

EL SÍNDROME DEL SUJETADOR

Bernard ROSA

Médecine Manuelle Ostéopathie, 74000 Annemasse

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

El supraespinoso, el trapecio, y el deltoides pueden lesionarse durante la compresión de la región supraescapular por los tirantes del sujetador. Las lesiones que aparecen, se agravan con los movimientos del hombro y el peso de las mamas. Pueden aparecer dolores loco-regionales o a distancia. A veces es difícil establecer su causa inicial. Solo el examen clínico local permite identificar las formas de propagación y las causas que conducen a esos cuadros tan diversos. Conocer el síndrome junto a las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la medicina manual, facilita el abordaje de estos pacientes y previene las recidivas.

Introducción

El mantenimiento y valoración del cuerpo femenino han conocido, desde la antigüedad, evoluciones que testimonian tanto los progresos técnicos como el lugar de la mujer en la sociedad (Fig. 1, 2). En 1912, una moda lanzada por Coco Chanel hizo que se remplazaran los corsés, constrictores y costosos, por “mejoradores de pechos” creados en Inglaterra desde 1886 y perfeccionados por Hermine Cadolle en 1889. La industrialización, la emancipación de la mujer; una especie de libertad, y de exigencias prácticas, contribuyeron ciertamente a esta innovación; posteriormente a su democratización, tomando el nombre de sujetador o sostén hacia 1920.



Figura 1: Venus Hottentote.



Figura 2: La mère consolatrice, Pompéi

Sabemos que desde hace unos años, el volumen del pecho femenino aumenta. Consecuencia local de factores generales como el aumento del índice de masa corporal, la generalización de la “píldora” y la difusión de estereotipos impuestos por la moda. Ello ha comportado consecuencias en la patología cérvico-escapular, los tirantes del sostén pueden apoyarse fuertemente sobre los trapecios (Fig.3) y ser origen de dolores ⁽⁶⁾.



Figura 3: Los tirantes del sujetador pueden agredir la región supra-escapular.

Los médicos conocedores de la medicina manual deben saber reconocer estas pacientes. Su tratamiento obedece a técnicas específicas e individualizadas en las que su aplicación depende del modo de propagación de una lesión y sus complicaciones. Describiremos un cuadro clínico y profundizaremos en las posibles situaciones entre la lesión causal y los síntomas.

Fisiopatología

Cuando el peso que soporta el sujetador es demasiado, los tirantes de algunos modelos “siegan” los hombros (Fig. 4). Con cada movimiento del hombro cizallan al supraespinoso, trapecio y deltoides. Existen diversas lesiones posibles:



Figura 4: Surco e irritación provocados por el tirante

1) Isquemia

Más allá de un simple surco, el cizallamiento podría inducir una isquemia local en la piel, los músculos y los tendones (en músculos como los trapecios). A su vez, esta isquemia podría comportar o por lo menos favorecer dolores en diversos territorios: miembros superiores, región escapular o cérvico-dorsal, incluso más a distancia (cefaleas). Esta hipótesis se ve reforzada por el hecho de que en las cervicalgias crónicas las alteraciones de la microcirculación se han evidenciado en las biopsias de músculos como los trapecios ⁽¹⁰⁾. Estas alteraciones comportan una hipoxia que por ella misma podría ser responsable de dolores. Las compresiones pueden también afectar a los filetes nerviosos.

2) Alteraciones biomecánicas

Las fibras estriadas del trapecio, del supraespinoso, y/o del deltoides; están compuestas de una sola célula muscular que termina en una o dos expansiones tendinosas. Si los tirantes del sujetador ejercen una presión excesiva, tiran de las fibras hacia abajo, lo que provoca un aumento de tensión y la modificación del ángulo entre las fibras y sus inserciones óseas. Estas modificaciones afectan a la dinámica de los centros de rotación de las articulaciones movilizadas por medio de esos fascículos musculares y sus fascias.

Estos parámetros rigen el crecimiento óseo ⁽³⁾; podrían explicar la presencia de microcalcificaciones (inconstantes) y la hipersensibilidad teno-perióstica de la espina del omoplato o de la otra inserción del músculo. Estos músculos participan en la movilidad de las vértebras cervicales, de la cabeza, de la clavícula, del omoplato, del humero. Inicialmente, solo unas pocas fibras de cada músculo se lesionan, y los desarreglos inter-óseos menores resultantes de esta desarmonía del movimiento, solo perturban algunos ángulos de movilidad. Por otra parte, la bioquímica de sus fibras de colágeno, dispuestas sin los repliegues acelulares, confiere a los tendones una excelente elasticidad junto a un mínimo consumo de energía, pero también un poder cicatricial bastante débil ⁽³⁾.

Estas lesiones se acentúan cuando las presiones se localizan en la espina del omoplato por la rigidez del tirante, pero también con el porte de cargas, utilización intensiva de los músculos de la cintura escapular (lavar cristales, gestos deportivos...), o incluso cada vez que la paciente respira utilizando mal su diafragma.

Esta patología se ve favorecida por mamas pesadas, caídas, la menopausia, sujetadores con tirantes estrechos y la repetición de gestos ⁽⁶⁾. La progresión de esta isquemia y de la denervación se manifiesta lentamente, incluso en ausencia de dolor espontáneo.

3) Asociación con otras lesiones

La hipertrofia mamaria puede también ser responsable de dolores dorsales por las modificaciones que provoca en la estática vertebral. Hay que tener en cuenta la frecuencia de lesiones del manguito de los rotadores o de los problemas cervicales. Estas lesiones pueden estar asociadas, y el examen clínico localizado debe determinar la parte que corresponde a los tirantes en un cuadro clínico a veces complejo.

4) Factores de agravación o persistencia

Entre los factores susceptibles de prolongar o agravar las lesiones podemos mencionar los pechos pesados o caídos, la rigidez del tejido del tirante, tirantes demasiado estrechos, o musculatura insuficiente. También a factores generales como la menopausia, o factores gestuales como una paciente con respiración escapular (inspiración elevando los hombros), o una utilización intensiva de la cintura escapular (lavar cristales, transportar cargas pesadas, repetir gestos, o practicar ciertos deportes).

Cuadro clínico

Supone una localización puramente escapular de las lesiones. Por ello no acostumbra a ser mencionado por la paciente ya que estas lesiones se instalan lentamente, tras una anoxia prolongada que enmascara los síntomas. A pesar de ello el médico experto las busca sistemáticamente ya que la silueta las evoca a primera vista. Aunque la paciente a veces señala la pesadez de sus mamas, pocas veces relaciona sus síntomas con el sujetador.

1) El interrogatorio

Al principio la paciente se queja de fatiga o de pérdida de fuerza muscular que solo afecta a algunos grados de movilidad, pero que puede ser más completa y evocar una rotura del manguito de los rotadores. Los dolores regionales afectan la mecánica. Con el tiempo pueden instaurarse durante todo el día. Si persisten durante la noche hay que temer la asociación de una patología inflamatoria escapular o cervical asociada. Pueden notarse hormigueos. El interrogatorio buscará los factores favorecedores ^(2, 3, 4, 5) como la profesión (ama de casa), los gestos deportivos (el servicio del tenis), los pesos, pero además un terreno particular como la fibromialgia o la espasmo-filia, etc.

2) La inspección

A realizar siempre con la paciente con el torso desnudo, además de la forma y aspecto de sus pechos, revela las posturas antialgicas, las frecuentes irritaciones cutáneas locales, y sobretodo un surco cavado por el tirante en el trapecio (Fig. 4) y en el panículo adiposo subcutáneo. Es más raro observar una atrofia de la fosa supraespinosa o una sincronización abusiva entre el diafragma y los músculos cervicales.

3) La palpación

Es el elemento fundamental. La presión en el fondo de los surcos cincelados en los hombros provoca un dolor exquisito (Fig. 5).



Figura 5: Palpación de la zona dolorosa.

A menudo, la parte rígida del tirante se apoya justo sobre las inserciones musculares en las espinas del omoplato.

La palpación también permite evaluar la afectación regional de la compresión localizando los puntos gatillo, los puntos dolorosos, los tendones sensibles, las contracturas, las dermalgias, y las atrofas debidas a la compresión. A veces la palpación de la espina descubre una microcalcificación hipersensible que da

testimonio de la antigüedad de la hipoxia. Siguiendo los cordones mialgicos, se estudian las fibras contracturadas y sus inserciones; ello permite determinar las movilizaciones cervicales necesarias para la focalización de los test musculares (Fig. 6,7).



Figura 6: Palpación del supraespinoso.



Figura 7: Palpación del trapecio.

Más adelante puede añadirse al tiempo terapéutico que moviliza las articulaciones.

4) El rango de movimiento pasivo

A veces doloroso, se hace de manera clásica. Es normal cuando no existe extensión de hombro o de raquis.

5) El rango de movimiento activo

El síndrome del sujetador, inicialmente solo afecta algunas fibras musculares que actúan en la articulación investigada. El estudio del rango de movimiento activo según los métodos clásicos puede ser negativo; entonces hay que sensibilizar el examen. Para ello bastará con alargar al máximo las fibras lesionadas antes de hacer el test articular. Las repercusiones sobre la acromioclavicular, la escapulohumeral, y raquis, dependen de los fascículos lesionados.

- El trapecio participa con el movimiento del raquis. Su examen precisa bajar el hombro.
- El trapecio participa igualmente de la elevación de la escapula y su basculación. Su evaluación precisa la flexión del raquis, rotación homónima y lateralización heterónima.
- El supraespinoso inicia la abducción del hombro. Su evaluación precisa estirar el trapecio con el raquis en flexión anterior, rotación homónima y lateralización heterónima.
- El deltoides participa con la abducción y la rotación del hombro. Su evaluación precisa colocar el brazo en eje de las fibras lesionadas junto a una tensión del trapecio.

Estas maniobras se realizan en los dos lados, con y sin sujetador. El resto del balance se orienta en función de los resultados obtenidos para despistar las complicaciones.

Complicaciones

Con el tiempo, y debido a las mamas voluminosas, las complicaciones aparecen indefectiblemente, lo que recalca el interés de un diagnóstico precoz. La hipoxia evoluciona lentamente enmascarando los dolores espontáneos iniciales. Así, la lesión inicial a menudo es ignorada por la paciente que solo consulta en el estadio de las complicaciones. En nuestra práctica cotidiana encontramos complicaciones o asociaciones patológicas frecuentemente.

Puede tratarse de:

- Una afectación del manguito de los rotadores (sobretudo supraespinoso, valorado por el test de Jobe).
- Una extensión local de la inflamación. Explica algunas periartitis escapulo-humerales que mejoran tratando el síndrome del sujetador.
- Una afectación muscular que afecta a agonistas y antagonistas. Explica la instauración de verdaderas cadenas compensatorias que suavizan la afectación de los trapecios, supraespinosos y deltoides. El médico podrá seguirlas paso a paso gracias a una cuidadosa palpación. A veces aparecen dolores en el dorsal ancho, el pulgar, epitrocelitis, epicondilitis, o dolores dorsales en los romboides.
- Desarreglos intervertebrales menores que afectan sobretudo a C5-C6, C6-C7 y C7-T1.
- A veces está asociado un estado depresivo.

Cada una de estas complicaciones puede favorecer verdaderos círculos viciosos. Únicamente el tratamiento de todas estas etapas permite aliviar algunas pacientes.

Tratamiento

El tratamiento está dirigido a:

- Aumentar y diversificar las superficies de apoyo de los tirantes.
- Relajar las fibras contracturadas con masajes y estiramientos.
- Recuperar la contractibilidad de estas fibras con ejercicios locales siguiendo el eje de la fibra.
- Restaurar los arcos de movimiento fisiológicos con movilizaciones suaves de sus restricciones.

La supresión temporal o definitiva del sujetador es una solución simple pero de difícil aplicación. También aconsejamos empezar suprimiendo las zonas rígidas o dobleces del tirante que comprimen la espina del omoplato. En caso de fracaso preconizamos el uso de sujetadores con tirantes anchos o cruzados ^(8, 14) que modifican las presiones locales. Por fin, y sobretudo, aconsejamos repartir las presiones sobre el hombro por medio de una hombrera de espuma espesa ⁽⁶⁾ entre el hombro y el tirante (Fig. 8, 9).



Figura 8: Hombrera.



Figura 9: Hombreras.

Se fija al sujetador con dos tiras de Velcro®. También existen modelos comerciales con tirantes anchos (Fig. 10).



Figura 10: Modelo comercial con tirantes anchos.

Los puntos gatillo se pueden tratar con técnicas manuales ⁽⁷⁾. Cuando existen DIM utilizamos, utilizamos de buena gana las manipulaciones cervicales ^(4, 13) asociadas a la reeducación; y sobretodo la movilización acromioclavicular con el brazo elevado y decoaptación escapulo humeral. En caso de fracaso o complicaciones es interesante completar estas medidas con un tratamiento local, a distancia, o general (antidepresivos). La cirugía de reducción mamaria, inevitable a veces, da buenos resultados ⁽²⁾.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bertherat M, De Halleux H, Girard V. Cent ans de lingerie, éditions Atlas, 8-21, 1996.
- 2- Chadbourne EB, Zhang S, Cordon MJ et al. Clinical outcomes in réduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. Mayo Clin Proc 2001;76:503-10.
- 3- Birk DE, Lisenmayer TF. Collagen fibril assembly, deposition and organisation into tissue spécifique matrices. San Diego Accademy Press, 91 -128, 1994.
- 4- Cassidy JD, Lopes AA, Yong-Hing K. The immediate effect of manipulation versus mobilization on pain and range of motion in the cervical spine: a n. randomised controlled trial. JMPT.1992; 15: 570.
- 5- Cyriax J. Manuel de médecine orthopédique. Paris. Masson, 1976.
- 6- De Silva M. The costoclavicular syndrome: a 'new cause'. Ann Rheum Dis 1986;45:916-20.
- 7- Debroux JJ. : Relâchement myofascial spontané et tender points. Paris. Frison-Roche, 1998
- 8- Hadi MS. Sports Brassière: Is It a Solution for Mastalgia ? Breast J 2000; 6:407-9.
- 9- Kelley H, Sledge R. Rheumatology, Saunders, 1997.
- 10- Larsson R, Cai H, Zhang Q, Oberg PA, Larsson SE. Visualization of chronic neck-shoulder pain: impaired microcirculation in the upper trapezius muscle in chronic cervico-brachial pain. Occup Med (Lond) 1998; 48: 89-94.
- 11- Lazorthes G. Le système nerveux périphérique. Paris. Masson, 1981.
- 12- Le Corre F, Rageot E. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique. Paris. Masson, 2001.
- 13- Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Une nouvelle Française. 1989. Française. 1989.]
- 14- Page KA, Steele JR. Breast motion and sports Sports Med 1999 ;27 :205-11. Sports Med 1999; 27:205-11.