

Hombro doloroso en la consulta del Internista

Painful shoulder at the internist

Denisse Champin Michelena¹

RESUMEN	
Objetivo:	Resumir la información actual sobre fisiopatología, evaluación clínica y tratamiento en hombro doloroso.
Método:	Revisión de literatura internacional acerca del tema.
Resultados:	Cuarenta por ciento de la población general sufrirá de esta patología en algún momento de su vida. Esta es por frecuencia una enfermedad de los tejidos periarticulares del hombro. El temprano diagnóstico y tratamiento evita la cronificación con limitación funcional.
Conclusiones:	Una apropiada anamnesis y el conocimiento de los pasos al examen así como de las maniobras aseguran un diagnóstico acertado. El tratamiento con AINES y/o esteroides en infiltración permiten reducir el tiempo de dolor y la limitación. Temprana derivación a medicina física para terapia permite restablecer la función.
Palabras clave:	Hombro doloroso, manguito rotadores.

ABSTRACT	
Objective:	Review the actual information about pathophysiology, clinical evaluation and treatment in Painful shoulder syndrome.
Method:	Revision of the international literature about Painful shoulder syndrome.
Results:	Forty percent of general population will suffer this pathology any time of their lives. By frequency, this is a periarticular disease. Early diagnosis and treatment will avoid cronicity with funcional limitation.
Conclusions:	Appropriate anamnesis and the knowledge of steps at examinations secure proper diagnosis. The treatments with AINES and / or steroids infiltrates reduce the time of pain and limitation. Early derivations to physical therapy allow rehabilitate function.
Key word:	Painful shoulder, cuff rotator

INTRODUCCIÓN

El dolor de hombro es una de las consultas más prevalentes en la práctica del internista. Esta es una patología por sobreuso y se asocia con actividades laborales que mantienen el brazo elevado por encima del hombro (por ejemplo pintores, limpiadores de ventanas) así como con ciertos deportes como la natación.

El hombro, como unidad funcional consta de 4 articulaciones: glenohumeral, esternoclavicular, acromioclavicular y escapulotorácica.

El hombro es una articulación móvil con una fosa glenoidea superficial. El húmero está suspendido del omoplato por tejidos blandos, músculos, ligamentos y una cápsula articular, tiene un apoyo óseo mínimo.

El manguito de los rotadores es una estructura que está formada por cuatro tendones: supraespinoso, subescapular, infraespinoso y redondo menor. El tendón supraespinoso por su ubicación es el que más

se lesiona cuando se desliza debajo del acromion con ciertos movimientos del hombro.¹

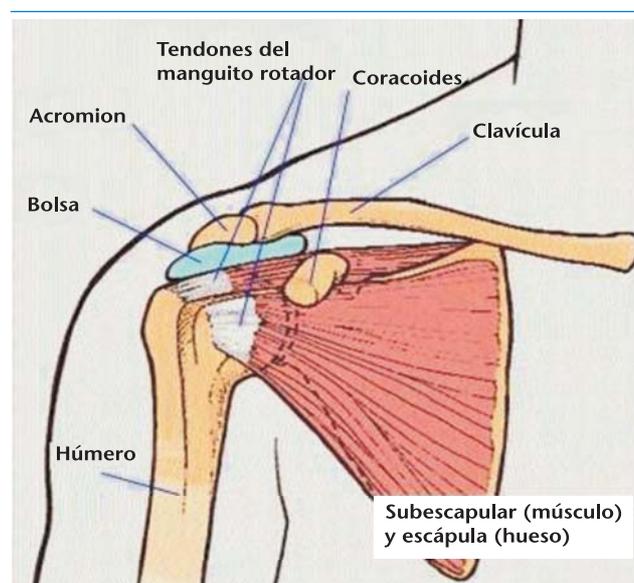


Gráfico 1. Anatomía del hombro (Tomado de www.orthohealth.com)

¹ Médico Internista – Clínica San Pablo. Presidenta de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.

El cuadro clínico de hombro doloroso puede ser producido por distintas causas:

1. Causas periarticulares

- Debido a la anatomía de la zona que es rica en estructuras periarticulares, éstas son las que con mayor frecuencia se comprometen. El manguito de los rotadores constituye las 2/3 de las causas que producen dolor de hombro.²
- En oportunidades la lesión puede ser tan severa sobre el manguito de los rotadores que este puede desgarrarse o romperse completamente.
- El tendón bicipital discurre por el canal bicipital y es también fuente de inflamación y dolor con limitación.
- La bursa subacromial es responsable de bursitis subacromial. Cuando el cuadro tiene un curso crónico se puede encontrar calcificación en la bursa.

2. Causas articulares (3%)

- Artrosis, que se observa en las articulaciones acromioclavicular y esternoclavicular.
- En oportunidades las articulaciones del hombro pueden ser asiento de artritis séptica ó artritis por cristales.
- El hombro congelado es una enfermedad que produce una disminución progresiva del movimiento del hombro debido a la inflamación y la retracción de los ligamentos de la articulación glenohumeral, se le conoce como capsulitis retráctil.

3. Patología ósea

- Frecuentemente son los traumatismos.
- Osteomielitis por diseminación hematogena o por extensión a partir de un foco local.
- Las neoplasias: mieloma múltiple o metástasis de un primario a distancia pueden ser causa de hombro doloroso.

4. Causas extrínsecas³

Existen causas no relacionadas directamente al hombro, pero que son referidas a partir de órganos distantes y que deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar el trabajo diagnóstico:

- Corazón: Enfermedad coronaria obstructiva.
- Gastrointestinal: Ruptura visceral, pancreatitis.
- Diafragma: Absceso subfrénico.

- Pulmón: Tumor pancoast, neumotórax, pericarditis, pleuritis.
- Columna cervical: Espondiloartrosis.

Herramientas para el diagnóstico

El diagnóstico es clínico.

1. Historia clínica detallada:

- Inicio de la enfermedad, agudo vs insidioso
- Características del dolor:
 - Ubicación en el hombro, anterior, lateral, posterior.
 - Irradiación, presente o no.
 - Limitación para realizar movimientos que requieran de elevación, rotación externa, rotación interna.
- Antecedentes: Historia de enfermedad articular, episodios previos similares, deportes que practica, actividades laborales.
- Enfermedades crónicas: Diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, alcoholismo, etc.

2. Exploración física:

Con el paciente desnudo hasta la cintura sentado.

a. Inspección:

Observar si el paciente adopta postura antiálgica (hombro en rotación interna y aducción), buscar asimetría comparando con el hombro sano, signos inflamatorios locales.

Se propone el Cuadro 1 para la inspección de hombro.

INSPECCIÓN	{ Edematoso Eritema	{ Trauma Efusión articular Dislocación
		{ Celulitis Artic. séptica Enferm. cristales

Cuadro 1. Inspección de hombro. (Tomado de Atlas of the Musculoskeletal examination. ACP 2003 Filadelfia).⁴

b. Palpación:

Buscar puntos dolorosos articulares: Articulación esternoclavicular, articulación acromioclavicular.

Se propone el Cuadro 2 para la palpación de hombro.

PALPACIÓN	{	Sensib. canal bicipital	{	Tendinitis bicipital
		Incremento bíceps	{	Ruptura tendón
		Sensib. subacromial	{	Bursitis subacromial

Cuadro 2. Palpación de hombro. (Tomado de Atlas of the Musculoskeletal examination. ACP 2003 Filadelfia).⁴



Figura 1. Tendón bicipital discurrendo por el surco bicipital.

Maniobras para evaluar compromiso de tendón bicipital

1. Test de Yergason: Verifica la estabilidad del tendón en el surco bicipital. Supinación de mano resistida con el codo flexionado a 90°. Si el tendón del bíceps no es estable, saldrá del surco bicipital y el paciente sentirá dolor.



Figura 2. Test de Yergason

2. Test de Speed: Resistencia a la flexión del hombro desde posición de extensión y supinación. Nos orienta hacia tendinitis del bíceps. Aparece dolor en la corredera bicipital.⁴



Figura 3. Test de Speed

- a. Evaluación movilidad: activa, pasiva y contra resistencia
 - i. Movilidad activa
 1. Aducción (45°)
 2. Abducción (180°). A partir de 120°, el cuello quirúrgico del húmero contacta con el acromion y el paciente necesita hacer rotación externa para completar la abducción.
 3. Flexión (180°), extensión (60°).
 4. Rotación externa (90°), rotación interna (90°). Se exploran con el codo flexionado a 90°.
 5. Maniobra de Apley superior: se le pide al paciente que pase la mano por detrás de la cabeza y que se toque el omoplato opuesto. Combina abducción y rotación externa.
 6. Maniobra de Apley inferior: se le pide al paciente que se toque el hombro opuesto, o bien que se toque con la punta de los dedos el ángulo inferior del omoplato opuesto. Combina aducción y rotación interna.⁵
 - ii. Movilidad pasiva: Nos permite comprobar si existe una verdadera limitación funcional:

3. Test de Apley superior



Figura 4. Test de Appley superior

Tips para recordar durante examen

- Cuando la movilidad activa y pasiva está limitada **PENSAR EN COMPROMISO ARTICULAR** Cuando la movilidad activa esta limitada y la pasiva es normal **EXAMINAR MOVIMIENTOS CONTRA RESISTENCIA**
 - Cuando se produce dolor al explorar movimientos contra resistencia **PENSAR EN LESION TENDINOSA**
4. Exploración de columna cervical para descartar dolor referido.
 5. Maniobras especiales:
 - a. **Test de Neer:** Inmovilizando la escápula con la mano, elevar pasivamente el brazo en rotación interna y flexión del hombro. Dolor en lesiones del manguito del rotador secundarias al roce contra el acromion.⁶



Figura 5. Test de Neer

6. Estudios de imágenes
 - a. Radiografía PA del hombro comparado: Si el dolor es postraumático.
 - b. Ecografía y RMN: Cuando se sospecha ruptura del tendón, síndrome subacromial.
 - c. Otras: Dependiendo de la sospecha diagnóstica.

TRATAMIENTO

1. Debemos informar al paciente que habitualmente el problema se resuelve solo en pocas semanas e instruirlo para evitar maniobras perjudiciales.⁷
2. Recomendar reposo del hombro en descarga (brazo en cabestrillo) durante el episodio agudo. Conforme disminuya el dolor se iniciara rehabilitación precoz para recuperar la movilidad del hombro.
3. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): Usados en forma sistémica, existen muchos estudios que analizan distintos productos, distintas patologías, celecoxib y naproxeno brindan control del dolor en forma efectiva vs placebo en pacientes portadores de bursitis subacromial y tendinitis del manguito de los rotadores.⁸

En resumen, este grupo terapéutico brinda control de dolor aunque no tienen mucho efecto sobre movilidad a corto plazo.
4. Infiltraciones con corticoides:

Se utilizan en casos severos o en aquellos pacientes que habiendo recibido AINEs no han logrado una mejoría de sus síntomas.⁹

El uso de estas infiltraciones pueden sustancialmente disminuir el dolor e incrementar el rango de movimiento del hombro.¹⁰ Un metaanálisis que revisó el uso de infiltraciones de corticoides en hombro doloroso indicó que las infiltraciones de corticoides subacromial son efectivas pero que la dosis de esteroides tiene una relación directa con el resultado obtenido.¹¹
5. Existen distintos estudios acerca del uso de terapia física con diferentes técnicas desde calor local, protocolo de ejercicios hasta el uso de laser que reportan mejoría en la sensibilidad a la palpación y extensión.¹² Asimismo también se reportan estudios comparando terapia física con artroscopia que favorecen a la primera.¹³
6. Tratamiento quirúrgico. Indicada en algunas situaciones, especialmente en casos de rotura del manguito de los rotadores.¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal L. Chávez J, Quevedo H, Castañeda L. Capítulo Reumatismos extrarticulares 267. Bases y Principios de Reumatología 1ra Edición. 1,993. Lima. Boehringer Ingelheim.

2. Silverstein BA, Viikari-Juntura E, Fan ZJ, Bonauto DK, Bao S, Smith C. Natural course of nontraumatic rotator cuff tendinitis and shoulder symptoms in a working population. *Scand J Work Environ Health* 2006 Apr; 32(2):99-108.
3. Smith DL, Campbell SM. Painful shoulder syndromes: Diagnosis and management. *J Gen Intern Med* 1992 May - Jun 7(3):328-39.
4. Moore G. Chapter Upper Extremities 9. Atlas of the Musculoskeletal examination. ACP 2003 Filadelfia.
5. Woodward T, Best T. The painful shoulder Part I. Clinical Evaluation. *Am Fam Physician* 2000; 61:3079-88.
6. www.orthohealth.com
7. Mac Donald PB, Clark P, Sutherland K. An analysis of the diagnostic accuracy of the Hawkins and Neer subacromial impingement signs. *J Shoulder Elbow Surg*. 2000 Jul-Aug; 9(4):299-301.
8. Petri M, Huffman SL, Waser G, Cui H, Snabes MC, Verburgs KM. Celecoxib effectively treats patient with acute shoulder tendonitis/bursitis. *J Rheumatol* 2004 Aug; 31(8):1614-20.
9. Petri M, Dobrow R, Neiman R, et al. Randomized, double-blind placebo-controlled study of the treatment of the painful shoulder. *Arthritis Rheum* 1987 Sep; 30(9):1040-5.
10. Blair B, Roquito AS, Cuomo F et al. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg. Am.* 1996 Nov. 78(11):1685-9
11. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: A metaanalysis. *Br J Gen Pract.* 2005 Mar 55(512):224-8.
12. Bingol U, Altan L, Yurtkuran M. Low power laser treatment for shoulder pain. *Photomed Laser Surg.* 2005 Oct; 23(5):459-64.
13. Brox JL et al. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patient with rotator cuff disease (Stage II impingement syndrome): A prospective, randomized, controlled study in 125 patients with 2,5 years followup. *J Shoulder Elbow Surg* 1999 Mar-Apr; 8(2):102-11.
14. Chard MD, Sattelle LM, Hazleman BL. The long-term outcome of rotator cuff tendonitis - A review study. *Br. J Rheumatol* 1998 Oct; 27(5):385-9.

Dirección para correspondencia:

champin_1@yahoo.com