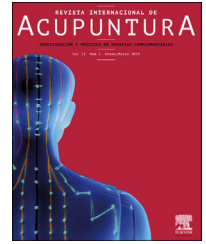




REVISTA INTERNACIONAL DE
ACUPUNTURA

www.elsevier.es/acu



Caso clínico

Electroacupuntura y cinesiterapia en secuelas de luxación acromioclavicular tipo III: reporte de un caso



Daniela Olivares Quiroz*, Yeni Maritza Gutiérrez Ramos,
Michelle Christlieb Rivera Ortiz, Rebeca Alejandra Avendaño Espina
y Karla Belem Nava Castro

Universidad Estatal del Valle de Toluca, Ocoyoacac, Estado de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de diciembre de 2020

Aceptado el 28 de enero de 2021

On-line el 27 de febrero de 2021

Palabras clave:

Luxación acromioclavicular tipo III

Electroacupuntura

Rehabilitación

R E S U M E N

El tratamiento idóneo de la luxación acromioclavicular tipo III resulta controvertido, puesto que no hay evidencia suficiente que sustente la mejor opción. En este contexto, la técnica de electroacupuntura puede ser una buena terapéutica auxiliar para el dolor, así como las técnicas de cinesiterapia que mejoran los arcos de movilidad. Se presenta el caso de un varón de 25 años, con secuelas de luxación acromioclavicular tipo III. Tras 1 mes de tratamiento con electroacupuntura y cinesiterapia se obtuvieron resultados como disminución del dolor, aumento en los rangos de movilidad y fuerza muscular del miembro superior derecho.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Electroacupuncture and kinesiotherapy in sequelae of type III acromioclavicular dislocation: a case report

A B S T R A C T

The ideal treatment for type III acromioclavicular dislocation is controversial, since there is insufficient evidence to support the best option. In this context, the electroacupuncture technique can be good auxiliary therapy for pain, as well as kinesiotherapy techniques that improve mobility arches. The case of a 25-year-old male patient with sequelae of type III acromioclavicular dislocation is presented. After one month of treatment with electroacupuncture and kinesiotherapy, results were obtained such as a decrease in pain, and increased range of motion and muscular strength of the right upper limb.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Type III acromioclavicular dislocation

Electroacupuncture

Rehabilitation

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danny.oliv31@hotmail.com (D. Olivares Quiroz).

<https://doi.org/10.1016/j.acu.2021.01.003>

1887-8369/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Las luxaciones de la articulación acromioclavicular son lesiones frecuentes, sobre todo en personas activas, con una incidencia estimada de 1,5-2 por 10.000 habitantes/año. Dado que ocurre con frecuencia en una cohorte de pacientes jóvenes y activos, el impacto sobre la capacidad de trabajo es relevante¹.

Según la escala de Rockwood, en la luxación acromioclavicular grado III, el complejo del hombro está desplazado inferiormente, con presencia de dolor significativo a la abducción². Su tratamiento resulta a menudo motivo de controversia, ya que aún no existe evidencia suficiente para un tratamiento idóneo. Diversos estudios han recabado información del tratamiento conservador de rehabilitación con un resultado significativo, no solo para la recuperación respecto al dolor, fuerza y movilidad, sino para el tiempo de reincorporación a la vida diaria y disminución de complicaciones³.

Se presenta el caso de un varón de 25 años, con secuelas de luxación acromioclavicular tipo III, con dolor significativo y restricción de la función en el hombro derecho, tratado con electroacupuntura y cinesiterapia, que obtuvo la disminución significativa del dolor y el aumento en rangos de movilidad, fuerza y funcionalidad del hombro.

Presentación del caso

Varón de 25 años, que acude al servicio de acupuntura y rehabilitación con diagnóstico previo de secuelas de luxación acromioclavicular grado III con 3 semanas de evolución. En el interrogatorio refiere dolor punzante en región periarticular de hombro derecho, que se irradia hacia región supraescapular derecha, se exacerba durante movimientos bruscos, así como una disminución notable de movilidad. Relata haber acudido con el traumatólogo, que le prescribió naproxeno, dextetopropeno y el uso del cabestrillo por 3 semanas. Durante la exploración física se verificó la presencia de dolor sobre puntos gatillo miofasciales en el hombro, así como limitación funcional (tabla 1); debilidad muscular: 3/5 en escala de Daniels; 12 puntos en escala de Constant; 17 puntos en escala PainDETECT; reflejos osteotendinosos de miembro superior presentes. Los tratamientos propuestos y efectuados fueron: a) electroacupuntura con la misma sistemática durante todas las sesiones: corriente continua (10-0 Hz) durante 10 min seguida de corriente denso-dispersa (2-4 Hz) durante 10 min y aplicada de forma unilateral derecha en IG 15 (*Jianyu*) (ánodo,

canal 1), IG 14 (*Binao*) (cátodo, canal 1), P 2 (*Yunmen*) (ánodo, canal 2) e ID 11 (*Tianzong*) (cátodo, canal 2); b) movilizaciones pasivas de hombro en todos los arcos de movilidad durante las sesiones 1 a 6, con el paciente en decúbito supino, en 2 series con repeticiones de 7 a 20, y c) ejercicios de cadena cinética cerrada durante las sesiones 7 y 8 con repeticiones de 7 a 20 y ejercicios de cadena cinética abierta durante las sesiones 9 y 10 con repeticiones de 7 a 20.

Tras 1 mes de tratamiento, a razón de 3 consultas por semana, se valoraron arcos de movilidad de hombro derecho mediante goniometría (tabla 1), escala de Daniels: 4/5, escala de Constant: 80 puntos (función buena), escala PainDETECT: 3 puntos.

Discusión

El diagnóstico diferencial de la luxación acromioclavicular tipo III se basa en la escala de Rockwood como la más actual. En 2014 se realizó una propuesta de clasificación del tipo III, dividiéndolo en IIIA: sin acabalgamiento clavicular y discinesia escapulotorácica, y IIIB: inestable, con acabalgamiento clavicular y discinesia⁴. Esto supone un reto diagnóstico y terapéutico del estudio, valorando que en ocasiones resulta difícil diferenciar radiográficamente una luxación acromioclavicular tipo III con una tipo IV⁵.

Si bien el tratamiento ideal aún resulta controvertido, el análisis de ensayos y el de encuestas mencionan que, comparando el tratamiento quirúrgico y conservador, no hay diferencias significativas en términos de dolor, debilidad, sensibilidad, artritis postraumática, restricción de fuerza y función insatisfactoria. Los cirujanos prefieren el tratamiento conservador cuando no hay complicaciones y mencionan que el tratamiento quirúrgico es superior con respecto a la reducción anatómica⁶⁻⁸.

En la revisión no se ha encontrado ninguna propuesta de tratamiento integral validada. No obstante, hay datos que orientan respecto a los plazos de reparación de los tejidos y programas de potenciación para recuperar la funcionalidad del hombro limitando el riesgo de fracaso en lo aplicado⁹. El tratamiento convencional incluye desde altas dosis de antiinflamatorios no esteroideos hasta la inmovilización, sumados a la imposibilidad de realizar tareas habituales, con modificación de la vida cotidiana. En muchas ocasiones, la solución y demora en el tratamiento pueden provocar tendencia a la cronicidad^{10,11}.

La evidencia muestra a la técnica de electroacupuntura utilizando corrientes altas y bajas como tratamiento para el dolor

Tabla 1 – Goniometría de hombro derecho

	Articulación del hombro					
	Flexión (180°)	Extensión (60°)	Abducción (180°)	Aducción (30°)	Rotación interna (70°)	Rotación externa (90°)
Primera sesión	82°	12°	79°	14°	13°	32°
Quinta sesión	102°	44°	130°	26°	55°	66°
Décima sesión	166°	60°	170°	30°	70°	85°

Fuente: elaboración propia. Valoración de rangos de movilidad durante el tratamiento.

de hombro. Al realizar la valoración se comprobó la recuperación de la potencia funcional y el movimiento completo de la articulación del hombro y la reducción al mínimo del dolor^{9,11}. Santana et al¹², mencionan que la electroacupuntura puede ser una alternativa segura y efectiva de tratamiento en cuanto al alivio del dolor a largo plazo, a la mejoría en la funcionalidad, a la calidad de vida y a la satisfacción de los pacientes¹². La ventaja de esta técnica es la menor incidencia de efectos adversos¹³.

Una de las causas más comunes del fracaso del tratamiento conservador es la discinesia escapulotorácica⁴. Esta puede alterar las funciones de la escápula en el ritmo escapulo-humeral y derivar de alteraciones de los estabilizadores óseos, alteraciones de los patrones de activación muscular o de la fuerza de los estabilizadores musculares dinámicos². El 35% de la discinesia escapular se asocia a la patología de la luxación de hombro, sin embargo, se soluciona en 80% de ellos a los 6 meses de terminar un tratamiento¹⁴.

Los ejercicios de cadena cinética abierta y cerrada han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la luxación acromioclavicular, con resultados satisfactorios en cuanto a la fuerza y funcionalidad del hombro. Por lo tanto, estos ejercicios pueden ser utilizados de forma eficaz en la recuperación de la movilidad del hombro¹⁵.

Al no existir estudios prospectivos, aleatorizados de nivel 1 de evidencia, la decisión acerca del tratamiento debe hacerse de forma individualizada, teniendo en consideración factores ya comentados como la edad, los requerimientos físicos del paciente o el nivel deportivo. Si la elección fuera el tratamiento conservador, es imprescindible contar con la mayor conformidad del paciente para conseguir un resultado óptimo⁴.

Conclusión

El tratamiento integral de electroacupuntura y cinesiterapia tiene un impacto positivo en las secuelas de la luxación acromioclavicular tipo III respecto a la disminución del dolor y aumento significativo de la funcionalidad del hombro. Esto sugiere la eficacia del uso de estas técnicas como un tratamiento conservador con baja probabilidad de complicaciones que reducen el tiempo de reincorporación a la vida cotidiana.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que para la elaboración de este artículo se obtuvo la aprobación del comité de ética interno de la Licenciatura y el consentimiento informado del paciente.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porschke F, Schnetzke M, Studier-Fischer S, Gruetzner PA, Guehring T. Return to work after acromioclavicular joint stabilization: a retrospective case control study. *J Orthop Surg Res.* 2019;14:45.
2. Brotzman S, Manske R, Daugherty K. Rehabilitación ortopédica clínica. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Díaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Valencia Mora M, Ruiz Ibán M. ¿Por qué tratamiento conservador de las luxaciones acromioclaviculares tipo III? *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2015;22:28-32.
4. Santos Moros M, Ávila Lafuente J, Jacobo Edo O, Del Olmo Hernández T, García Rodríguez C, García-Polín López C. Inestabilidad acromioclavicular aguda: epidemiología, historia natural e indicaciones de cirugía. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2015;22:18-23.
5. León Portilla VT, Pico Segarra JL, Santillán Arias MG. Luxación acromioclavicular: tratamiento conservador. *RECIMUNDO.* 2019;4:267-76.
6. Mahajan RH, Kumar S, Mishra BP. Grade 3 AC joint injury: A survey of current practice in the United Kingdom. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2019;27:1-4.
7. Tang G, Zhang Y, Liu Y, Qin X, Hu J, Li X. Comparison of surgical and conservative treatment of Rockwood type-III acromioclavicular dislocation: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e9690.
8. Tamaoki MJ, Belloti JC, Lenza M, Matsumoto MH, Gomes Dos Santos JB, Faloppa F. Surgical versus conservative interventions for treating acromioclavicular dislocation of the shoulder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;CD007429.
9. Serrano Sáenz de Tejada F, Santos Oliete M. Rehabilitación de la cirugía de la articulación acromioclavicular. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2015;22:72-80.
10. Cantillo Borges D, Columbié Abella B, Lee Garcés Y, Quintero Lores C, Núñez Perdomo Y. La efectividad de la electroacupuntura en la terapia del síndrome bi doloroso del hombro en Baracoa. *Revista Información Científica.* 2014;86:680-9.
11. Ferriol Rodríguez MR, Urbay Ceballos F, Rodríguez Domínguez J, Fariñas Costa D, Momplet Pérez V, Benavides Fleites N. La farmacopuntura en el síndrome del hombro doloroso. *Acta Médica del Centro.* 2017;11:13-23.
12. Santana Pineda MM, Moreno Martín A. Electroacupuntura para el tratamiento del síndrome subacromial. *Rev Int Acupuntura.* 2012;6:136-43.
13. Yan CQ, Huo JW, Wang X, et al. Different Degree Centrality Changes in the Brain after Acupuncture on Contralateral or Ipsilateral Acupoint in Patients with Chronic Shoulder Pain: A Resting-State fMRI Study. *Neural Plast.* 2020;2020:5701042.
14. Tormo Pascual A. Fisioterapia en la luxación acromioclavicular grado III. Tesis doctoral. Elche: Universidad Miguel Hernández; 2017. Disponible en: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/4050/1/TORMO%20PASCUAL%2C%20ALEJANDRO.pdf>.
15. Cobos Romana R. Acupuntura. electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013;20:263-77.