



## Clínica cotidiana

# Dolor de espalda de origen mediastínico

María Nuria Requeno-Jarabo<sup>a,\*</sup>, Valentina Uvarovskaya<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Delicias Sur. <sup>b</sup>Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 21 de junio de 2016

Aceptado el 9 de septiembre de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

#### Palabras clave:

Absceso

Enfermedades mediastínicas

Dolor de hombro

Dolor de cuello

#### Keywords

Abscess

Mediastinal diseases

Shoulder pain

Neck pain

### R E S U M E N

Presentamos el caso de un varón de 61 años de edad, que consulta inicialmente en Atención Primaria. Comienza con cervicalgia y omalgia y el cuadro progresa a una lesión cutánea inflamatoria pectoral.

Es derivado a Urgencias e ingresado en el Servicio de Infecciosas en colaboración con Cirugía Torácica.

El diagnóstico final es de absceso en el mediastino anterior.

La evolución del cuadro nos hace repasar las causas de hombro doloroso y los cuadros de origen mediastínico, así como dar importancia al cuadro evolutivo del paciente.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Back pain of mediastinal origin

#### A B S T R A C T

We present the case of a 61 years old man seen initially in Primary Care who starts with neck pain and shoulder pain with progression of the manifestation to a pectoral cutaneous inflammatory lesion.

He is referred to Emergency and been admitted in the Infectious Department with collaboration of Thoracic Surgery, with the final diagnosis of abscess in the anterior mediastinum.

The development of the manifestations makes us revise the causes of shoulder pain and the manifestations of mediastinum origin as well as to give importance to the evolutionary manifestations of the patient.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nuriarequeno@gmail.com](mailto:nuriarequeno@gmail.com) (M.N. Requeno Jarabo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.045>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 61 años de edad, sin alergias ni consumo habitual de medicación, con antecedentes de cirugía sobre un tendón aquileo.

Consulta a su médico de Atención Primaria (AP) por cuadro de cervicalgia izquierda de un día de evolución, irradiado al hombro ipsilateral, sin traumatismo previo.

Se realizan radiografías de la columna cervical. En ellas se detecta rectificación de la lordosis cervical.

Recibe tratamiento intramuscular y oral posterior con aceclofenaco y diazepam.

El cuadro progresa con irradiación al hombro derecho. Se realiza radiografía del hombro, en la que no se encuentran alteraciones óseas.

Al cabo de una semana, acude de nuevo al centro de salud por persistencia del cuadro. Se objetiva una tumoración caliente y dolorosa, de 6 x 7 cm en la zona pectoral izquierda, incremento de volumen y calor local del hombro derecho, sin dolor con la palpación de la corredera bicipital, con rotación interna, externa, abducción y adducción limitadas activa y pasivamente, y contrarresistencia limitada por el dolor, con arco doloroso a 30°.

Se le remite a Urgencias e ingresa en el Servicio de Infecciosos.

En las pruebas complementarias destacan: leucocitosis (21.900), neutrófilos 84,5 %, proteína C reactiva 47 y piuria.

En la radiografía de tórax (Fig. 1) se ve crecimiento del ventrículo izquierdo y ateromatosis aórtica calcificada, sin alteraciones pleuroparenquimatosas de evolución aguda.

En la tomografía computerizada (TC) torácica (Fig. 2) existe un absceso mediastínico anterior, prevascular izquierdo, de 3 x 6 cm, que se extiende al músculo pectoral mayor izquierdo: tromboflebitis del tronco venoso braquiocefálico izquierdo y derrame pleural izquierdo, con colapso pasivo del lóbulo inferior izquierdo.

En la gammagrafía con galio<sup>67</sup> se observa una osteoartritis acromio-clavicular derecha con posible osteomielitis clavicular.

El ecocardiograma transesofágico no presenta alteraciones relevantes ni imágenes sugestivas de endocarditis.

Durante el ingreso recibe antibioterapia de amplio espectro (daptomicina, cloxacilina y meropenem). Presenta picos febriles durante una semana.

Es intervenido por Cirugía Torácica. Se colocan tubos de drenaje en lado izquierdo del tórax.

El urocultivo, el hemocultivo y el cultivo de la colección mediastínica y la herida quirúrgica son positivos para *Staphylococcus aureus* sensible.

El paciente mejora progresivamente y es dado de alta al cabo de tres semanas.

## Comentario

La radiografía de tórax<sup>1</sup> es generalmente el primer estudio en el que se detectan la mayoría de las anomalías mediastínicas; sin embargo, tiene una sensibilidad y una especificidad limitadas. Por ello, la TC y/o la resonancia magnética (RM) resultan indispensables para una evaluación radiológica adecuada en muchos casos de patología mediastínica.

Las alteraciones del mediastino suelen ser muchas veces un hallazgo casual en la radiografía de tórax<sup>1</sup>; cuando se manifiesta clínica, suele ser por compresión<sup>1,2</sup>. La presencia de síntomas se asocia con una mayor prevalencia de malignidad<sup>1</sup>.



Figura 1 – Radiografía anteroposterior de tórax.

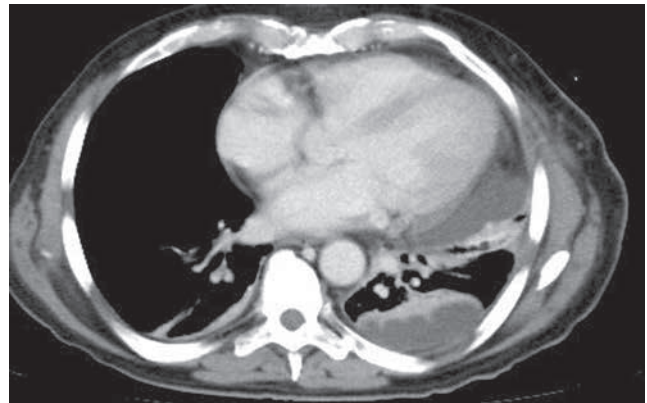


Figura 2 – TC torácica.

Radiológicamente<sup>1</sup>, las masas mediastínicas se identifican por la presencia de una alteración del contorno de la silueta cardio-mediastínica, desplazamiento de las interfases pleuro-pulmonares normales, estrechamiento o desplazamiento lateral de la tráquea o del corazón o el signo de la silueta (entre dos estructuras con la misma densidad y en contacto, los contornos se borran y se forma una única silueta). La presencia de calcificaciones, grasa o, más raramente, de un nivel hidroaéreo o de grasa-líquido, puede orientar sobre la causa de la masa o de la alteración mediastínica.

El mediastino se clasifica anatómicamente en superior, anterior, medio y posterior<sup>3</sup>, aunque cualquier división del mediastino es más teórica que real y no se corresponde con los límites anatómicos normales<sup>4</sup>. La mayoría de las masas mediastínicas pueden extenderse de un compartimento a otro; además, algunas enfermedades o lesiones del mediastino no tienen lugar exclusivamente en un compartimento. Sin embargo, la clasificación radiológica del mediastino en compartimentos nos ayuda en el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas, por lo que adjuntamos una tabla con la clasificación de lesiones mediastínicas según su localización (Tabla 1).

La TC<sup>1</sup> permite caracterizar y localizar mejor la masa mediastínica observada mediante radiografía; también es

**Tabla 1 – Tipos de lesiones mediastínicas según localización.**

Localización	Lesiones más frecuentes
Mediastino superior	Timoma y quiste tímico Linfoma maligno Lesiones del tiroides Adenoma de paratiroides
Mediastino anterior	Timoma y quiste tímico Tumor de células germinales Lesiones del tiroides Adenoma de paratiroides Linfoma maligno Paraganglioma Hemangioma Lipoma
Mediastino medio	Quiste pericárdico Quiste bronquial Linfoma maligno
Mediastino posterior	Quiste gastrointestinal Tumores neurogénicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema nervioso periférico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwannoma</li> <li>- Neurofibroma</li> <li>- MPNST</li> </ul> </li> <li>• Sistema nervioso simpático: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganglioneuroma</li> <li>- Ganglioneuroblastoma</li> <li>- Neuroblastoma</li> </ul> </li> <li>• Otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ependimoma</li> <li>- Meningioma</li> </ul> </li> </ul>
MPNST: tumor maligno del sistema nervioso periférico.	

útil para diagnosticar la afectación de adenopatías no visibles radiológicamente. La TC permite, además, determinar la invasión de estructuras mediastínicas (vena cava superior, esófago...) así como la extensión al parénquima pulmonar, entre otros.

Para filiar el origen de una masa mediastínica<sup>2</sup> también está indicada la realización pruebas funcionales, como la espirometría, ampliar el estudio de imagen (RM) si no se hubiera hallado el origen en nuestro paciente, y realizar una punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

La mediastinitis de origen infeccioso<sup>4</sup> suele aparecer por una complicación de la esternotomía en cirugía cardiorábrica. En pacientes sin cirugía previa, la causa más frecuente de mediastinitis surge como complicación de una infección bucofaringea (se denomina mediastinitis aguda necrotizante, también mediastinitis necrosante descendente). Los abscesos mediastínicos son muy poco frecuentes, pero tienen una mortalidad elevada (en torno a 40 %)<sup>2</sup>; los mayores porcentajes de éxito se asocian al diagnóstico precoz, tratamiento antibiótico inmediato y cirugía urgente con limpieza y drenaje mediastínico. La flora responsable suele ser mixta<sup>4</sup>, con aerobios, anaerobios, grampositivos y gramnegativos que producen un efecto sinérgico.

El hombro doloroso tiene una prevalencia de 34 % en general<sup>5</sup>, y supone 7 % de consultas en AP. Sólo 40-50 % de afectados consultan por dolor. El diagnóstico es fundamentalmente

clínico. Por ello, lo más importante es realizar una adecuada historia clínica, en la que la exploración física es clave. Uno de los errores más frecuentes en un hombro doloroso es olvidar que puede tener un origen extrínseco y manifestarse como un dolor referido.

Las pruebas de imagen que se pueden utilizar en su estudio del hombro<sup>6</sup> son la radiografía convencional, la ecografía, la TC, la RM, la RM con artrografía y la gammagrafía ósea. En las enfermedades de las partes blandas del hombro, la TC ha sido desplazada hoy en día por la RM en términos de sensibilidad y especificidad diagnósticas. La RM con artrografía tiene sus indicaciones fuera del ámbito de la AP y la gammagrafía se puede utilizar para situaciones clínicas distintas de las que vamos a comentar.

La radiografía del hombro es poco sensible y específica, pero permite objetivar la presencia de alteraciones óseas (artrosis...), calcificaciones articulares o lesiones traumáticas; está indicada fundamentalmente en procesos traumáticos de hombro<sup>6</sup>.

La ecografía articular<sup>6</sup> de partes blandas es una técnica simple, rápida, no invasiva, relativamente barata y habitualmente asequible en el ámbito de la AP. En el estudio del hombro, esta técnica permite examinar la articulación acromio-clavicular, el tendón largo del bíceps braquial y los tendones que componen el manguito de los rotadores. Mediante la ecografía se pueden identificar tanto roturas parciales como totales del manguito de los rotadores.

La RM<sup>6</sup> es una técnica no invasiva, no ionizante, que permite diferenciar bien las estructuras blandas periarticulares; como inconvenientes de su uso cabe remarcar su precio y su bajo nivel de accesibilidad en AP. Esta prueba permite examinar el manguito de los rotadores, la bursa subacromial y la articulación acromio-clavicular, además de la cavidad glenoidea. La RM está indicada cuando clínicamente se sospeche una rotura total del manguito y la exploración ecográfica genere dudas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guasch Arriaga I, Olazábal Zudaire Á, Pérez Andrés R. Capítulo 6. Estudio radiológico del mediastino. FMC Curso. 2014; 21(Extraordin 1): 42-52.
2. Zabaleta J, Aguinagalde B, Izquierdo JM, Hernández CJ. Mediastinitis aguda como complicación de la gripe H1N1. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 393-8.
3. Royo Saló N, Santos Bernabéu C, Cascales García A. Diagnóstico de una masa en el mediastino posterior. FMC. 2008; 15: 652-7.
4. Honguero Martínez AF, Arnau Obrer A, Fernández Centeno A, Saumench Perramón R, Estors M, Cantó Armengod A. Mediastinitis necrosante descendente: tratamiento con drenaje torácico transcervical. Arch Bronconeumol. 2005; 41: 293-4.
5. Alba Romero C, Martín Calle MC, Prieto Marcos M. Dolor de hombro en la consulta de atención primaria. FMC. 2014; 21: 404-10.
6. Moreno Ripoll F, Bordas Julve JM, Forcada Gisbert J. Hombro doloroso. FMC. 2007; 14: 605-9.