



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1248 - Síndrome subacromial (SSA) y puntos gatillo miofasciales (PGM): Correlación clínico-ecográfica

J.C. Montero Alcaraz^a, A. Company Llimona^b, S. Rodríguez Valdecillos^c, M.D. Sánchez Corretger^d, P. Marco Aznar^e y G. Pera Blanco^f

^aMédico de familia. Centro de Atención Primaria Cirera Molins. Mataró. ^bMédico Especialista en Rehabilitación y Medicina Física. Servicio de Rehabilitación Centro de Atención Primaria Mataró-Maresme. Institut Català de la Salut. Mataró. ^cMédico Especialista en Medicina del Trabajo. Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital de Bellvitge. Barcelona. ^dMédico Especialista en Rehabilitación y Medicina Física. Servicio de Rehabilitación. Hospital Sagrat Cor. Barcelona. ^eMédico Acupuntor. Consulta Privada. Barcelona. ^fTécnico en Investigación. Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Mataró. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Estudiar correlación entre dolor en PGM, coincidentes con puntos de acupuntura de la región del hombro y patología más frecuentemente implicada en SSA (tendinopatía tendón del supraespínoso (TSE), tendinitis tendón bíceps (TB), bursitis subacromio-subdeltoidea (BSASD) y bursitis bicipital (BB)). Describir frecuencia de afectación de los PGM definidos en relación a cada patología hombro.

Metodología: Estudio observacional transversal multicéntrico. Población: pacientes con dolor de hombro unilateral que cumplen criterios de inclusión: dolor agudo o crónico que presenten las maniobras positivas definidas. No antecedente traumático o antecedente de traumatismo menor (no fractura ni luxación). Mayores de 18 años. Disponer de una ecografía de hombro realizada como máximo 6 meses antes o después de la exploración. Balance articular libre. Positividad de al menos 2 de las 3 maniobras definidas (Yocum, Jobe y Speed). Consentimiento verbal. Criterios exclusión: fractura o luxación del hombro. Dolor de hombro bilateral. Pacientes infiltrados. Dolor de origen cervical. Patología reumática de base (artritis reumatoide, polimialgia reumática). Barrera idiomática o déficits cognitivos que dificulten la anamnesis o la exploración. Variables: datos demográficos, tiempo de evolución, lateralidad afectada, extremidad dominante, actividad laboral con sobresolicitación de la extremidad, antecedente traumático, resultado de la exploración de los PGM (PC2/Taijian/ID10/ID12/SJ14/IG15), tipo de dolor: presión/molestia/dolor, irradiación del dolor, consumo de medicamentos previos, tratamientos alternativos, diagnóstico ecográfico.

Resultados: N = 105, edad media 59 ± 12 años. Mujeres 69%, hombres 31%, 97% diestros, afectación 53% derecha, 47% izquierda, tiempo de evolución $8,1 \pm 6,6$ meses, 70% sobresolicitación laboral de la extremidad, 27% traumatismo previo, 23% medicación analgésica previa, 8% terapia complementaria previa, Jobe+ (88%), Yocum+ (87%), Speed+ (74%). PGM más frecuentes: IG15 y Taijian. Diagnóstico ecográfico más frecuente TSE como diagnóstico aislado (36%), TSE + BSASD (18%) en diagnóstico combinado. No correlación entre los PGM y el diagnóstico ecográfico. Sí correlación categorías “molestia” ID12-bursitis bicipital, Taijian-BSASD. Relación sin significación “dolor” IG15-TSE (punto muy sensible poco específico).

Conclusiones: Los PGM que presentan dolor más frecuentemente en SSA: IG15, Taijian. Dolor en IG15 implica existencia de SSA pero no discrimina cual. No correlación entre diagnósticos ecográficos en SSA con PGM escogidos. No posible estimar diagnóstico ecográfico en base a presencia de dolor en PGM estudiados. La exploración de PGM definidos no puede sustituir al método de referencia.

Palabras clave: *Puntos gatillo miofaciales. Diagnóstico ecográfico. Bursitis subacromial.*