeto de realizar esta revisión, seis meses.

Resultados y calidad de las pruebas

Hay pruebas de muy baja calidad de que la extracción de una costilla redujo más el dolor en los pacientes con SST “dudoso” en comparación con un procedimiento de neuroplastia. Se identificaron cuestiones en el diseño de estudio que podrían haber afectado el

resultado del ensayo. No hubo efectos adversos en ningún grupo. No hubo ensayos de cirugía versus ningún tratamiento. El ensayo que comparó la intervención con inyección de BTX versus placebo aportó pruebas de calidad moderada de que este procedimiento no reduce significativamente las puntuaciones del dolor o la discapacidad a largo plazo, aunque no hubo ningún evento adverso asociado con el procedimiento en comparación con placebo.

Esta revisión sistemática demostró que no hay pruebas suficientes de que las intervenciones establecidas para el SST sean útiles para aliviar el dolor. Hasta que se realicen ensayos clínicos aleatorios de alta calidad que comparen las diversas intervenciones para el SST, la decisión de tratar y la elección apropiada del tratamiento tendrá que basarse en las preferencias del paciente y del profesional.

Las pruebas están actualizadas hasta junio de 2014.