

Sénologie. 1980; 5:287-292.

Dolores en la Mama de origen parietal o visceral

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Resumen: los dolores en la mama pueden tener origen vertebral o parietal. Pueden ser dolores condrocostales, intercostales, pero sobre todo pueden ser dolores debidos a una infiltración celulítica o a una mialgia de los pectorales, lo que puede llevar a confusión. Los dolores condrocostales pueden ser mecánicos, sea por traumatismo directo de la región esternocostal, sea por esguince costovertebral. En este último caso el movimiento en falso o el esfuerzo causal puede haber sido olvidado. El dolor, inicialmente posterior puede convertirse en un dolor anterior aislado y equívoco que semeje al dolor condrocostal sin causa de estirpe inflamatoria: síndrome de Tietze (raro en la región del 5° y 6° cartílagos costales) con dolor e hinchazón de la unión condrocostal, o condrodinia sin hinchazón y dolor exquisito en la unión condroesternal.

Los dolores intercostales debidos a la irritación del 4°, 5°, 6° nervios costales se prestan menos a confusión. Normalmente es un dolor en hemi-cinturón.

Pero son más frecuentes e inducen a error los dolores que provienen de:

- sea de una infiltración de los planos cutáneos: celulitis que puede ser muy importante o mínima y muy localizada. El diagnóstico se hace por el dolor del pliegue cutáneo con la maniobra del « pinzado-rodado » de la piel del seno o incluso de una región vecina. Esta celulalgia puede ser responsable de dolores percibidos como profundos en lugar de superficiales, y no necesariamente en el lugar exacto en el que se sitúa. El origen de esa placa celulálgica es a menudo la irritación mínima del nervio raquídeo correspondiente (síndrome celulo-teno-miálgico del Autor), por un desorden mecánico menor del raquis o por crisis artrósica, o por cualquier otro proceso benigno o maligno.

- sea de una mialgia localizada en algunos fascículos del pectoral menor o del pectoral mayor (« cordones indurados »). La palpación cuidadosa del músculo en relajación y en contracción la pone de evidencia, junto la existencia de un punto doloroso en el músculo. La infiltración precisa de este punto con Procaína lleva al diagnóstico si alivia el dolor de la mama. Esta infiltración puede convertirse en el tratamiento.

Summary: Breast pain of vertebral or parietal origin.

Breastpain may be of vertebral or parietal origin. It may be chondrocostal or intercostal but more particularly may be misleading pains due to cellulitic infiltration or pectoral myalgia.

Chondrocastal mechanical pain may arise from direct injury to the sternocostal region, or by costovertebral strains. In the latter case, the false movement or causal effort may have been forgotten. The pain, which is at first posterior, may then become anterior and isolated, leading, to a false diagnosis of chondrocostal pain of unknown origin; it may have a pseudo-inflammatory appearance: Tietze syndrome (rare et the level of the 5th and 6th costal cartilages), with pain and swelling at the chondrocostal junction (chondrodynia), without swelling, and with exquisite pain at the chondrosternal junction.

Intercostal pains, related to irritation of the 4th, 5th and 6th intercostal nerves, are less likely to cause confusion, and usually affect one side only. Much more frequent and confusing are pains from:

- cutaneous infiltration : severe or minor degrees of cellulitis which are very localized. Diagnosis is made by the skin-fold pain produced by the pinching-rolling test on the skin of the breast or on an adjacent region, This cellulitis pain can cause pain which appears to arise from deep structures and not superficially, and not necessarily from the exact area in which it is situated. The origin of the pain from, this cellulitis area is usually related to a minimal irritation of the corresponding spinal nerve (the radicular celluloteno-myalgic syndrome described by the author), due to a minor mechanical disorder of the spine, or an acute arthrosis episode, or any other benign or malignant process.

- also frequent and misleading are localized myalgias of several bundles of the minor or major pectoral muscles (taut bands). Careful palpation of the relaxed / contracted muscle demonstrates the existence of an exquisitely painful point in the muscle. Injection with procaine can, by relieving the breast pain, establish the diagnosis, and may be sufficient for treatment purposes.

Algunos dolores referidos como dolores mamarios tienen su origen en la pared torácica o en el raquis. Son más a menudo unilaterales que bilaterales.

A) Dolores de origen parietal

Pueden simular una mastodinia, aunque la mujer los perciba como un dolor diferente, inquietan por la localización. Son dolores costales o condro-esternales de los 4º, 5º, 6º, y 7º cartílagos costales; dolores musculares (pectoral mayor) que veremos tienen origen raquídeo; o « celulitis » de los planos cutáneos que también pueden tener origen raquídeo.

I) Dolores condro-costales (Fig. 1)

ORIGEN TUMORAL

En el cuadro que nos interesa solo excepcionalmente encontraremos tumores osteocartilaginosos primitivos de la pared. Puede tratarse de tumores costales benignos (los más frecuentes son de origen cartilaginoso), tumores malignos, o tumores esternales (más a menudo malignos). El especialista en mama será sin duda el primer consultado si el tumor está en la región del seno. Aún es más excepcional que un tumor costal secundario sea la primera manifestación de una afección general (enfermedad de Kahler, por ejemplo).

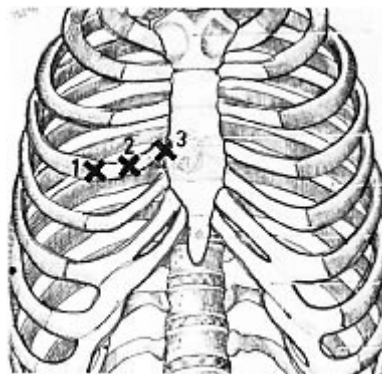


Fig. 1: Asiento de los dolores condro-costales. 1- unión condro-costal. 2- Cartílago costal. 3- Unión condro-esternal.

ORIGEN MECÁNICO

Puede tratarse de un traumatismo directo conocido por la paciente: contusión, accidente de coche, caída (si ha repercutido en el seno o su entorno inmediato). Ello lleva a consulta a la paciente por si puede favorecer la aparición de un cáncer.

Puede tratarse de un esguince condro-costal o condro-esternal en las 4ª, 5ª, o 6ª costillas, bien localizado en una de estas articulaciones. Además de la sensibilidad condro-costal, el examen mostrará el signo que nosotros llamamos « el signo de la costilla ». En el examen de la costilla en la parte anterolateral el paciente está en decúbito supino, el médico con los dos pulgares en oposición aplicados en el borde inferior de la costilla ejerce presión creciente en sentido cefálico; para hacer luego lo mismo en sentido opuesto apoyándose en el borde superior de la costilla. Una de estas maniobras es dolorosa, la otra no. En caso de esguince cóndor-costal la maniobra terapéutica es la misma que la del examen. Se utiliza la dirección no dolorosa (« regla del no-dolor y del movimiento contrario» de Maigne para las manipulaciones o los tratamientos kinesiterapéuticos), manteniendo firmemente la presión que acompaña al movimiento de la costilla durante la respiración, mientras que se pide a la paciente que respire tranquilamente y muy relajada. Es decir, la maniobra terapéutica debe ser firme, suave, y moderada, mantenida durante 5 o 6 respiraciones, sea en espiración presionando hacia abajo, sea en inspiración presionando hacia arriba. Se repite dos o tres veces hasta la desaparición o la disminución importante de la sensibilidad condro-costal a la palpación.

En algunos casos no será un esguince cóndor-costal anterior sino posterior. Consecuencia de un traumatismo o un movimiento brusco en rotación, primero provoca un dolor posterior o posterolateral, a veces con irradiación anterior. En algunos casos el dolor posterior desaparece muy rápidamente, incluso se olvida, y permanece un dolor cóndor-costal anterior dominante y persistente.

La maniobra para la entorsis cóndor-costal con dolor proyectado adelante es del mismo tipo que la descrita anteriormente. El paciente en decúbito prono o lateral y el brazo homólogo hacia arriba. Existen otras técnicas más complejas de tratamiento con manipulación para los esguinces costales que solo mencionaremos.

OTROS ORÍGENES

Sería más justo decir aparentemente no mecánicos ya que no es imposible que un origen mecánico o micromecánico se olvide en alguno de los casos siguientes. Sin embargo la mayoría son no mecánicos.

Puede tratarse de dolor condrocotal con inflamación (síndrome de Tietze) o de condrodinia sin inflamación.

El Síndrome de Tietze

Tietze describió en 1921 una afección benigna que afecta a uno o varios cartílagos costales, mayormente el 2º o el 3º, a veces el 4º, 5º, o 6º. La aparición de la tumefacción es insidiosa y progresiva, pero el paciente la refiere con ocasión de un esfuerzo, un ataque de tos; cuando bruscamente se vuelve

dolorosa. Es una tumefacción palpable, a menudo visible, más o menos sensible a la presión.

Hubo una época en la que se practicaba una resección condro-costal, lo que permitió hacer exámenes histológicos que pusieron en evidencia una hiperplasia de los tejidos pericartilaginosos esencialmente, sin ninguna lesión del cartílago; aunque Léger pudo constatar en tres casos un aspecto mortificado del hueso en contacto con el cartílago que evocaba un defecto de vascularización.

La fase dolorosa generalmente no dura más que unas semanas, no más de unos meses, pero la tumefacción dura mucho más tiempo. El tratamiento, que pretende acortar la fase dolorosa, consiste en infiltraciones con corticoides o en ionizaciones.

Condritis

No hay que olvidar las raras condritis que presentan un pequeño absceso o un tejido de granulación.

Condrodinia

Son más frecuentes los casos de condrodinia en los que existe un dolor a la palpación del 6º, 7º u 8º cartílago costal que no está tumefacto, con dolor exquisito en la articulación condro-esternal o la condro-costal. Generalmente de origen traumático (como hemos dicho antes) en los que se puede recordar ese origen, y en los que la ausencia del « signo de la costilla » y la falta del alivio con las maniobras correspondientes no permiten mantener la hipótesis de un esguince costal.

II) Dolores musculares

La mialgia del pectoral mayor

Con mucho, es la causa más frecuente (junto a la celulalgia) del dolor que simula un dolor mamario. La palpación del pectoral ^(Fig. 2) se efectúa entre el pulgar y el medio, y revela en la masa muscular la existencia de uno o dos puntos extremadamente sensibles en un cordón muscular indurado. Esta maniobra a veces despierta o exacerba el dolor espontáneo, pero sobre todo es la infiltración anestésica ^(Fig.3) de este punto la que aporta la prueba diagnóstica cuando alivia a la paciente. La inyección ha de ser meticulosa, lenta, plano a plano, hundiendo la aguja milímetro a milímetro e inyectando cada vez una gota de xylocaina al 0,5%. En un momento dado la inyección es muy dolorosa, es el punto ideal de infiltración (1 o 2 ml), a menudo desencadena una reacción dolorosa que dura unos minutos atenuándose progresivamente. Hecha la infiltración anestésica se verifica por palpación la ausencia de dolor residual y se practican una o dos inyecciones complementarias cambiando un poco la vía de abordaje o inyectando en otro sitio (a veces el pectoral menor).

Al día siguiente el dolor del pecho ha desaparecido o ha disminuido mucho. Pueden ser necesarias dos o tres sesiones de inyección. Estos dolores

musculares pueden tener dos orígenes. El primero es origen puramente muscular; el músculo se ha fatigado con ejercicios no habituales, o ha trabajado en condiciones desfavorables. Son las causas habituales de estas mialgias, sea cual sea el músculo a considerar. Le sigue una mialgia persistente que solo se encuentra al examen sistemático, ya que el dolor espontáneo no se percibe como dolor muscular. La segunda causa de estos cordones musculares indurados es el origen radicular. Más adelante expondremos esta concepción personal.

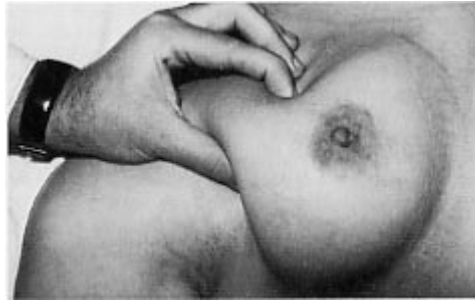


Fig. 2: palpación del pectoral mayor en busca de cordones indurados y dolorosos, y del punto miálgico. El músculo se examina pinzándolo entre el índice y el pulgar desde su inserción humeral hasta su inserción costal reclinando el pecho.

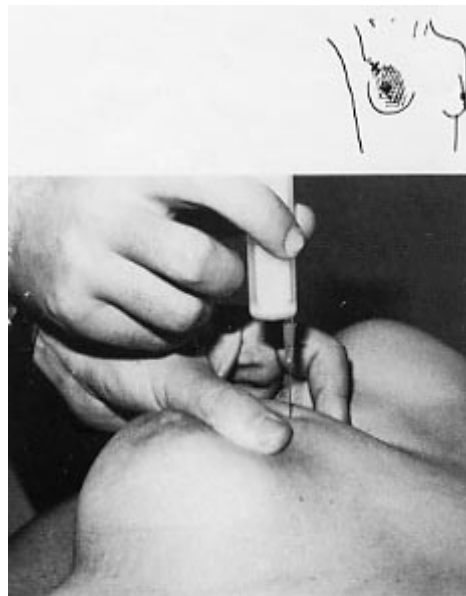


Fig. 3: Infiltración del punto miálgico del pectoral mayor.

III) Dolores cutáneos

La celulalgia

Ante cualquier dolor en la mama hay que examinar con atención los planos cutáneos de la región con la maniobra del pinzado-rodado. Se toma un grueso pliegue de piel que se despega, luego manteniendo la pinza se desliza y amasa entre pulgar e índice ^(Fig. 4). Se explora todo el hemitorax. En la mama la piel es

más fina y la maniobra ha de ser menos enérgica. Se podrá descubrir una zona en la que el pliegue es muy sensible comparado con las zonas vecinas o simétricas. Aquí, la infiltración también dará la respuesta sobre el papel de la celulalgia en el dolor de la mama en estudio. Esta celulalgia puede tener una causa general, pero convertirse en fuente de dolor local por motivos variables. Puede ser bilateral o unilateral. También puede deberse a una irritación radicular, como veremos después, que es la causa más frecuente según nuestra opinión.

El tratamiento será local: infiltración anestésica local con masajes de amasamiento superficial muy progresivos...



Fig. 4: Maniobra de pinzado-rodado. Hay que pinzar firmemente y mantener esta pinza deslizando el pliegue entre índice y pulgar. La zona dolorosa a examen no se corresponde siempre con el lugar del dolor espontáneo. A menudo se sitúa en el territorio de C4. Pero su anestesia hace desaparecer esta última.

Dolores de origen raquídeo (Fig. 5)

Por un lado estos dolores ya han sido antes explicados ya que la irritación radicular se manifiesta normalmente como una celulalgia o una mialgia, más que como una neuralgia típica.

Neuralgias

El raquis puede ser responsable de dolores intercostales (T5-T6-T7). Pero es excepcional que pueda simular dolor de mama salvo en los raros casos en los que el dolor es esencialmente anterolateral. Esta situación puede inquietar al paciente.

Una neuralgia cérvico-braquial puede irradiar a la mama, dominando en ese lugar. Pero la irradiación braquial de esta neuralgia con características particulares permitirá (salvo raras excepciones) el fácil diagnóstico. En la práctica, en la mayoría de los casos de dolores de origen vertebral, el mecanismo del dolor no es la misma neuralgia sino algunas consecuencias de la irritación del nervio. Hemos llamado la atención sobre estas manifestaciones particulares y su papel en algunos síndromes dolorosos de mala clasificación. Los hemos agrupado bajo el nombre de "síndrome celulo-teno-miálgico de las irritaciones radiculares". Esto puede acompañar o sobrevivir a una neuralgia que se manifiesta de manera clínicamente evidente, pero puede existir igual,

con las mismas características, en los casos en los que el sufrimiento del nervio es infra-clínico.

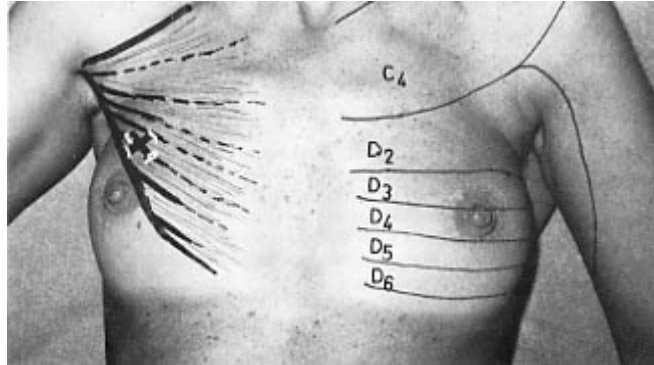


Fig. 5: Lado derecho del sujeto: trayecto esquemático del pectoral mayor y situación habitual del punto miálgico (X). Lado izquierdo del sujeto: los dermatomas anteriores que se examinan con el pinzado-rodado.

Síndrome celulo-teno-mialgico radicular

Recordemos los elementos de este « Síndrome celulo-teno-mialgico de las irritaciones radiculares» (Maigne): si se examinan cuidadosamente por palpación los tejidos inervados por una raíz raquídea irritada en su origen vertebral (por ejemplo ciática o neuralgia cérvico-braquial), además de los signos clásicos se puede observar en más de los 2/3 de los casos, asociadas o aisladas una de las manifestaciones siguientes:

- 1) Dolor al pinzado-rodado de los planos cutáneos en toda o una parte del dermatoma; estos planos a menudo están infiltrados y espesados;
- 2) Cordones indurados y dolorosos a la palpación de uno o varios músculos tributarios de la raíz concerniente;
- 3) Sensibilidad espontánea (pseudo-tendinitis), o tan solo evidenciable a palpación de uno o de los tendones, o de las inserciones tenoperiósticas inervadas por la raíz afectada.

Estas manifestaciones pueden acompañar a un dolor radicular clínicamente evidente. Pueden desaparecer con ésta o sobrevivirla. En estos casos pueden ser mudas, simples testimonios del sufrimiento radicular pasado; o por el contrario responsable de dolores persistentes, secuela de la neuralgia, que se puede manifestar desfasado respecto a la crisis y puede conducir a errores de diagnóstico.

Pero sobre todo estas manifestaciones pueden ser el único testimonio de una irritación mínima de la raíz raquídea, entonces el examen vertebral segmentario tal cual lo practicamos mostrará la sensibilidad particular del nivel vertebral correspondiente, respecto a los segmentos vecinos.

EXAMEN VERTEBRAL SEGMENTARIO

Este examen consiste en ejercer, segmento vertebral a segmento vertebral, una presión axial sobre la espinosa, una presión lateral tangencial a la espinosas (de derecha a izquierda y de izquierda a derecha), y una fricción sobre los macizos articulares posteriores con el pulpejo del índice o del dedo medio. Estas maniobras son indoloras efectuadas en un segmento normal pero dolorosas en el segmento afecto.

En el raquis cervical se hace el examen de la presión axial con el paciente sentado y la cabeza en flexión; para buscar la sensibilidad articular posterior el paciente estará en decúbito supino.

En el raquis dorsal el examen puede hacerse con el paciente sentado o en decúbito prono.

La causa de este sufrimiento segmentario necesita ser investigada. Excepcionalmente, su origen puede ser maligno. En la inmensa mayoría de casos será benigno. Pero en estos últimos, la radiología no aportará explicaciones satisfactorias. Conocemos el poco crédito que hay que conceder a las lesiones artrósicas, a los problemas de la estática, o a las lesiones menores de la enfermedad de Scheuermann (banales y generalmente indoloras). Lo más frecuente es que nos encontremos ante lo que nosotros llamamos « Desarreglo Intervertebral Menor » (Maigne), que podemos definir como una disfunción segmentaria vertebral de naturaleza mecánica, traumática, estática, o postural. Este “Desarreglo Intervertebral” no tiene traducción radiológica específica, ya se trate de radiografías estáticas o dinámicas (salvo excepción).

El tratamiento vertebral (manipulación, infiltración, y en menor grado la tracción) hace desaparecer o disminuir las manifestaciones celulo-teno-miálgicas muy rápidamente, a veces instantáneamente. En algunos casos se precisará un tratamiento local complementario para liquidar el problema.

En lo que concierne al dolor en las mamas el « síndrome celulo-teno-miálgico » puede manifestarse con cordones miálgicos o por una zona de celulalgia en banda, normalmente unilateral.

CORDONES MIÁLGICOS DEL PECTORAL

Se ha relatado este problema con anterioridad. Los cordones miálgicos del pectoral mayor son consecuencia de una irritación radicular mínima de C6 o C7. Será pues preciso un examen cervical sistemático con radiología rutinaria pero sobretudo clínico. El signo esencial (testigo de un sufrimiento

segmentario) es la existencia de una hipersensibilidad a la palpación de la articulación C5-C6 o C6-C7 del mismo lado que la mastodinia.

El tratamiento consiste en la manipulación cervical (el tratamiento es con mucho más eficaz en manos de un médico experto en estas técnicas), la tracción (normalmente bastante menos eficaz), y la infiltración articular posterior (que será útil únicamente si se trata de un acceso artrósico inflamatorio).

A veces, puede ser suficiente el tratamiento local con la infiltración del músculo cuando la irritación cervical no es muy activa.

CELULALGIA DE ORIGEN RADICULAR

La celulalgia podrá ser consecuencia de una irritación crónica de un nervio intercostal, entonces ocupará el dermatoma del nervio (T5, T6, T7), normalmente unilateral. Hay que examinar cuidadosamente los niveles vertebrales correspondientes. Pero hay que saber que una celulalgia de C4, que ocupa la parte alta sub-clavicular del tronco, puede provocar dolores irradiados hacia la mama, y que pueden ser percibidos únicamente en ella. Es una causa muy frecuente de dolor falso de mama.

El tratamiento será cervical (manipulación si no está contraindicada, infiltración...), y ocasionalmente tratamiento local con inyección anestésica de los planos cutáneos seguida (o no) de masajes suaves y progresivos de amasamiento.

Conclusión

Será excepcionalmente raro que el especialista en mama se preocupe por un dolor parietal o visceral desde la perspectiva de su posible gravedad. Pero muy a menudo se le preguntará (debido a la inquietud de la paciente) por el origen del dolor del que puede afirmar la benignidad, ante el cual los exámenes y los tratamientos tradicionales no dan ni llave diagnóstica ni la terapéutica. Solo el examen sistemático de los planos cutáneos con el « pinzado-rodado » buscando la zona de infiltración celulítica (a menudo consecuencia de la irritación mínima crónica del nervio raquídeo correspondiente), y el examen sistemático del músculo pectoral y de las articulaciones condro-externales, permitirán encontrar la zona dolorosa responsable.

Los desarreglos intervertebrales menores del raquis cervical y del raquis dorsal superior son los más frecuentes como causa primitiva de esos dolores cutáneos y musculares percibidos como profundos y proyectados en la mama. « Síndrome celulo-teno-miálgico » de Maigne.

BIBLIOGRAFIA

[1] **LEGER** (L.), **MOINNEREAU** (R.). -Tuméfaction douloureuse de la jonction chondrocostale. Press. Méd., 1950, 58, 336-337.

[2] **MAIGNE** (R.). - Le Syndrome teno-cellulomyalgique des irritations radiculaires. in Douleurs d'origine vertébrale, 1 vol., Exp. Scient. Fr., Edit., Paris, 1968. 3e éd-, 1977.

[3] **MAIGNE** (R.). - Sémiologie clinique des dérangements intervertébraux mineurs. Ann. Méd. Phys-, 1972, XV, 276-292.

[4] **MAIGNE** (R.). - Les infiltrats cellulitiques, conséquence d'irritations radiculaires et causes de douleurs rebelles. Vie Méd., 1971, 4. 12-16.

[5] **TIETZE** (A.). - Ueber eine eigenartige Häufung von Fällen mit Dystrophie der Rippenknorpel. Berl. Klin. Wahnschr, 1921, 58, 829-831.

Hôtel-Dieu, 1, place du Paris Notre-Dame, F 75181 Paris Cedex 04.