

ORIGINAL

Estudio del tratamiento homeopático en tendinitis calcificante del hombro

José L. Rovira Egido^{a,*}, María Jesús Meis Meis^a, María José Lucio López^a,
Emilio Cervera Barba^b, Helena Herranz Sánchez^b y José Herranz Ruiz^b

^aFormación de postgrado, Curso de Especialista Universitario en Homeopatía
Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, España

^bDepartamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, MEDITRAUVAL, Madrid, España

Recibido el 19 de junio de 2008; aceptado el 9 de agosto de 2008

PALABRA CLAVE

Tendinitis calcificante;
Hombro;
Solanum malacoxylon

Resumen

Objetivos: el objetivo de este estudio es valorar los resultados de un tratamiento homeopático con *Solanum malacoxylon*® en la tendinitis calcificante de hombro.

Material y métodos: se evalúan 61 pacientes con diagnóstico de tendinitis calcificante, con una distribución por sexos de 45 mujeres y 16 varones, y una edad media de 59,05 años. Los pacientes recibieron una pauta de tratamiento homeopático: *Solanum malacoxylon*® cada 12 h, con un promedio de días de tratamiento de 139,52. Se evaluaron clínica y radiológicamente, hasta la resolución de los síntomas o la decisión de realizar otro tratamiento.

Resultados: el 100% de los pacientes presentaba una exploración física con limitaciones en la movilidad del hombro con dolor de intensidad media o aguda. El test de Constant pasó de 90,49 a 97,64 puntos promedio. Radiológicamente la calcificación desapareció en 50 casos (81,96%), disminuyó de grado en 5 (8,20%), no se modificó en 5 (8,20%) y aumentó de tamaño en 1 (1,64%).

© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

Calcifying;
Tendonitis;
Shoulder;
Solanum malacoxylon

Study of the homeopathic treatment of calcifying tendonitis of the shoulder

Abstract

Aims: To evaluate the results of a homeopathic treatment using *Solanum malacoxylon* for calcifying tendonitis of the shoulder.

Material and methods: Sixty-one patients diagnosed with calcifying tendonitis (45 women and 16 men) with a mean age of 59.05 years were assessed. The patients received the following regimen of homeopathic treatment: *Solanum malacoxylon*® every 12 hours for a mean of 139.52 days. The patients were clinically and radiologically assessed until the symptoms cleared or the decision to apply a different treatment was made.

Results: On physical examination, all the patients showed limited shoulder mobility and medium-to-severe pain. Constant test scores increased from a mean of 90.49 to 97.64 points. The results of radiological assessment revealed that the calcification disappeared in 50 patients (81.96%), was reduced in grade in five patients (8.20%), was unchanged in five patients and increased in size in one patient (1.64%).

© 2008 Pulished by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: huesorroto@wanadoo.es (J.L. Rovira Egido).

Introducción

En España, la homeopatía se considera una medicina alternativa, con mecanismo de acción difícil de explicar, así como criterio de diagnóstico y tratamiento muy diferente a la medicina alopática.

El objetivo de este estudio es valorar los resultados de un tratamiento homeopático con *Solanum malacoxylon*® en la tendinitis calcificante de hombro.

Tendinitis calcificante del hombro. Clínica

Sintomatología

La tendinitis calcificante de hombro tiene, fundamentalmente, una clínica dolorosa, con episodios de recrudecimiento nocturno, agravación del dolor en los movimientos, tanto de rotación interna, abducción como de retropulsión.

Exploración

Palpación de puntos dolorosos en la articulación esternoclavicular. Punta de la apófisis coracoidea. Articulación acromioclavicular. Reborde acromial. Troquín. Troquiter. Surco bicipital. Espina de la escápula. Bordes de la escápula, con el ángulo inferior. Axila.

En la movilidad del hombro se explorará tanto la movilidad activa como contra resistencia. Dentro de la múltiple variedad de maniobras, las más estandarizadas son:

- Apley I. Esta maniobra (apley I), junto con la siguiente (apley II), se la denomina también prueba del rascado. Consiste en intentar tocarse la escápula contralateral, en sus ángulos superointerno e inferior.
- Apley II. Esta maniobra, junto a la anterior, es la manera más rápida de hacer el diagnóstico del estado de la movilidad activa del hombro.
- Gerber. Es una maniobra contra resistencia de rotación interna. Se coloca la mano del paciente en la región dorsal y éste intenta separar la mano del dorso contra resistencia, si es dolorosa el músculo afectado es el subescapular. Esta misma maniobra puede realizarse con la mano en cara anterior intentando contra resistencia la aproximación de la mano (rotación interna).
- Impingement. Es una maniobra en la cual el paciente tiene la mano puesta en el hombro contrario y realiza una elevación del codo contra resistencia, si hay un roce en el tendón del músculo supraespinoso, normalmente por compromiso de espacio, es dolorosa.
- Prueba inespecífica del músculo supraespinoso. Se le pide al paciente que realice la abducción de miembro, y si es dolorosa suele indicar, en general, que está afectado el tendón del músculo supraespinoso.
- Prueba de Jobe para el músculo supraespinoso. Si le pedimos al paciente que ponga el brazo en abducción de 90° y la mano en rotación interna, de forma tal que el dedo primero apunte al suelo, si contra resistencia le pedimos que eleve el brazo, si el tendón del músculo supraespinoso está afectado es dolorosa.



Figura 1 Calcificación fragmentada hombro.

Pruebas complementarias

Exploración radiológica

Se realizara en 2 proyecciones fundamentalmente, anteroposterior y axial.

La *tumefacción de los tejidos blandos* es uno de los primeros signos que se pueden observar en una artritis, semejante a un huso periarticular, más frecuentemente en articulaciones de muñecas y manos, y menos frecuente en hombro.

La *calcificación* es de tipo periarticular, suele ser solitaria más frecuentemente que fragmentada (fig. 1), homogénea y sin afectación del cartilago articular, pero cuando se afecta el cartilago articular entonces hay que pensar en una condrocalcinosis, con una afectación poliarticular y bilateral (fig. 2).

El depósito es normalmente tendinoso aunque también se observa en bolsas o cápsula articular.

El tendón que suele verse más afectado es el supraespinoso además de la bolsa subacromial. Aunque lo más corriente



Figura 2 Radiografía de muñeca. Condrocalcinosis.



Figura 3 Infiltración posterior hombro.

es observarlo en una sola articulación y, más en concreto, el hombro, puede aparecer simultáneamente en varias articulaciones al mismo tiempo.

Analítica

Sistemático de sangre además de calcio, fósforo y vitamina D.

Tratamiento

El tratamiento puede ser, médico, quirúrgico, rehabilitador y otros.

Tratamiento médico

Reposo. Evitando los esfuerzos, así como los trabajos repetitivos como puede ser el manejo de un ratón informático. También en la fase aguda cesar la práctica deportiva.

Analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos (AINE), se utilizarán sustituyendo o complementando a los corticoides, los más utilizados son diclofenaco, dexketoprofeno trometamol y paracetamol.



Figura 4 *Solanum malacoxylon*. Dr. Alain Horvilleur.

El tratamiento con AINE tiene una duración de entre 8 y 15 días, con numerosas contraindicaciones, siendo las más importantes ulcus y anticoagulación.

La corticoterapia sistémica por vía oral o intramuscular se utiliza muy excepcionalmente para estos casos.

En infiltraciones locales es muy frecuente con/sin anestésico local (parametasona 40 mg/2ml [Cortidene depot] + mepivacaína al 1 o 2% con/sin vasoconstrictor [Scandinibsa]) (fig. 3).

Las vías de administración suelen ser, vía posterior por debajo de la espina de la escápula. Vía anterior, más problemática al encontrarse en su campo la arteria acromiotorácica y el nervio circunflejo. La vía lateral, con entrada entre acromión y cabeza humeral, no suele revestir dificultad, muy utilizada en las tan frecuentes bursitis subacromial.

Tratamiento quirúrgico

La artrotomía es muy traumática y ha de ser una cirugía excepcional, justificada solamente en procesos de larga duración y siempre y cuando han fracasado otros tratamientos.

La artroscopia es menos traumática que la artrotomía, no obstante presenta más dificultad para la exéresis completa.

Tratamiento rehabilitador

Cinesiterapia, tanto activa como pasiva, electroterapia antiálgica, termoterapia, ultrasonidos, láser, etc. Además, actualmente se están utilizando con resultados esperanzadores las ondas de choque.

Otros

- Fitoterapia. Con *Harpagophytum procubens* TM 50 gotas 3 veces al día;

Polygonum aviculare TM 30 gotas 3 veces al día; *Betula berrucosa* 1 DH 40 a 50 gotas 3 veces al día; *Pinus montana* 1 DH 50 gotas 1 vez al día; *Ribes nigrum* (gemoterapia) 1 DH 50 gotas 1 vez al día; *Vitis vinifera* 1 DH 50 gotas 1 vez al día; *Ampelopsis weitchii* (gemoterapia) 1 DH 50 gotas 3 veces al día.

- Acupuntura. V57, E38, TR12, TR14.

- Homeopatía. calcium fluoratum D6, C200; calcarea carbonica D4, C200; ruta D4, D12; acidum fluoratum D8, D12, LM18, y solanum malacoxylon 9CH.

Materia médica de *Solanum malacoxylon*

Fitología

Arbusto de la familia de las solanáceas. Tiene entre 1 y 1,5 m de altura. Es originario de la Pampa Argentina y del Matto Grosso en Brasil (fig. 4).

Sinonimia: Se la denomina localmente como duraznillo blanco, varilla. Otros nombres son *Solanum glaucophyllum* y *Solanum glaucum*.

La parte utilizada es la parte aérea, siendo las flores las que suelen originar fundamentalmente la intoxicación en el ganado, precisando unas 10 semanas de ingesta.

Principios activos

Un heterósido el colecalciferol (1,25 dihidrocolecalciferol o también 1,25[OH]2D3). También contiene la diosgenina o B citosterol, además de las encimas (colecalciferol 25 hidroxilasa).

Generalidades

Es una planta calcinogénica.

Los primeros estudios se realizan por Françoise Lignière, veterinario francés en 1898 por una epizootia denominada Entenque Seco. Von Collier en 1927 descubre que se produce por el consumo de las flores de la planta *Solanum malacoxylon* por el ganado. En 1967, el Instituto Nacional de Tecnología Agrícola Argentino, confirma los trabajos desconocidos de Von Collier.

La intoxicación que produce esta planta es parecida a la que produce la intoxicación por Vitamina D o en el hiperparatiroidismo, con la sintomatología en los bovinos de anorexia, adelgazamiento, hipercalcemia e hiperfosfatemia, con insuficiencia renal, además de una impotencia funcional, osteolisis, depósitos cálcicos de hidroxapatita, fundamentalmente en músculos y tendones, grandes vasos y riñones.

Indicaciones clínicas

Periartritis calcificante del hombro, más frecuentemente del supraespinoso; artritis calcificante de la articulación coxofemoral, y condrocalcinosis.

Posología

En las calcificaciones, y según la antigüedad del cuadro patológico, se pueden utilizar diluciones bajas 6 DH o medias 9 CH, hasta la disolución de la calcificación. En el caso de la condrocalcinosis la dilución 15 CH mejora el dolor.

En la nefrocalcinosis se debe de estudiar, aunque empíricamente puede sospecharse que será efectivo.

Material y métodos

Material

Entre enero de 2004 y diciembre de 2007 se han atendido 9.680 consultas, con un total de pacientes vistos de 1.638 y un promedio de visitas al año de 5,9 por paciente. Del total de los pacientes se evalúan 61 con dolor en el hombro diagnosticados de tendinitis calcificante.

Total de pacientes tratados 61 (3,7% del total).

El 100% de los pacientes presentaba una exploración física con limitaciones en la movilidad del hombro con dolor de intensidad media o aguda.

Con una distribución por sexos de 45 mujeres y 16 varones.

Métodos

Los pacientes recibieron una pauta de tratamiento homeopático: *Solanum malacoxinom*®. De ellos 9 pacientes recibieron una pauta asociada de AINE durante la primera semana y 14 tratamiento rehabilitador asociado. Se evalua-

ron clínica y radiológicamente, hasta la resolución de los síntomas o la decisión de realizar otro tratamiento.

Escala de Constant y Murley

El máximo de puntuación es de 100 puntos.

Dolor

Máximo 15 puntos. Severo (0), moderado (5), ligero (10), ninguno (15).

Actividades de la vida diaria

Nivel de actividad (10 puntos como máximo). Sin afectación para dormir (2), capacidad para hacer deporte (4), capacidad para realizar el trabajo habitual (4).

Posición (10 puntos como máximo). Hacia la cintura (2), hacia el apéndice xifoides (4), hacia el cuello (6), hacia la región superior de la cabeza (8), por encima de la cabeza (10).

Rango de movilidad

Puntuación máxima 40 puntos.

- Rango de movilidad para la elevación anterior (máximo 10 puntos): 31-60°, 2 puntos; 61-90°, 4 puntos; 91-120°, 6 puntos; 121-150°, 8 puntos; 151-180°, 10 puntos

- Rango de movilidad para la elevación lateral (máximo 10 puntos): 31-60°, 2 puntos; 61-90°, 4 puntos; 91-120°, 6 puntos; 121-150°, 8 puntos; 151-180°, 10 puntos

- Rango de movilidad para la rotación externa (máximo 10 puntos): mano detrás de la cabeza, codo hacia delante, 2 puntos; mano detrás de la cabeza, codo hacia atrás, 2 puntos; mano en la calota craneal, codo hacia delante, 2 puntos; mano en la calota craneal, codo hacia atrás, 2 puntos; elevación completa desde la calota craneal, 2 puntos.

- Rango de movilidad para la rotación interna (máximo 10 puntos): tocar la porción lateral del muslo (con el pulgar de la mano del lado afectado), 0 puntos; tocar la nalga, 2 puntos; tocar la unión lumbosacra, 4 puntos; tocar la cintura (cuerpo vertebral L3), 6 puntos; tocar el cuerpo vertebral de T12, 8 puntos; tocar la región interescapular (cuerpo vertebral de T7), 10 puntos.

Fuerza de abducción

Puntuación máxima 25 puntos. 1 punto/kg.

Resultados (tabla 1)

Total de pacientes tratados 61 (3,7% del total).

- *Distribución por sexos*. Varones 16 (26,22 %), mujeres 45 (73,78%) (fig. 5).

- *Límites de edad*. Inferior 28 años, superior 84 años, promedio de edad 59,05 años (fig. 6).

- *Tiempo de tratamiento*. Mínimo 21 días, máximo 400 días, promedio 108,75 días (fig. 7).

- *Lado de afectación*. Derecho 42, izquierdo, 15, bilateral 4 (fig. 8).

- *Evolución de la calcificación*. Aumento 1 (1,64%), igual 5 (8,20%), disminución del tamaño 5 (8,20%), desaparición 50 (81,96%) (fig. 9).

Tabla 1 Tabla de resultados

Paciente	Sexo	Edad	Lado	Días totales	Calcificación	Constant 1	Constant 2
1	M	62	D	55	0	96	100
2	M	47	D	33	0	95	100
3	M	61	I	69	0	93	100
4	V	50	I	51	0	90	100
5	M	81	I	35	0	90	100
6	M	55	D	50	0	90	100
7	M	55	D	70	<	87	95
8	V	80	D	75	0	80	90
9	M	45	I	300	Igual	93	93
10	M	45	I	155	0	95	95
11	V	51	I	37	0	95	100
12	M	69	I	22	0	95	100
13	V	45	I	76	Igual	90	90
14	M	70	I	176	0	90	100
15	M	84	DI	40	0	93	98
16	V	51	D	30	0	95	100
17	M	51	I	124	0	92	100
18	M	53	D	30	0	95	100
19	M	67	D	310	Igual	90	95
20	V	51	D	126	0	92	98
21	V	32	DI	105	Igual	85	100
22	V	41	D	57	0	90	100
23	M	56	D	331	0	90	96
24	M	67	DI	32	0	95	100
25	M	46	D	62	0	95	100
26	M	63	D	195	Igual	85	90
27	V	58	D	181	0	85	100
28	M	75	D	112	0	88	96
29	M	75	DI	147	0	90	98
30	M	62	D	110	0	90	100
31	M	58	D	139	0	90	100
32	M	61	D	292	0	85	100
33	M	74	D	85	0	90	98
34	M	53	D	284	0	90	96
35	M	67	I	32	0	90	98
36	M	56	D	28	0	95	100
37	M	50	D	70	0	95	100
38	M	57	I	80	>	68	70
39	M	63	D	77	0	88	100
40	M	81	D	76	0	90	100
41	M	73	D	35	0	90	100
42	M	28	D	75	0	95	100
43	V	37	D	35	0	95	100
44	V	52	D	44	0	90	100
45	M	78	D	41	0	90	96
46	M	71	I	21	0	90	96
47	M	71	D	63	0	90	98
48	M	45	D	252	0	90	100
49	V	53	D	53	<	90	98
50	V	51	D	195	<	90	95
51	V	49	D	400	<	95	100
52	M	51	D	39	0	95	100
53	M	57	D	30	0	95	100
54	M	69	D	112	0	80	90
55	M	63	I	32	0	90	98
56	V	50	I	79	0	90	100
57	M	68	D	76	0	90	96
58	M	75	D	92	0	90	100
59	V	58	D	210	0	90	98
60	M	72	D	191	0	90	100
61	M	63	D	200	<	95	95
Varones 16		Total 3.602	D 42	Total 6.634	Aumento 1	Total 5.520	Total 5.956
Mujeres 45		Promedio 59,05	I 15	Promedio 108,75	Igual 5	Promedio 90,49	Promedio 93,64
		Desaparición 50	Bi 4		Disminución 5		

Bi: bilateral; D: derecho; I: izquierdo; M: mujer; V: varón

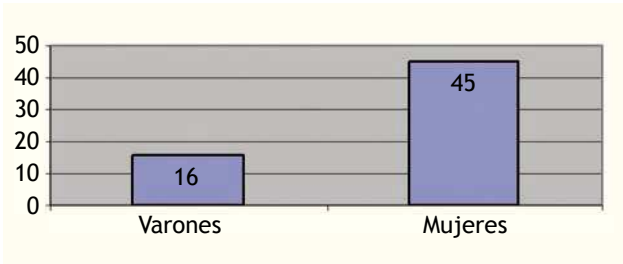


Figura 5 Distribución por sexos.

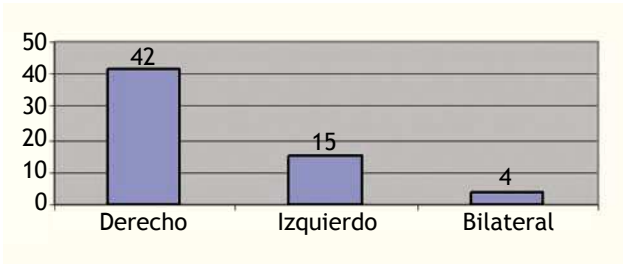


Figura 8 Lado de afectación.

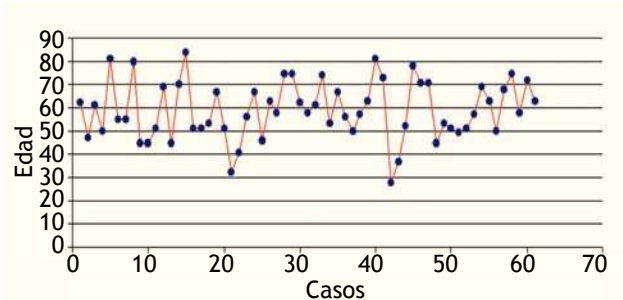


Figura 6 Límites de edad.

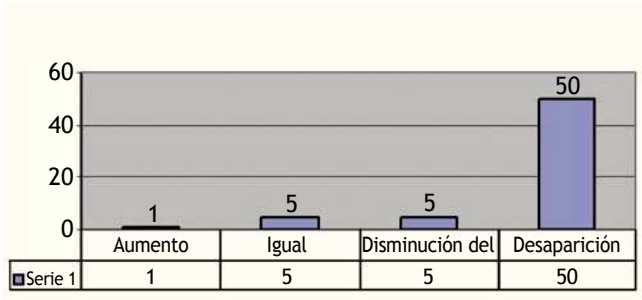


Figura 9 Evolución de la calcificación.

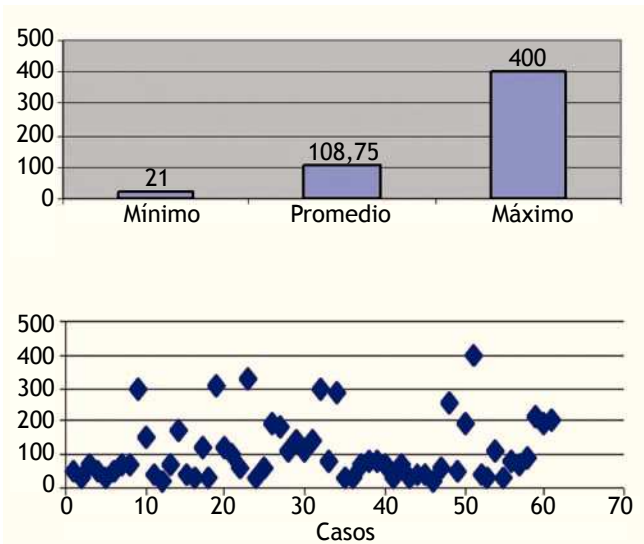


Figura 7 Tiempo de tratamiento.

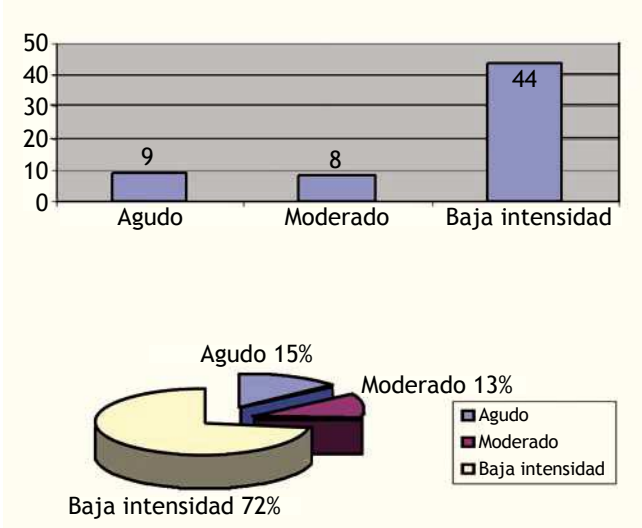


Figura 10 Exploración inicial.

- *Exploración inicial.* Dolor agudo 9, dolor moderado 8, dolor de baja intensidad 44 (fig. 10).
- *Exploración al alta o cambio de estrategia.* Peor 0, igual 4, mejoría parcial 22, mejoría. Total 35 (fig. 11).
- *Test de Constant.* Inicial 90,49, final 97,64, valor mínimo 68 inicial, valor máximo 100 final (fig. 12).

Perfil del paciente tipo

Mujer de más de 40 años, con afectación del lado derecho, que presenta una alteración más frecuente en el tendón supraespinoso.

Ha realizado un tratamiento previo antes de iniciar tratamiento homeopático que no le ha mejorado o la medicación le ha producido las tan frecuentes intolerancias digestivas.

Discusión y conclusiones

Las tendinitis calcificantes del hombro son más frecuentes en mujeres con un promedio de edad de 59,05 años. Puede afectar a cualquier tendón del manguito de los rotadores, siendo el tendón del músculo supraespinoso quien acumula el mayor número de casos.

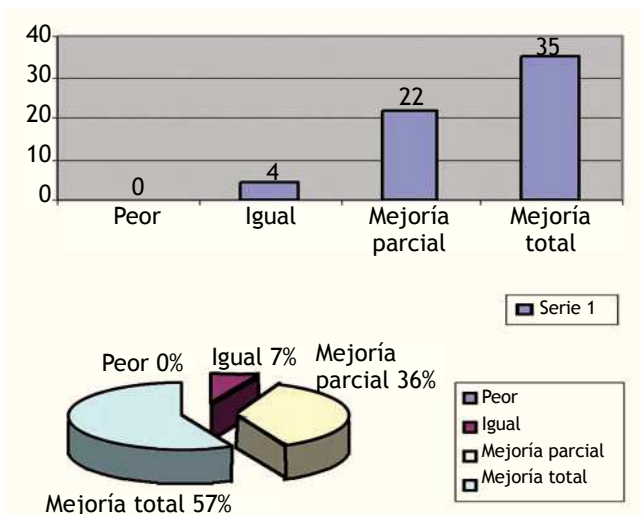


Figura 11 Exploración al alta o cambio de estrategia.



Figura 13 16-1-2004.

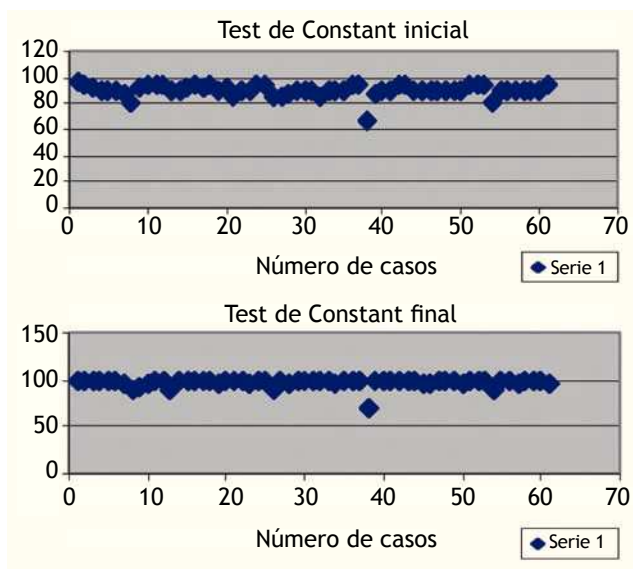


Figura 12 Test de Constant.

La evolución natural de algunas calcificaciones es a la disolución espontánea. No obstante, el resto actúa como irritante mecánico o químico, por lo que su disolución en fases previas a la inflamación sirve como medicina preventiva.

Los tratamientos convencionales son infiltraciones, analgesia, rehabilitación, aspiración, escisión quirúrgica y, recientemente, fragmentación mediante ondas de choque. La homeopatía tiene un papel importante en el tratamiento de las tendinitis calcificadas del hombro (caso que nos ocupa). Sus resultados son comparables a los de cualquiera de las terapias convencionales, pero con una morbilidad o iatrogenia nula.

No obstante, recomendamos más estudios para conocer el alcance real de este tratamiento.

Casos clínicos (figs. 13-21)



Figura 14 11-11-2004.

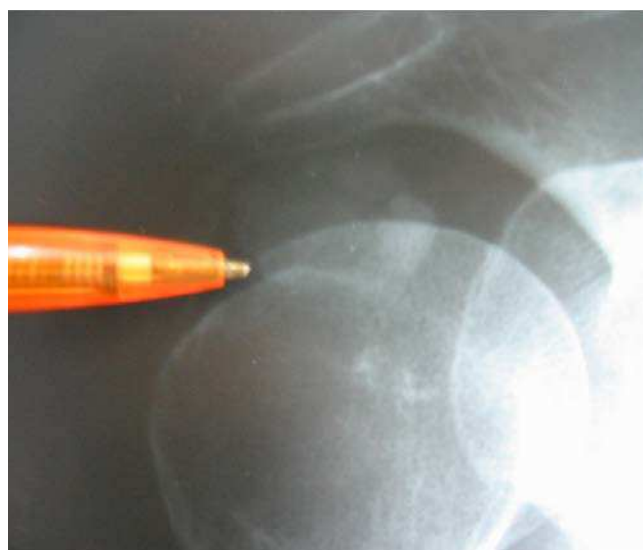


Figura 15 3-6-2004.



Figura 16 14-2-2005.



Figura 19 24-11-2004.



Figura 17 12-9-2007.



Figura 20 16-1-2005.



Figura 18 31-12-2007.



Figura 21 27-3-2006, sin calcificación 1 año después.

Bibliografía recomendada

Benyamine G. De "l'enteque seco" à la périarthrite calcifiante de l'épaule en passant par "malacoxylon solanum". Les Annales Homeopathiques Françaises. 1981;1 :7-10.

Brancós Cunil MA, et al. Técnicas de exploración y diagnóstico en reumatología. ISBN 84-345-2996-3

Demarque D, et al. Farmacología y materia médica homeopática. ISBN 84-923384-0-7.

Faure G, Dalcusi G. Calcified tendinitis: a review. Ann Rheum Dis. 1983;42:S49.

Herrera A, et al. El Hombro. Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor ISBN 84-458-0573-8.

Oliva C. Contribution à l'étude de *Solanum malacoxylum* Sendt (Solanacées). Thèse. Lyon 1 : Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques ; 1990.

Skliar MI, Boland RL. Osteolytic activity and reversal of nephrectomy-induced hypocalcemia by a fraction other than 1,25(OH)₂-vitamin D₃ from *Solanum malacoxylum* incubated with ruminal fluid. Horm Metab Res. 1994;26:424-7.

Suardi ML, Bernasconi S, Pelizzoni F, Racchi ML. In vitro cultures of *Solanum malacoxylum* Sendt.: nutritional requirements and sterol production. Plant Cell Tissue Organ Cult. 1994;36:9-14.

Welfling J. La maladie des calcifications tendineuses multiples. Concours Médical. 1979;101:3285-95.

Woodard JC, Berra G, Ruksan B, Carrillo B, Erdos G. Toxic effects of *solanum malacoxylum* on sheep bone. 1993;14:787-97.