

R. López-Sidro Ibáñez, C. López Rivero, T. García Sánchez, M.A. de Cruz Benayas y J.C. Aguirre Rodríguez*

Centro de Salud Casería de Montijo, Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcaguirre30@hotmail.com (J.C. Aguirre Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.008>

Doctor, ¿por qué no puedo mover el brazo? Síndrome de web axilar



Doctor, why can't I move my arm? Axillary web syndrome

Presentamos el caso de una mujer de 48 años que consulta, con gran preocupación, a su médico de atención primaria por dolor axilar con limitación a la movilidad del hombro derecho de un mes de evolución, tras cirugía de ganglio centinela por adenocarcinoma de mama derecha. Entre los antecedentes personales recogidos en nuestra historia clínica destacamos alergia a gramíneas, artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y ácido fólico, actualmente suspendido por tratamiento neoadyuvante con quimioterapia, e insuficiencia venosa crónica periférica. Entre los antecedentes quirúrgicos refiere apendicectomía y anexectomía derecha por endometriosis hace 5 años y biopsia actual de ganglio centinela por carcinoma de mama derecha.

La paciente nos refiere en consulta dolor y limitación a la movilidad de hombro y brazo derechos, con sensación de tirantez en el borde interno del brazo y antebrazo hasta el codo. Con tensión cutánea por presencia de cordón fibroso. No presenta aumento volumétrico del brazo-antebrazo ni aumento de temperatura local. Realiza en el domicilio las pautas de ejercicios indicados por la Unidad de Patología Mamaria al alta hospitalaria, tras la cirugía.

En la exploración física se objetivan 5 bandas fibrosas, desde la cicatriz axilar al codo derecho, que recorren el borde interno del brazo, dejando libre la muñeca y la mano. El balance articular del hombro derecho presenta limitación en los últimos grados de abducción y flexión con rotaciones interna y externa normales, siendo completo el balance articular del miembro superior contralateral. La cicatriz axilar tiene buen aspecto, no estando adherida a planos profundos. Los resultados de la medición circunferencial de brazo y antebrazo bilaterales no presentan diferencias significativas, y el signo de Stemmer para diagnóstico de linfedema (imposibilidad de pinzar el dorso de la piel del segundo metacarpiano) es negativo (fig. 1).

Con la sospecha de síndrome de web axilar (SWA) se deriva a la paciente de forma preferente a consulta de Rehabilitación, donde, tras una nueva valoración y confirmación clínica de este síndrome, se realiza tratamiento de masoterapia y técnica de tracción cutánea para rotura de bandas mediante digitopresión profunda, consiguiéndose la abducción completa del hombro tras la rotura de 3 de las bandas. Se pautan, con el objeto de conseguir la resolución completa del cuadro clínico, 10 sesiones de ultrasonido pulsado,

con escasa mejoría, y ante la persistencia, a la palpación, de 2 de las bandas, se realiza nuevo despegue y rotura mecánica con digitopresión profunda, consiguiéndose la rotura completa de las mismas y la liberación de la limitación articular del hombro derecho (fig. 2).

La paciente actualmente está asintomática, sin dolor ni limitación a la movilidad, en espera de terminar el tratamiento neoadyuvante con quimioterapia previo a la cirugía de mama derecha.

El SWA consiste en la aparición en el período postoperatorio precoz (a partir de la primera y antes de la octava semana) de unos cordones de tejido subcutáneo, generalmente 2 o 3¹, que se extienden desde la axila hasta la parte medial del brazo en dirección al codo, pudiendo llegar hasta la base del pulgar, que condicionan una limitación en el balance articular del hombro y dolor a nivel axilar². Constituye una de las complicaciones frecuentes tras la realización de una cirugía axilar, con una incidencia del 6-72% en linfadenectomía axilar y de 0,5-20% en la realización de biopsia de ganglio centinela³.



Figura 1 Imagen de cordones fibrosos desde la cicatriz axilar hasta la región interna del tercio distal del brazo.



Figura 2 Axila de la paciente tras realizar maniobra de tracción cutánea, mediante digitopresión profunda, con desaparición de los cordones fibrosos.

Estos cordones son palpables y/o visibles sobre todo al realizar la abducción del brazo, y dolorosos cuando son traccionados. Son llamados «cuerdas de guitarra» por la consistencia que presentan, similar a la de un tendón, y se forman por la trombosis de vasos linfáticos y venosos en dicha zona.

El diagnóstico diferencial se realiza con otras entidades como el linfedema, infecciones de la herida o del brazo, seromas, lesiones nerviosas, tromboflebitis de la vena axilar, enfermedad del manguito rotador del hombro, etc. Nos orienta hacia su diagnóstico la ausencia de eritema, calor local, fiebre y síntomas constitucionales, como en este caso clínico presentado.

La mayoría de los signos y síntomas del SWA desaparecen a los 3 meses de la cirugía^{2,4}, aunque hay estudios que ponen en duda la resolución espontánea de esta entidad, proponiéndose múltiples terapias.

Este síndrome no se presenta en los casos en que se ha realizado cirugía de mama aislada sin actuación sobre el tejido ganglionar (técnica del ganglio centinela, metástasis ganglionares axilares o linfadenectomía), lo cual nos induce a pensar que está íntimamente asociado a la lesión de vasos linfáticos y sanguíneos subcutáneos durante el procedimiento quirúrgico^{1,5}.

En un 10% de los casos se acompañan de la aparición de linfedema, aunque no se evidencia que este síndrome sea un factor predisponente del mismo⁶.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial que nos permita evitar el retraso del inicio del tratamiento con la radioterapia local cuando esta esté indicada, técnica que

exige una adecuada movilidad del hombro. Por otro lado, no sometemos al paciente a la realización de pruebas complementarias innecesarias⁵.

Según se ha publicado en algunos estudios, el SWA se asocia con una menor edad del paciente, un índice de masa corporal bajo, un incremento del tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía, la experiencia en la técnica quirúrgica y el número de ganglios resecados⁷.

Los estudios publicados sobre los distintos tratamientos conservadores han demostrado escasa evidencia científica. Entre ellos se mencionan e incluyen la administración de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, fisioterapia para mejorar la movilidad del hombro, técnicas para des-hacer las adherencias (rodamiento de pulgares sobre las cuerdas, tracciones suaves de piel) y drenaje linfático proximal, procedimiento que puede ser seguro y efectivo para la reducción del tiempo de evolución del síndrome^{5,8-10}.

Es importante, en atención primaria, tranquilizar a los pacientes desde el primer momento en que nos consultan, e informarles del curso autolimitado que tiene esta entidad, que, como hemos expuesto previamente, suele ser de en torno a 3 meses. Es aconsejable explicarles que ninguna terapia específica ha demostrado tener mayor eficacia y que, fundamentalmente, estos procedimientos podrían acortar el tiempo de evolución y mejorar la clínica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Campos Villamiel E, Ramallo Alcover A, Matanza Rodríguez I. Axillary web syndrome. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51:745-8.
2. Reedijk M, Boerner S, Ghazarian D, McCready D. A case of axillary web syndrome with subcutaneous nodules following axillary surgery. *Breast.* 2006;15:411-3.
3. Leduc O, Sichere M, Moreau J, Rigolet A, Tinlot A, Darc S, et al. Axillary web syndrome: Nature and localization. *Lymphology.* 2009;42:176-81.
4. Leidenius M, Leppanen E, Krogerus L, von Smitten K. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. *Am J Surg.* 2003;185:127-30.
5. Pou Chaubron M, Almendáriz Juárez A, Peñalva Padial G, Casermeiro Cortés JM. El síndrome Axillary-web: «frecuente, pero infradiagnosticado». *Rehabilitacion (Madr).* 2012;46:175-8.
6. Torres Lacomba M, Mayoral del Moral O, Coperias Zazo JL, Yuste Sánchez MJ, Ferrandez JC, Zapico Goñi A. Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: A prospective study. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;117:625-30.

7. Fukushima KF, Carmo LA, Borinelli AC, Ferreira CW. Frequency and associated factors of axillary web syndrome in women who had undergone breast cancer surgery: A transversal and retrospective study. *Springerplus*. 2015;4:112.
8. Yeung WM, McPhail SM, Kuys SS. A systematic review of axillary web syndrome (AWS). *J Cancer Surviv*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-015-0435-1>.
9. Torres-Lacomba M, Cerezo-Téllez E. Actuación fisioterapéutica en las trombosis linfáticas superficiales tras cirugía mamaria con linfadenectomía. A propósito de un caso. *Cuest Fisioter*. 2009;38:34-8.
10. Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. *J Surg Oncol*. 2007;95:409-18.

C. Cuenca-González^{a,*}, A.M. Herranz-Torrubiano^b,
M.F. Berzal-Cantalejo^c, I. Flores-Torres^d y S. Sayed-Avila^e

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Alameda de Osuna. Atención Primaria Este, Madrid, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Río Carrión, Palencia, España

^d Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

^e Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cuchacuenca@gmail.com
(C. Cuenca-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.007>

Afecciones de ayer y hoy. Enfermedad de Addison de causa tuberculosa



Diseases of the past and the present. Addison's disease caused by tuberculosis

Casos

Caso 1

Se trata de un varón de 67 años que presentó episodios sincopales de repetición, en ocasiones acompañados de crisis comiciales con recuperación espontánea. Relacionó esta clínica con situaciones de estrés emocional o físico. En el periodo intercurrente se mostró asintomático. Preciso ingreso hospitalario por episodio de hipotensión arterial mantenida y síncope repetidos en el contexto de un cuadro infeccioso. Por este motivo se remitió a Cardiología y Neurología sin llegar a un diagnóstico.

En una analítica de urgencia realizada tras un nuevo síncope se detecta hiponatremia e hiperpotasemia (129 y 5,63 mEq/L, respectivamente). Interrogado específicamente, no refería disminución de peso, astenia, pérdida de apetito ni hipoglucemias. En la exploración física llamaba la atención una hiperpigmentación cutánea.

Con la sospecha de insuficiencia suprarrenal se realizó estudio analítico que mostraba: glucosa 80 mg/dL (70,00-100,00), Na⁺ 140 mEq/L (135,00-145,00), K⁺ 4 mEq/L (3,50-5,00), cortisol basal 9,3 µg/dL (3,70-19,40) que tras estimulación con 250 mcg de ACTH se mantenía en 10,8 µg/dL a los 30 min y en 15,6 µg/dL a los 60 min. Aldosterona 35,8 pg/dL (20,00-180,00) y ACTH > 1.250 pg/mL (0,00-46,00). Hallazgos compatibles con el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria.

Con el objetivo de descubrir la etiología del cuadro se solicitaron anticuerpos antiadrenales (CYP-21), resultando

negativos, y pruebas de función tiroidea y anticuerpos antimicrosomales, que también resultaron normales. Se realizó TC abdominal (fig. 1, izquierda), que reveló unas glándulas suprarrenales aumentadas de tamaño con quistes, y ya se observó una pequeña calcificación en la suprarrenal izquierda (flecha), todo ello compatible con enfermedad tuberculosa. La radiografía de tórax mostraba una adenopatía calcificada en hilio izquierdo. Tras positividad para el Mantoux, y dado que nunca había recibido tratamiento, completó 9 meses de medicación con isoniácida.

Tras establecer el diagnóstico sindrómico se pautó hidrocortisona 20 mg/día y fludrocortisona 0,1 mg/día con desaparición completa de los síncope. Tras 2 años desde el diagnóstico, se repitió TC abdominal, mostrando disminución del tamaño adrenal y aumento del tamaño de la calcificación (fig. 2, derecha).

Caso 2

Se trata de una mujer de 69 años que consultó por astenia y pérdida de peso, así como vómitos y molestias gastrointestinales diarias. En la exploración destacaba TA 100/60 mmHg junto con hiperpigmentación cutánea y de mucosas, sobre todo en las manos. En la analítica se evidenció: Na 134 mEq/L, K 5,2 mEq/L, TSH 8,1 µU/L, T4 1,1 µg/dL, anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa negativos; el cortisol basal era de 2,3 µg/dL, que tras estimulación con 250 µg de ACTH se mantenía en 1,6 y 1,8 a los 30 y 60 min, respectivamente. ACTH 1.800 pg/dL, aldosterona 0,01 pg/dL. Con estos datos analíticos se llegó al diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria e hipotiroidismo subclínico. En la TC abdominal realizada se observaron glándulas suprarrenales muy aumentadas de tamaño de forma bilateral, con un contorno globuloso y nodular (fig. 2, izquierda).

La radiografía de tórax demostró imágenes nodulares en vértices y en lóbulo inferior derecho de alta densidad