

Omalgia con hombro normal

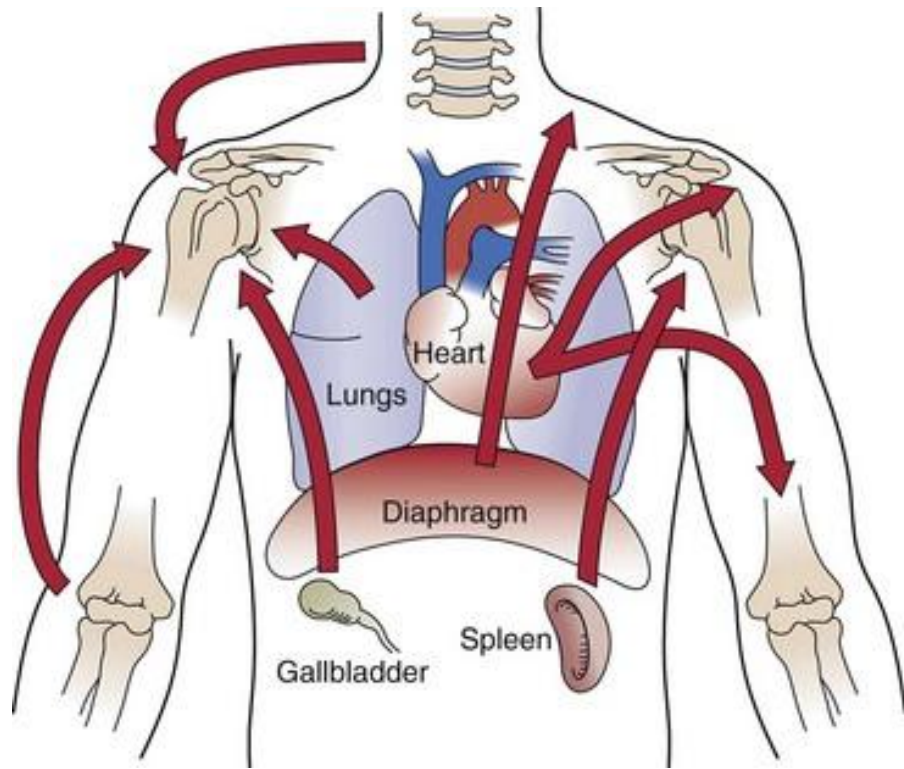
Álex Grande, Eider Alcalde, Martín Sáenz, Íñigo Lecumberri, Silvia Cisneros, Javier Castillo, Udane Oiartzabal

Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Objetivo docente

- Repasar algunas de las entidades que pueden manifestarse con omalgia como primer o único síntoma, y cuyo origen se encuentra en otra parte del cuerpo.
 - Ilustrar mediante casos reales estas entidades, y aportar claves diagnósticas para su identificación.
 - Describir y explicar los mecanismos de omalgia referida.
-

Revisión del tema



El dolor referido se define como la sensación dolorosa que se proyecta a otra zona distinta a donde se encuentra la lesión que lo provoca.

La omalgia es una queja habitual en los servicios sanitarios, y no siempre está relacionada con patología ubicada en la articulación del hombro.

Características clínicas de la omalgia local y referida

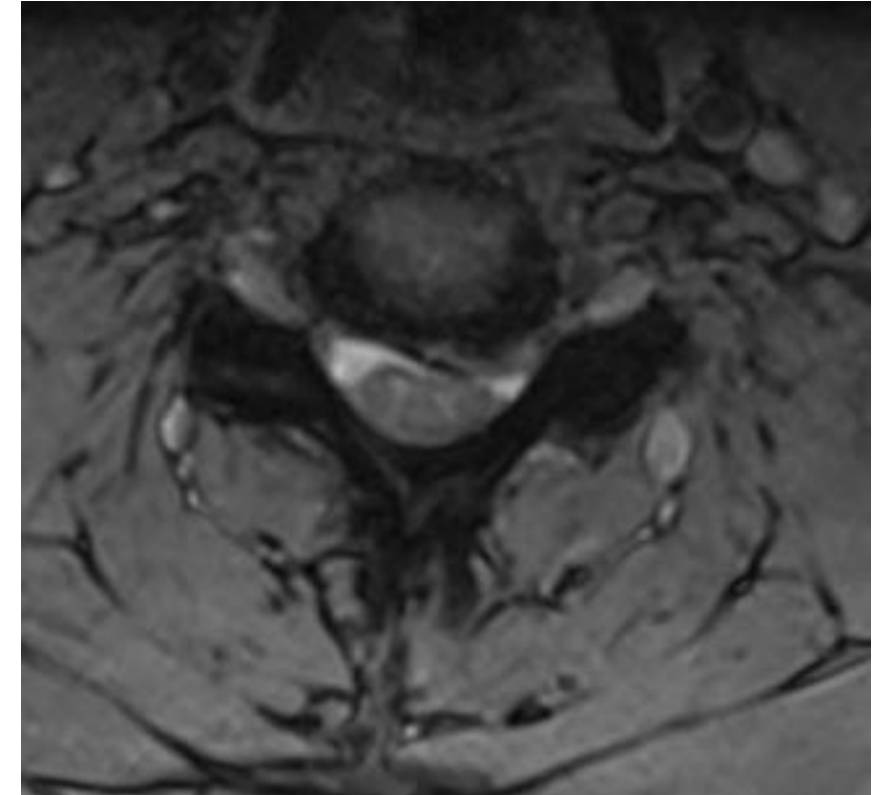
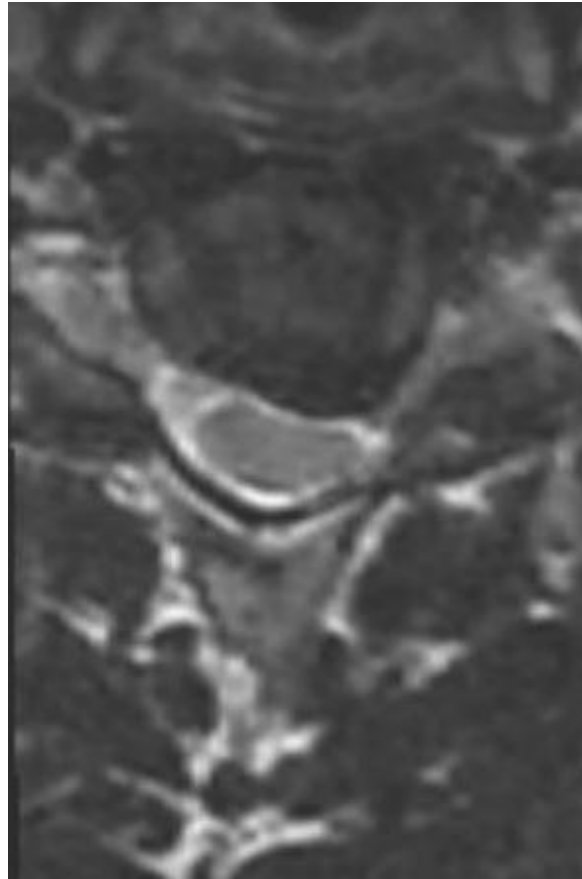
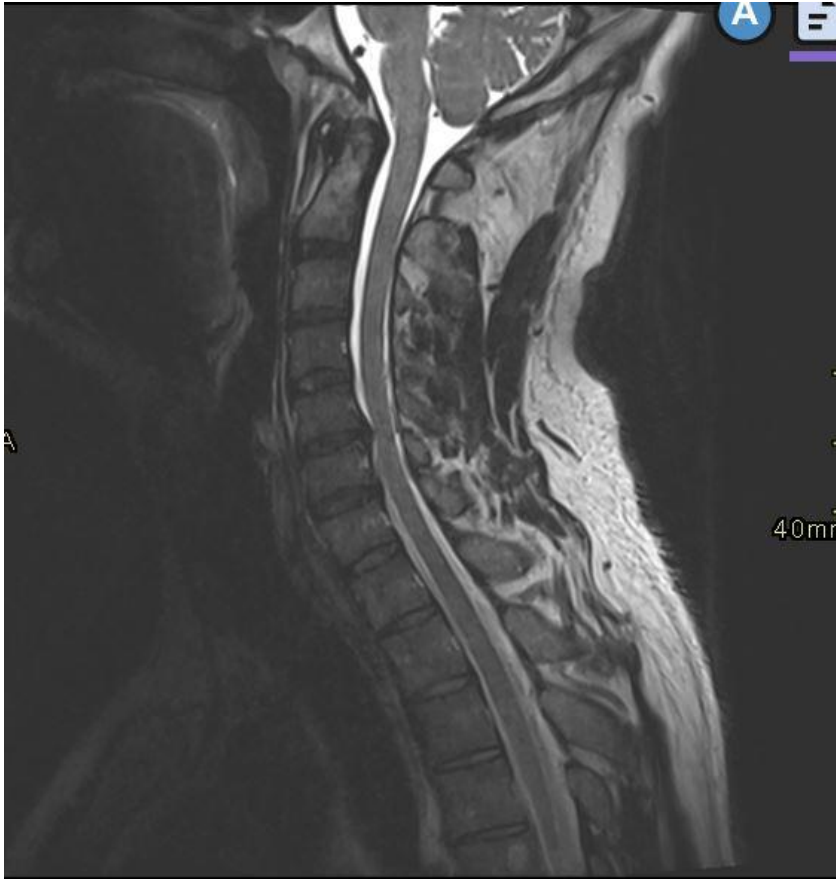
Característica	Omalgia Local (Intrínseca)	Omalgia Referida (Extrínseca)
Origen del problema	Estructuras del hombro (tendones, bursa, cápsula, hueso).	Órganos internos (corazón, hígado, pulmón) o columna cervical.
Relación con el movimiento	El dolor aumenta notablemente al mover el brazo o cargar peso.	El movimiento del hombro suele ser indoloro o no agrava el síntoma.
Localización del dolor	Suele ser puntual o localizado en la cara lateral/anterior del hombro.	Dolor difuso, profundo, o localizado en la parte superior (trapecio/punta).
Rango de movimiento	Limitado (dolor al levantar el brazo o rotarlo).	Generalmente completo (rango de movimiento conservado).
Síntomas asociados	Inflamación visible, debilidad muscular o chasquidos articulares.	Náuseas, falta de aire, acidez, sudoración o dolor de cuello.
Respuesta al reposo	El reposo suele aliviar el dolor mecánico.	El dolor puede persistir incluso en reposo total o posición nocturna.

CASO 1



Mujer de 33 años con antecedentes hace 5 años de traumatismo en hombro izquierdo en accidente de moto. Consulta por cervicalgia pulsátil irradiada a trapecio.

Rx de hombro 2P: sin alteraciones



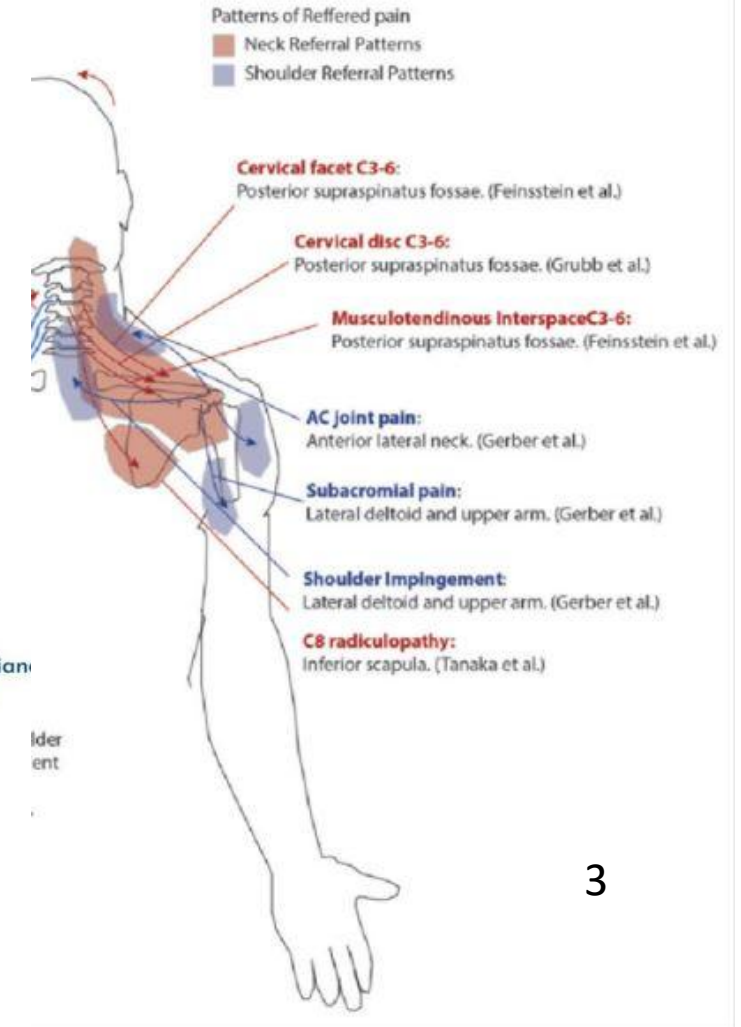
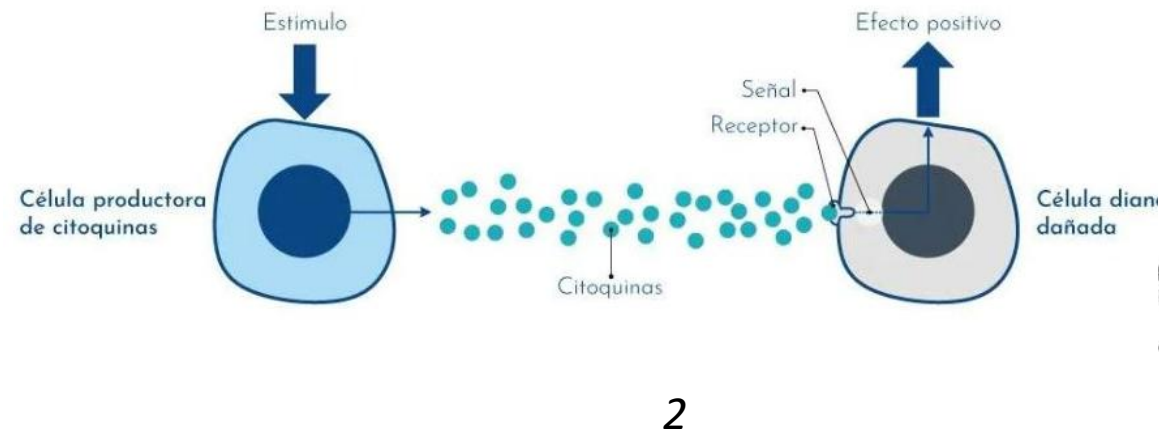
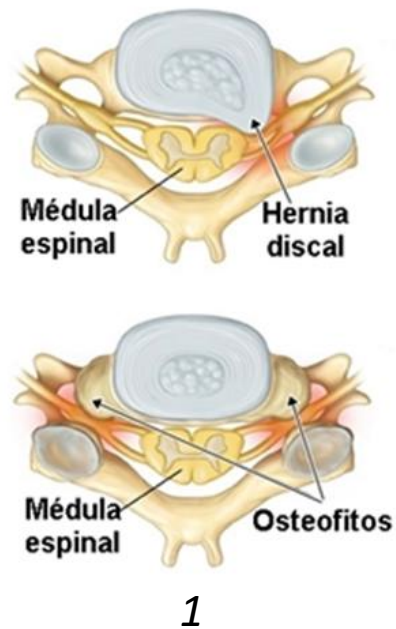
RM de cuello

Secuencias potenciadas en T2 y STIR en los planos sagital y axial de RM de cuello

Protrusión foraminal izquierda C5-C6 que comprime la raíz emergente izquierda de C6

HERNIA DISCAL CERVICAL

Proceso dinámico donde convergen factores mecánicos, químicos y vasculares sobre las raíces nerviosas.



1-Peña Sagredo JL, et al. Cervicobraquialgia: una aproximación a través de la experiencia clínica. Med Gen Fam. 2018;7(1):15-22.

2-Grup Policlínic. [Internet]. Sant Cugat del Vallès: Grup Policlínic; [citado el 18 de mar de 2026]. Disponible en: grup-policlinic.com

3-Sembrano JN, Isaacs RE, Polly Jr DW. Overlapping, Masquerading, and Causative Cervical Spine and Shoulder Pathology: A Systematic Review. Spine. 2011;36(24):E1556-E1562.

FACTORES DESENCADENANTES

Trauma cervical (ej. latigazo)

Degeneración discal (artrosis, espondilosis)

Movimientos repetitivos/mala postura

Hernias discales (C5-C7)

MECANISMOS PRINCIPALES

Compresión radicular (Factor mecánico)

Hernia discal → comprime nervio

Osteofitos → estrechan foramen vertebral

Inflamación local (Factor químico)

Liberación de citoquinas/prostaglandinas

Irritación → mayor sensibilidad al dolor

Isquemia y edema (Factor vascular)

Obstrucción venosa → congestión y edema

Isquemia → conducción eléctrica comprometida

→ parestesias y debilidad

CASO 2

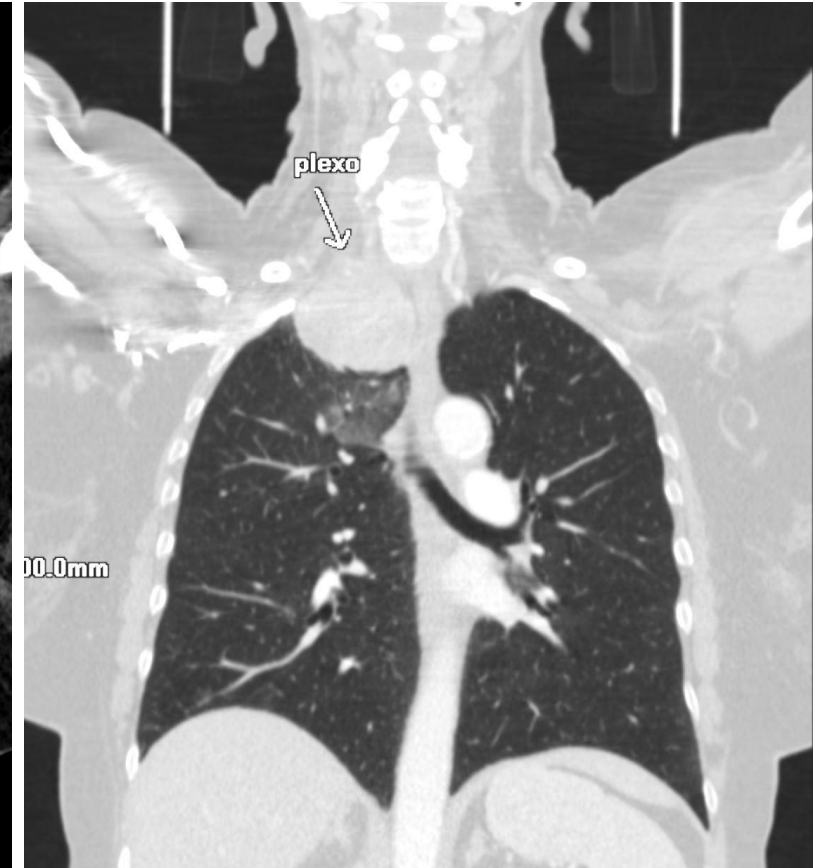
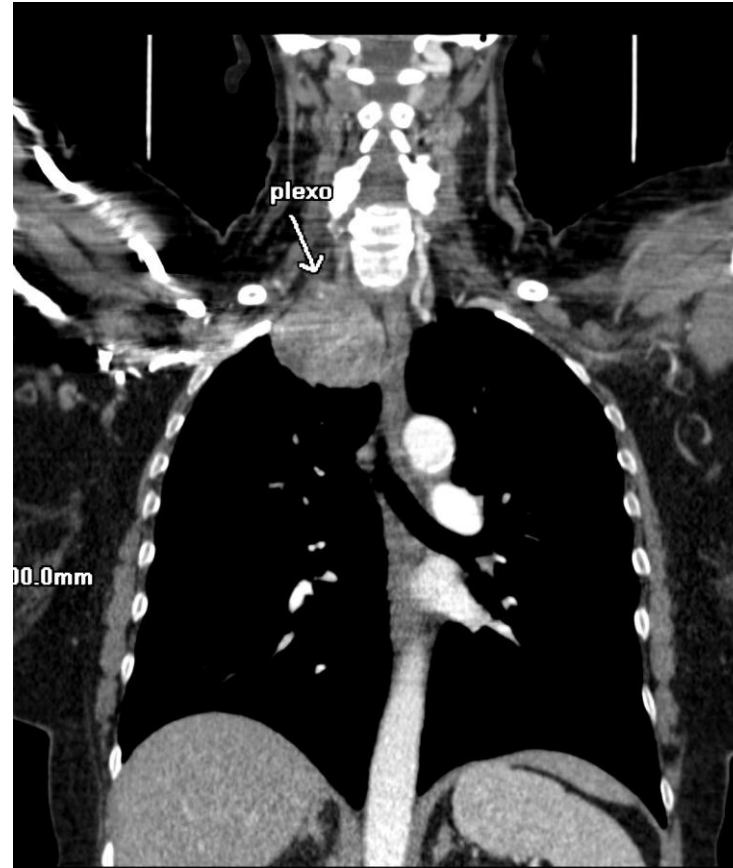


Paciente de 67 años que consulta por dolor de hombro derecho

Rx de tórax PA y LAT y Rx de hombro derecho AP:

Masa en vértice pulmonar derecho.

Articulación glenohumeral sin alteraciones

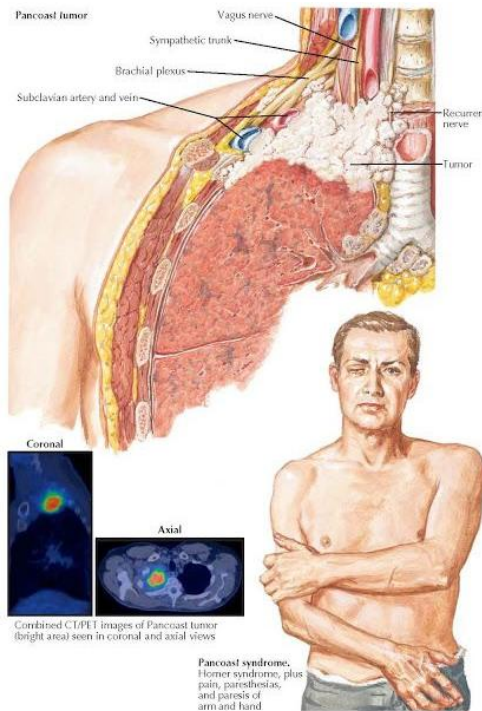


TAC body con CIV

Masa apical derecha con infiltración del plexo braquial

TUMOR DE PANCOAST

- El dolor de hombro en el tumor de Pancoast es consecuencia de su ubicación estratégica en el vértice del pulmón.



MECANISMOS PRINCIPALES

Compresión del plexo braquial

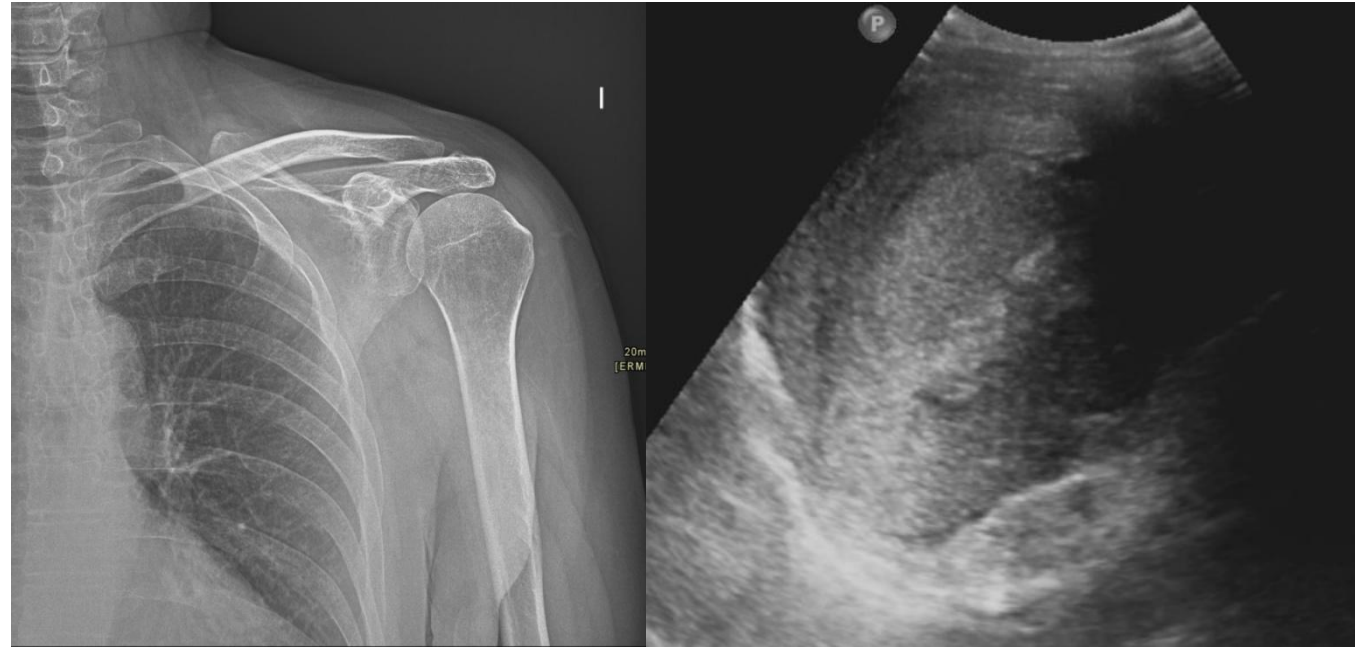
Invasión pared torácica

Costillas – Pleura - Vértebras

Afectación del SN simpático

Síndrome de Horner, que a menudo acompaña al dolor de hombro

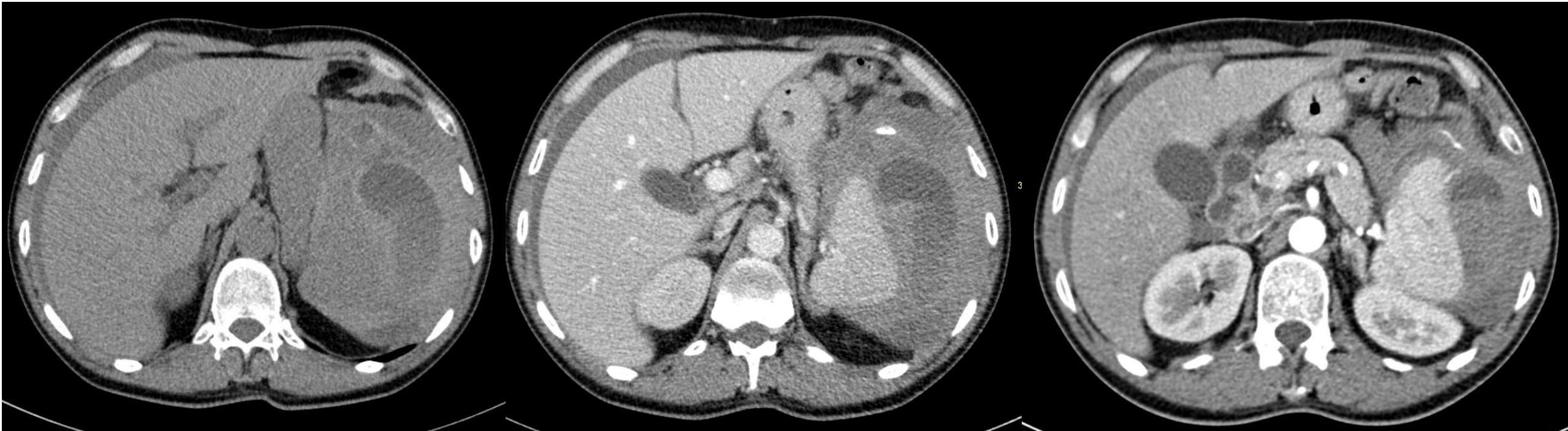
CASO 3



Varón de 45 años ingresado por tromboflebitis femoral izquierda. Portador de PICC. Presenta dolor en hombro izquierdo brusco.

Solicitan Rx de hombro izquierdo y ECO-doppler para descartar trombosis en catéter/patología a nivel articular. **Rx de hombro izq:** normal

Durante el eco-doppler el paciente refiere colonoscopia reciente por lo que la radióloga explora el hipocondrio izq: colección periesplénica

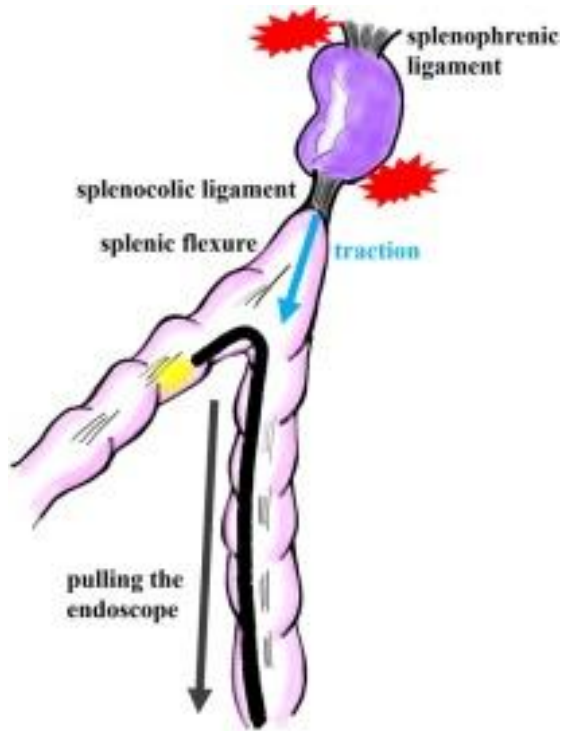


Estudio trifásico con CIV para valorar sangrado abdominopélvico:

Imagen lineal de sumación de contraste en relación a sangrado arterial con gran hematoma subcapsular esplénico, todo ello secundario a desgarro esplénico durante el acto de la colonoscopia

Complicación rara (0,02%). Los mecanismos principales de lesión son:

LACERACIÓN ESPLÉNICA



Tracción del ligamento esplenocólico y esplenofrénico: Es la causa más frecuente. Al manipular el colonoscopio para avanzar o enderezar las curvas del colon, se puede ejercer una tensión excesiva provocando desgarros en su cápsula.

Presencia de adherencias esplenocólicas, traumatismo directo, presión externa

Irritación del diafragma

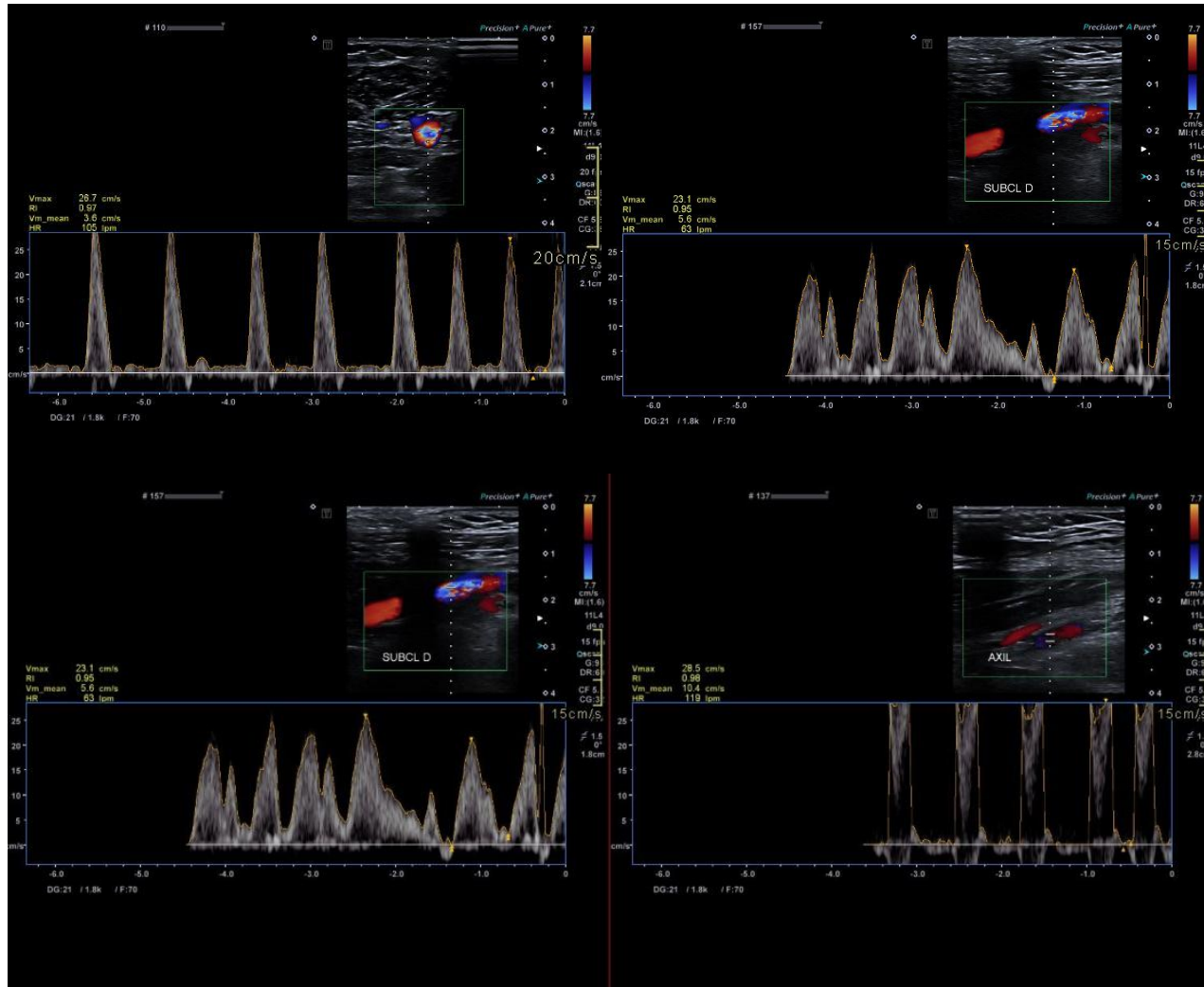
El papel del nervio frénico: nace de las raíces nerviosas cervicales **C3, C4 y C5**.

Confusión cerebral (Signo de Kehr): los nervios que recogen la sensibilidad del hombro izquierdo también provienen de esas mismas raíces (C3-C5). El cerebro no puede distinguir si el estímulo doloroso viene del diafragma o del hombro, por lo que "interpreta" el dolor en el hombro.

CASO 4



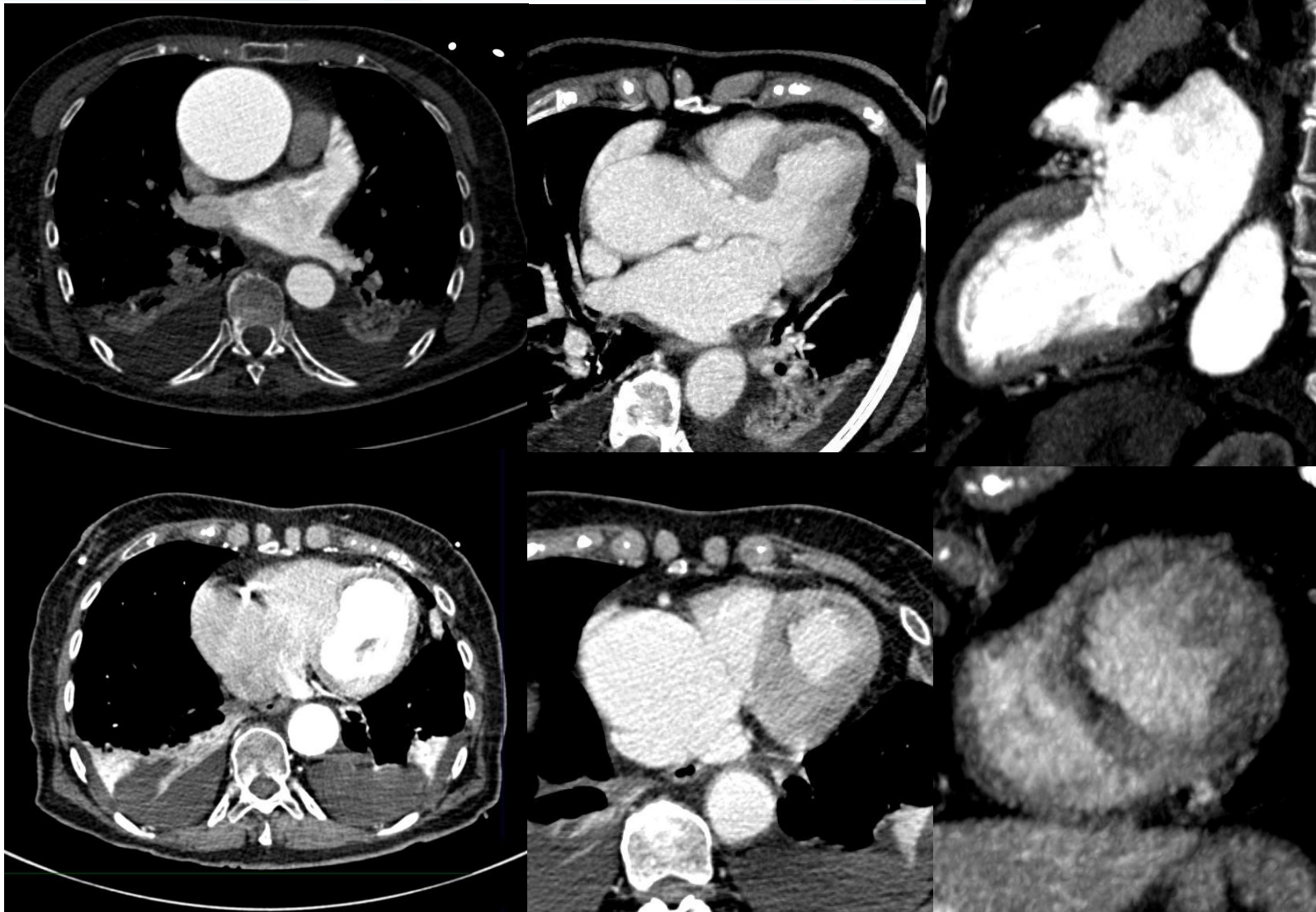
- Mujer 82 años. Acude por dolor intenso en hombro ESD que no calma con mórficos.
Rx de tórax: normal
Solicitan ecodoppler del MSD para descartar isquemia arterial
-



Eco doppler: vasos arteriales permeables sin estenosis significativas.

En el siguiente pase, la paciente refiere dolor torácico irradiado a ambos hombros. En ecoscopia: dilatación severa Ao ascendente.

Solicitan angio-TC de aorta para descartar SAA.

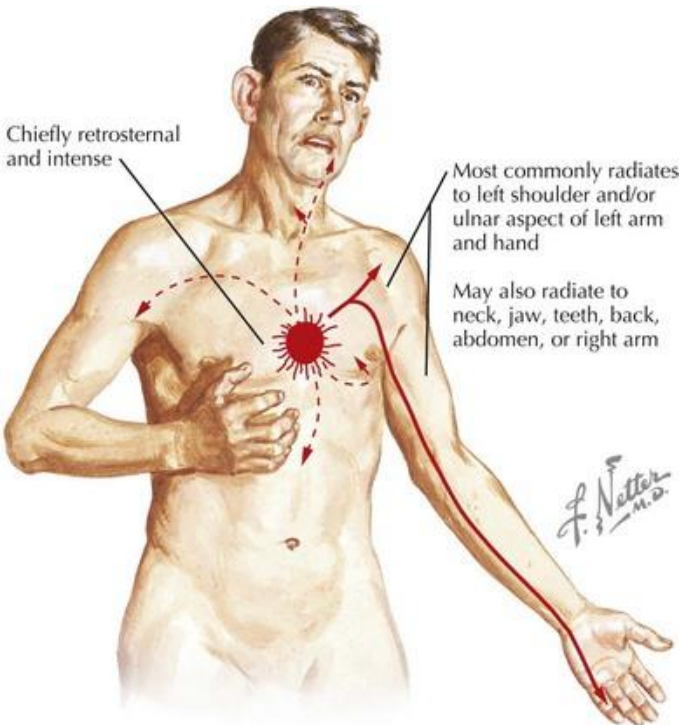


Angio-TC de aorta ascendente:

Dilatación de aorta
ascendente de 62 mm de
diámetro sin signos rotura

Defecto de perfusión
subendocárdico en cara
anterior y septo
medioapical compatible
con IAM.

ISQUEMIA MIOCÁRDICA



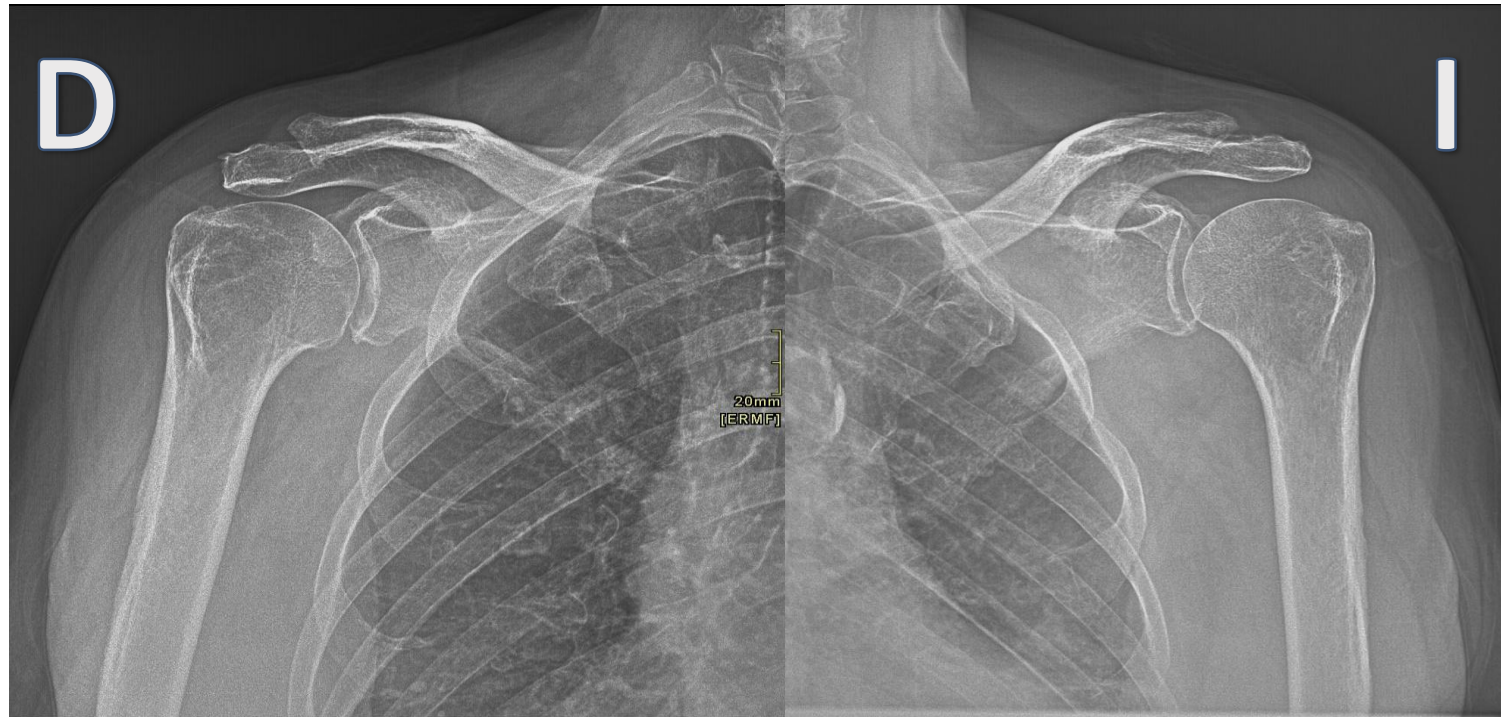
Convergencia de vías nerviosas aferentes viscerales y somáticas en los segmentos cervicales y torácicos de la médula espinal (principalmente C5-T5).

La isquemia miocárdica genera dolor que es transmitido por fibras simpáticas y vagales, y la señal nociceptiva puede ser percibida en áreas somáticas como el hombro, brazo, mandíbula o espalda.

Las fibras nerviosas cardíacas y las del hombro izquierdo comparten raíces nerviosas en la médula espinal, lo que lleva a que el cerebro interprete el dolor visceral como si proviniera del hombro.

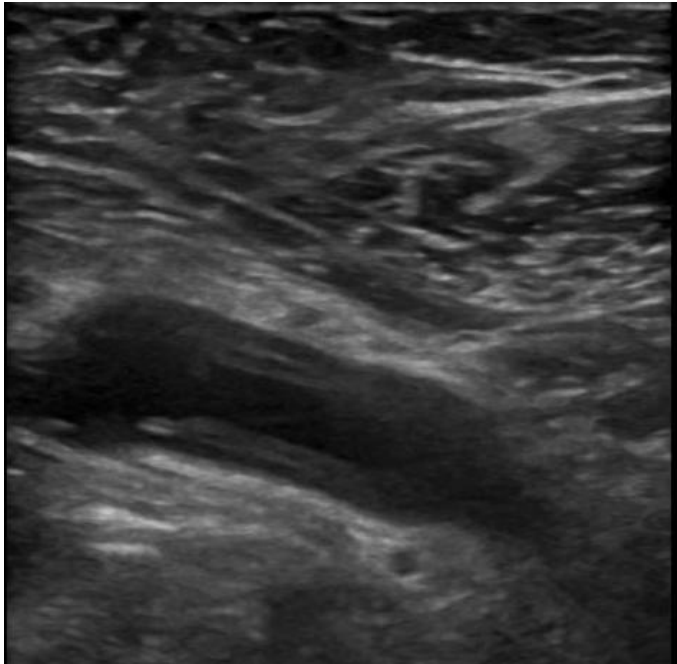
Más frecuente en mujeres jóvenes e infartos laterales

CASO 5

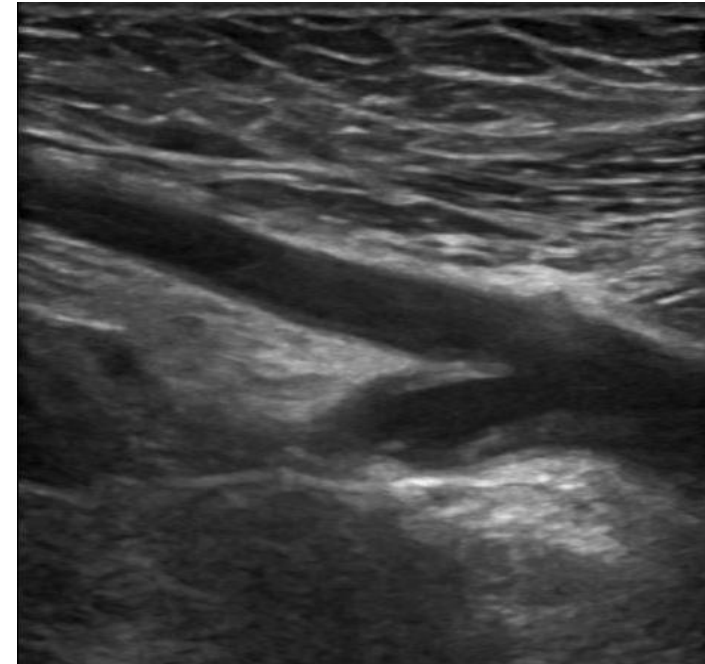


Mujer de 82 años que acude a su médico de cabecera por omalgia bilateral.

Rx de ambos hombros: sin alteraciones



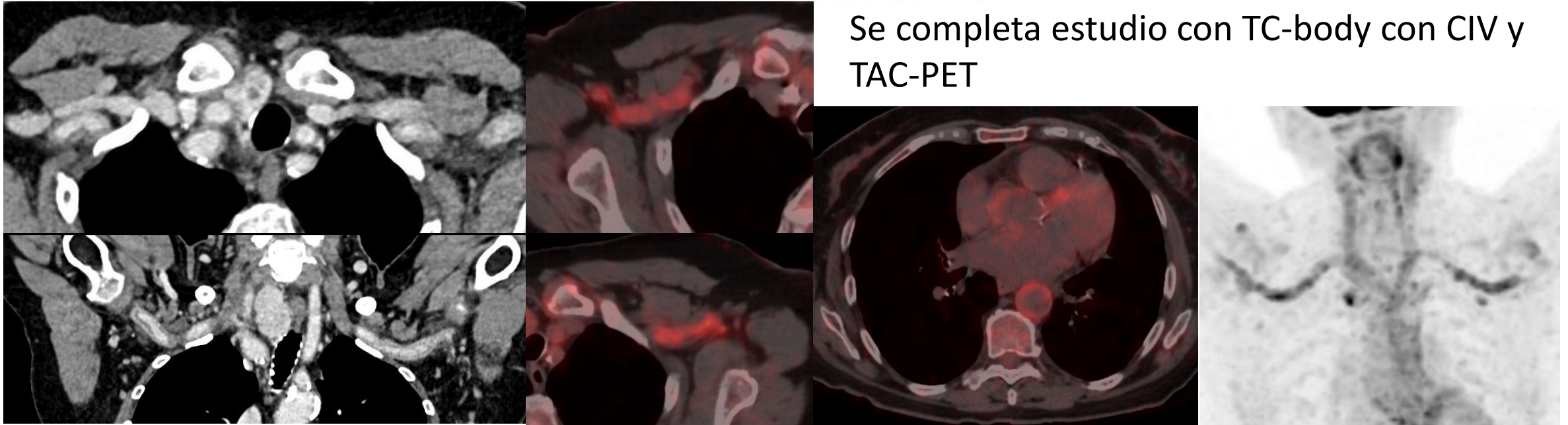
Subclavia derecha



Subclavia izquierda

1 mes después ingresa por astenia, debilidad, elevación de RFA, anemia de características inflamatorias. Solicitan ecodoppler para descartar arteritis

Eco-doppler: engrosamiento mural de la arteria subclavia derecha en su porción distal, arteria subclavia y axilar izquierdas y de su rama toraco-acromial todas ellas con halo hipoecogénico que asocia hiperecogenicidad de la grasa adyacente compatible con signos de arteritis.



Se completa estudio con TC-body con CIV y
TAC-PET

Body-TC: Engrosamiento parietal y cambios inflamatorios compatible con cambios de vasculitis de ambas arterias subclavias y sobre todo axilares donde condiciona leve estenosis luminal.

PET-TAC: Incremento patológico de la actividad metabólica de elevada-moderada intensidad de las paredes vasculares de las arterias vertebrales, ambas carótidas, axilares, subclavias, tronco braquicefálico, aorta ascendente, cayado y descendente torácica y abdominal (grado 3 de la escala visual de Meller), hallazgos compatibles con vasculitis activa.



ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

- Isquemia: generando estenosis u oclusión que disminuye el flujo sanguíneo al miembro superior. Esto provoca síntomas de isquemia, como claudicación, parestesias y dolor en reposo en el hombro y brazo, especialmente durante el uso del miembro afectado.
- Dolor referido: la inflamación de las arterias cercanas al plexo braquial puede inducir activación de nociceptores y liberación de mediadores inflamatorios, lo que contribuye a la percepción de dolor en la región del hombro.

CONCLUSIONES

- El dolor referido está muy presente en nuestra práctica clínica habitual.
 - Siendo la omalgia un motivo de consulta frecuente, el radiólogo de estar familiarizado con aquellas entidades que pueden manifestarse con omalgia referida, para determinar la causa del dolor, y evitar el diagnóstico tardío de patologías, que aunque alejadas del hombro, pueden ser potencialmente graves.
-