

Caso clínico: 2ª parte

El dolor de hombro es la tercera causa de dolor músculo esquelético, excedido solo por el dolor de lumbar y cervical. Un 10% de la población experimentará algún episodio de dolor en esta articulación. El hombro doloroso es un conjunto de signos y síntomas que comprende un grupo heterogéneo de diagnósticos (tabla 1).

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de hombro doloroso:

Patrón periarticular	Patrón articular	Patrón referido
<ul style="list-style-type: none"> - Patología tendinosa - Patología bolsas sinoviales - Patología ósea 	<ul style="list-style-type: none"> - Capsulitis adhesiva - Artritis inflamatorias - Artrosis - Inestabilidad glenohumeral - Necrosis avascular - Enfermedad de Paget - Neoplasias 	<p>Origen neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiculopatía cervical - Plexopatía braquial - Neuropatía por atrapamiento - Tumores medulares - Parálisis nervio torácico largo - Neuralgia amiotrófica - ELA <p>Origen viscerosomático</p> <ul style="list-style-type: none"> - IAM - TEP - Absceso subfrénico - Neumotórax - Pericarditis - Mesotelioma - Tumor de Pancoast - Infarto esplénico - Pancreatitis - Patología vesicular - Rotura visceral abdominal - Sº de telaraña vascular
		<p>Origen neurovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuralgia amiotrófica - Sº Del Desfiladero Torácico

El patrón periarticular fue el diagnóstico inicial de nuestro paciente, se caracteriza principalmente por mayor afectación de la *movilidad activa*, que suele ser dolorosa, sobre todo la *activa contra resistencia* en los movimientos en los que participan los músculos afectados. El compromiso funcional y la localización del dolor son inicialmente selectivos, para ir afectándose prácticamente todos los movimientos y la amplitud del dolor a medida que evoluciona la patología. Ante sospecha de patrón periarticular o articular/capsular las pruebas complementarias deberían comenzar con una Rx simple, siendo suficiente en algunos casos de traumatismo o tendinitis calcificante. De persistir la sospecha de lesión del manguito y con RX simple negativa la ecografía aporta una sensibilidad similar a la RM en la patología tendinosa, además de permitir estudio dinámico y resultar muy accesible en la mayoría de las consultas de rehabilitación. La RM permite detectar lesiones en estadios muy precoces, valorar la inestabilidad glenohumeral y plantear la mejor decisión quirúrgica.

El patrón articular o capsular se caracteriza por la afectación, sobre todo, de la *movilidad pasiva*, pudiendo estar la *movilidad activa* y *activa contra resistencia* afectada o no. A medida que evoluciona la patología, lo habitual es que los tres tipos de movilidad se vean afectados.

El patrón referido variará según la etiología de este (neurológica, neurovascular o viscerosomática). Sospecharemos este patrón en función de los antecedentes personales del paciente con una adecuada anamnesis y exploración tras descartar clínicamente los patrones anteriores.

Desenlace del caso

Ante el empeoramiento clínico y la poca correspondencia de los hallazgos en los estudios de hombro, se realizó ecografía axilar y se completó estudio con RM axilar.

-Ecografía axilar: se observó imagen de cordón fibroso, doloroso a la palpación desde la axila hasta zona medial del codo, apreciándose ganglio axilar con transformación quística y aumento de tamaño que plantea lesión linfática postraumática (imagen 4 y 5).

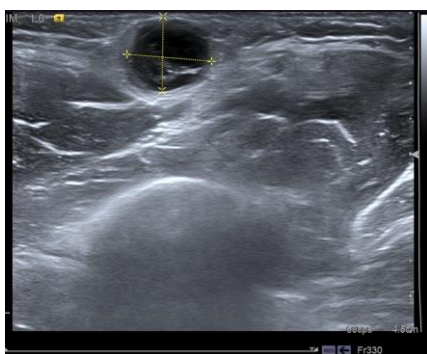


Imagen 4

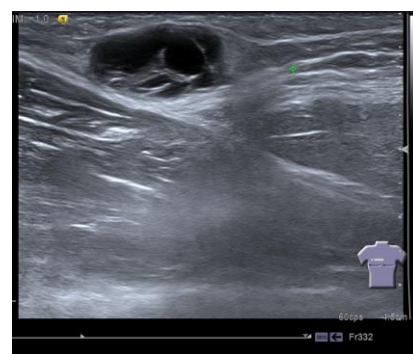


Imagen 5

-RM axilar: “se aprecia cordón fibroso en región anteromedial y trombosis linfática axilar con dilatación quística focal. Se observa lesión redondeada de 8x12x16 mm bien definida. Tras administración de contraste presenta captación sólo en su cápsula de características no agresivas con zona interna hipocaptante” (imagen 6 y 7).

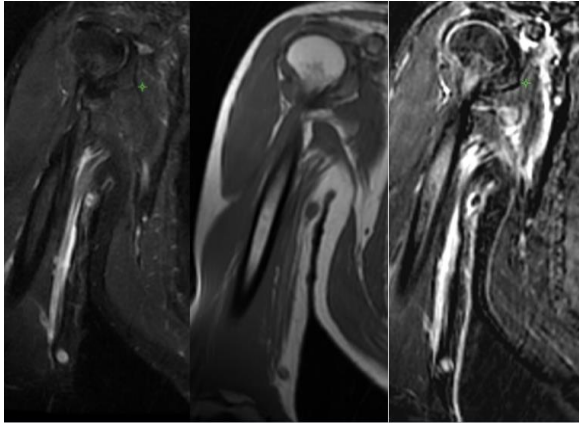


Imagen 6

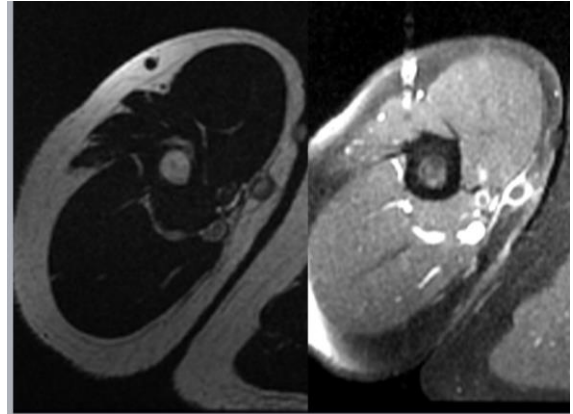


Imagen 7

Juicio diagnóstico final:

Síndrome de red axilar

Como tratamiento ajustó analgesia, se instó a continuar tabla de ejercicios de hombro y fisioterapia, basada en cinesiterapia, masoterapia y tonificación muscular.

La evolución ha sido favorable. Actualmente el paciente refiere reducción de tamaño de la masa y mejoría clínica y funcional, con sensación de resolución completa de los cordones axilares y del dolor. La ecografía de control a los 2 meses (imagen 8) confirma reducción de la lesión, menor distensión y menos cambios inflamatorios.

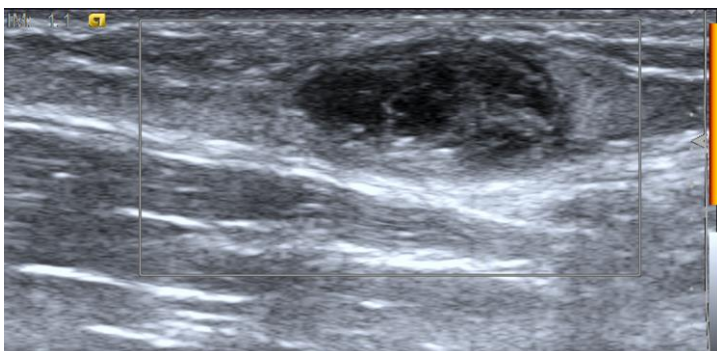


Imagen 8

“Se observa lesión hipoeoica de morfología ovoidea en tejido celular subcutáneo de axila derecha, apreciándose disminución de tamaño respecto a ecografía previa. En

continuidad con la lesión en sentido distal, se observa trayecto filiforme hipoeoico de escasos 2 mm de diámetro laterolateral que coincide con el cordón percibido a la palpación”

En conjunto, los hallazgos clínicos, la evolución y la presencia de trayecto subcutáneo en ecografía, se corresponden con el **Síndrome de la red axilar**.

DISCUSIÓN:

El síndrome de membrana o red axilar (SWA) más conocido es el relacionado con la cirugía de mama asociada a vaciamiento ganglionar axilar con una incidencia de hasta 72% y menos frecuente con la biopsia de ganglio centinela con una incidencia aproximada de 30%⁽¹⁻³⁾. Existen otros casos relacionados con patología ganglionar axilar causados por otro tipo de neoplasias, infecciones, pero los casos idiopáticos, como el nuestro, son excepcionales⁽⁴⁾.

El SWA se caracteriza clínicamente por la aparición de una o más bandas o cordones lineales tensos, palpables, conocidos también como “cuerdas de guitarra”, que desde la axila pueden extenderse hasta el borde medial del brazo. Estos cordones, se hacen más visibles a la abducción del hombro, pudiendo estar asociados con nódulos palpables, dolor y restricción de movimiento^(3,5).

Se han descrito factores de riesgo que incluyen la extensión y complicaciones de la cirugía, o como en éste caso la edad más joven e índice de masa corporal más bajo⁽³⁾.

La etiología es desconocida, y aunque varios autores sugieren un origen linfático para el SWA, es frecuente encontrar biopsias con hallazgos mixtos linfático y venoso, sugiriendo una combinación de estasis linfo-venosa e hipercoagulación⁽³⁾. Este estado protrombótico podría estar relacionado en nuestro caso con la infección por COVID-19 de nuestro paciente y/o el proceso inflamatorio agudo tras la distensión traumática de hombro, que pudieron predisponerlo a desarrollar SWA.

El diagnóstico de SWA se basa principalmente en los síntomas: dolor y restricción de movimiento. Así como, en la inspección y palpación axilar. En la mayoría de los casos descritos, ecográficamente no se observa trombosis en los vasos o alteraciones a nivel fascial, lo que sugiere que las lesiones sean secundarias al sistema linfático más microscópico que el venoso y difícil de valorar con sondas ecográficas incluso de 18 Hz^(3,7), por lo que el diagnóstico de certeza se apoyaría con el estudio histológico. La resonancia no parece aportar más información de la que se puede obtener con un estudio ecográfico.

El SWA se puede confundir con el Síndrome de Mondor, en el cual los cordones son más gruesos, blandos, eritematosos, dolorosos y los hallazgos ecográficos muestran una trombosis de venas superficiales^(3,7). Existen autores que consideran al SWA como una variante del Síndrome de Mondor⁽¹⁰⁾.

La evolución es variable, algunos artículos sugieren que los cordones pueden aparecer tras una o dos semanas después de la “agresión” axilar y autolimitarse dentro de los 3 meses, otras publicaciones sugieren que pueden persistir hasta 2 años, incluso reaparecer tras su resolución ⁽³⁾.

No existe tratamiento específico, ni protocolo de actuación estandarizado. En términos generales el control analgésico y la fisioterapia basada en terapia manual, movilización de tejidos, fricción y fortalecimiento, ayuda a estirar o romper los cordones favoreciendo la recuperación del balance articular ⁽⁸⁻⁹⁾.

CONCLUSIONES:

- El SWA es una patología frecuente en pacientes con antecedentes de cirugía ganglionar axilar, pero puede desarrollarse sin intervención quirúrgica previa.
- El examen físico es la base para su diagnóstico y la exploración de la región axilar debería ser parte rutinaria de la evaluación de pacientes con dolor y limitación de movimiento de hombro.
- La ecografía resulta de utilidad por la accesibilidad, bajo costo y la posibilidad de realizar un estudio exactamente en la zona de las bandas, descartando otras patologías axilares.
- Aunque no hay consensos sobre el tratamiento, la terapia manual, cinesiterapia y control analgésico forma parte de la recuperación funcional del hombro.
- El conocimiento y comprensión de esta patología proporcionará una herramienta más al momento de atender a pacientes que consulten por dolor de hombro.
- Se necesita más investigación sobre la fisiopatología y estudios a más largo plazo para determinar un tratamiento eficaz utilizando resultados estandarizado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lee KC, Chang YW, Chen CP. Axillary web syndrome following epidermal inclusion cyst: A case report and literature review. Clin Exp Dermatol. 2019;44:64---6.
2. Koehler LA, Haddad TC, Hunter DW, Tuttle TM. Axillary web syndrome following breast cancer surgery: Symptoms, complications, and management strategies. Breast Cancer Dove Med Press. 2019;11:13.
3. Yeung WM, McPhail SM, Kuys SS. A systematic review of axillary web syndrome (AWS). J Cancer Surviv. 2015 Dec;9(4):576-98.

4. Harris SR. Axillary Web Syndrome in Breast Cancer: A Prevalent But Under-Recognized Postoperative Complication. *Breast Care Basel Switz.* 2018;13:132---5.
5. Moskovitz AH, Anderson BO, Yeung RS, Byrd DR, Lawton TJ, Moe RE. Axillary web syndrome following aflutter axillary dissection *Am J Surg.* 2001; 181 (5): 434–439
6. Welsh P, Gryfe D. Atypical presentation of axillary web syndrome (AWS) in a male squash player: a case report. *J Can Chiropr Assoc* 2016; 60(4).
7. Koehler LA, Hunter DW, Haddad TC, Blaes AH, Hirsch AT, Ludewig PM. Characterizing axillary web syndrome: Ultrasonographic efficacy. *Lymphology.* 2014 December; 47(4): 156–163
8. Luz CMD, Deitos J, Siqueira TC, Palú M, Heck APF. Management of Axillary Web Syndrome after Breast Cancer: Evidence-Based Practice. *Rev Bras Ginecol Obstet* Noviembre de 2017; 39 (11): 632-639.
9. Cho Y, Do J, Jung S, Kwon O, Jeon JY. Effects of a physical therapy program combined with manual lymphatic drainage on shoulder function, quality of life, lymphedema incidence, and pain in breast cancer patients with axillary web syndrome following axillary dissection. *Support Care Cancer.* 2016 May;24(5):2047
10. Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. *Intern Med.* 2018;57(18):2607-2612. doi:10.2169/internalmedicine.0495-17