

Patología dolorosa del hombro en Atención Primaria

P.J. Rodríguez Fernández, L. Castro Chofles, P. Serrano Lázaro, J.A. Serrano Trenas, U. López Garrido, E.I. García Criado^a y P. Carpintero Benítez

Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario "Reina Sofía". Córdoba. Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

^aMédico de Familia. Centro de Salud del Carpio (Córdoba). Profesor colaborador del Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

La aparición de dolor en la región anatómica del hombro puede ser debida a diferentes causas, que pueden ser intrínsecas a la articulación escapulohumeral o a sus estructuras periarticulares, y que se conoce como "periartrosis escapulohumeral". Otras etiologías de dolor localizado en el hombro son extrínsecas, ya que la causa que provoca el dolor se encuentra a distancia del hombro, y hablamos entonces de dolor "referido", y que habitualmente es debido a procesos viscerales en los que el dolor se irradia a distancia, y se refiere en el hombro.

El conocimiento de estos procesos, tanto intrínsecos como extrínsecos son fundamentales para realizar un diagnóstico diferencial, e instaurar el tratamiento adecuado y/o derivar al paciente.

Palabras claves: hombro, periartrosis escapulohumeral, dolor referido, diagnóstico, tratamiento.

The appearance of pain in the anatomical region of the shoulder may be due to different causes, that may be intrinsic to the scapular-humeral articulation or its periarticular structures, and that is known as "scapular-humeral periartrosis." Other etiologies of pain located in the shoulder are extrinsic, since the cause that provokes the pain is found distant from the shoulder, and then we speak of "referred" pain which is usually due to visceral conditions in which the pain irradiates at a distant, and is referred to the shoulder.

Knowledge of these diseases, both intrinsic as well as extrinsic, is essential to perform a differential diagnosis and to establish adequate treatment and/or refer the patient.

Key words: shoulder, scapular-humeral periartrosis, referred pain, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

El hombro es una zona anatómica de las consideradas como de transición, de ahí la etiología tan variable en lo que a sus manifestaciones clínicas respecta. Es por ello que antes de filiar un hombro doloroso como un problema que forme parte de un proceso puramente local, se hace necesario descartar la presencia de otras causas participantes de dolor en esta zona como agente etiológico.

El conocimiento de los procesos patológicos del hombro con carácter exclusivamente local se inicio en 1872 por Duplay, el cual realizó la necropsia de un enfermo que había presentado dolor y rigidez en el hombro varios años antes de fallecer, encontrando una bursitis subacromial. Este proceso fue denominado "periartrosis escapulohumeral".

Así pues, definiremos con el nombre de hombro doloroso o periartrosis escapulohumeral al conjunto de lesiones anatomopatológicas que afectan a las estructuras periarticulares del hombro.

CLASIFICACIÓN

Clásicamente la clasificación del hombro doloroso se ha hecho en función de la localización del estímulo que lo provoca, ateniéndonos a este criterio consideramos tres tipos principales de dolor: local, referido e irradiado.

Local

Lo componen los distintos procesos patológicos que involucran a estructuras propias del hombro, habitualmente la causa productora se encuentra entre las siguientes: calcificaciones, rotura del manguito de los rotadores, patología del tendón largo del bíceps, hombro congelado. Es en este apartado en el que más incidiremos a continuación,

Correspondencia: P. Carpintero Benítez.

C/ Mejorana, 45.

14012 Córdoba.

Correo electrónico: pcarpintero@medynet.com

El hombro es una zona anatómica de las consideradas como de transición, de ahí la etiología tan variable en lo que a sus manifestaciones clínicas se refiere.

pues producen los cuadros de hombro doloroso propiamente dicho.

La sintomatología es fundamentalmente localizada, aunque puede también irradiarse y referirse.

Irradiado

Este es un dolor que no se origina en la región del hombro pero puede referirse desde localizaciones próximas, dentro de este tipo de dolor nos encontramos con dos posibilidades en cuanto a su producción.

Nervioso

Lo componen aquellos procesos que, no formando parte de la articulación del hombro producen estímulos dolorosos en el miembro superior que aprovechan y siguen el trayecto de las fibras aferentes que transmiten la sensibilidad de la zona en la que se puede originar el dolor.

Este tipo de dolor que responde a esta etiología se caracteriza por ser sordo, continuo, mal definido por el enfermo son frecuentes las parestesias, también suelen presentar hipertonía muscular.

Vascular

Está producido por alteraciones del sistema vascular periférico en la extremidad superior, es de similar distribución al anterior pero con distinta forma de presentación en cuanto a la clínica se refiere.

El patrón del dolor es diferente, siendo en este caso más distal, más difuso y característicamente presenta sensación de frialdad o de repleción vascular.

Referido

Lo constituye la presencia de dolores de origen visceral los cuales de forma típica afectarán a un hombro u otro según la causa, podemos así encontrar procesos que afectan al hombro ipsilateral como son el infarto de miocardio y los cuadros de irritación diafragmática, y otros como los problemas relacionados con la vesícula biliar que se pueden manifestar como dolor del hombro derecho.

Recuerdo anatómico

El complejo articular del hombro está formado por tres articulaciones: glenohumeral, articulación acromioclavicular y articulación esternoclavicular (fig. 1).

Aunque no son estrictamente estructuras articulares como tales debemos hacer mención a la articulación escapulotorácica y a la articulación subacromial, en esta última, la cabeza humeral consigue deslizarse durante la abducción colocándose por debajo del acromion y de los liga-

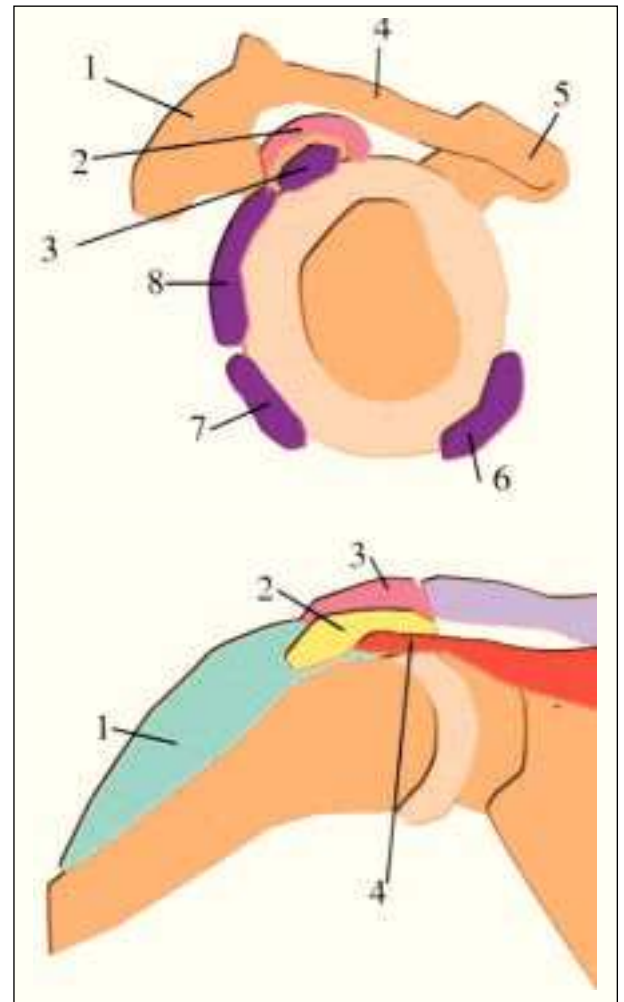


Figura 1. Anatomía de la articulación del hombro.

Arriba: vista coronal de la articulación de hombro. 1) Acromion. 2) Bolsa subacromial. 3) Tendón del músculo supraespinoso. 4) Ligamento coracoacromial. 5) Coracoides. 6) Músculo subescapular. 7) Músculo redondo menor. 8) Músculo Infraescapular.

Abajo: vista sagital de la articulación del hombro.

Modificada de Martín Araguz A. Cervicobraquialgia y hombro doloroso. Ciclum Farma (Monografía) Madrid 2002.

mentos acromiotoracoides gracias a la participación de la bolsa serosa subacromial.

La anatomía ósea del hombro difiere de la de otras articulaciones en que no proporciona por sí misma la suficiente estabilidad a la articulación escapulohumeral, por ello se hacen necesarias otras estructuras que tomen el papel de estabilizadores, así la cavidad glenoidea no se comporta desde el punto de vista de la función de continente como en el caso de la articulación de la cadera, en la que el cotilo es por su disposición de tres cuartas partes de esfera, un elemento de contención y es gracias al labrum o rodete glenoideo por lo que aumenta su superficie de contacto hasta un 75%.

Además de lo anteriormente expuesto, la cápsula articular de esta articulación es también delgada y laxa, por lo que no es una estabilizadora *per se*, por ello en la zona an-

Definiremos con el nombre de hombro dolorosos o periartritis escapulohumeral al conjunto de las lesiones anatomopatológicas que afectan a las estructuras periarticulares del hombro.

terior de la cápsula encontramos tres ligamentos que actúan reforzando y estabilizando el brazo.

De estos tres ligamentos el ligamento glenohumeral inferior es el principal estabilizador estático de la articulación del hombro.

PAPEL DE LA MUSCULATURA DEL HOMBRO COMO ESTABILIZADORA DINÁMICA

Los estabilizadores dinámicos de la articulación del hombro lo componen los diferentes músculos, tanto extrínsecos como intrínsecos que se disponen de forma periarticular conformando el llamado manguito de los rotadores, compuesto por los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor, los cuales contribuyen a aproximar la cabeza humeral a la cavidad glenoidea durante la abducción.

El tendón largo del bíceps es un elemento intraarticular, discurre por la corredera bicipital, que es un espacio crítico debido a su estrechez.

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DEL HOMBRO DOLOROSO

Los tendones que se encuentran rodeando la articulación del hombro son estructuras que realizan su función al deslizarse por correderas óseas muy estrechas, por ello se encuentran rodeados por bolsas serosas y vainas tendinosas que tienen como función facilitar su deslizamiento.

Debido a la continua actividad de esta articulación se favorece el desarrollo de microtraumatismos que contribuyen al desgaste y la degeneración articular debido al conflicto que se produce en la bóveda acromiocracordea.

Este roce repetido afecta fundamentalmente al manguito de los rotadores y al tendón largo del bíceps, produciendo fenómenos inicialmente de edema y hemorragia que evolucionan formando áreas de tejido cicatricial, las cuales llevan a la formación de inflamaciones asépticas de los tendones en forma de tendinitis y fibrosis, para terminar dando una necrosis celular focal de estas fibras que condicionan la ruptura de las estructuras tendinosas, así como otro tipo de lesiones que podemos agrupar en tendinitis calcificadas y roturas tendinosas.

– Tendinitis calcificadas. En los casos en los que en estas zonas de necrosis se depositen sales de calcio aparecen las tendinitis calcificadas. Las más frecuentes son las del supraespinoso.

Aunque la aparición de la calcificación confiere cierto efecto protector frente a la rotura tendinosa, son lesiones que producen mayor dolor (fig. 2).



Figura 2. Radiografía arteroposterior de hombro derecho, calcificación redondeada en la porción superoexterna de la cabeza humeral en la inserción del tendón del supraespinoso.

– Roturas tendinosas. Debido al roce reiterado se produce una pérdida de sustancia en el tendón, el cual sufre mayor rozamiento en los movimientos de abducción, con lo que a la larga puede resultar roto.

Etiología de los cuadros de hombro doloroso

Las formas de hombro doloroso son, en general, más frecuentes en varones dada la mayor actividad física, suelen aparecer en el rango de edad entre los 30-50 años a partir del desarrollo de los fenómenos degenerativos articulares.

Se observa una mayor frecuencia en el lado derecho en una proporción de 3 a 1.

FORMAS CLÍNICAS HABITUALES

La tabla 1 muestra las diferentes formas de presentación del hombro doloroso.

Dentro de estas presentaciones, los cuadros más frecuentes son:

Patología en relación con el músculo supraespinoso

Tradicionalmente la clasificación del hombro doloroso se ha hecho en función de la localización del estímulo que lo provoca, ateniéndonos a este criterio consideramos tres tipos principales de dolor, local referido o irradiado.

Los estabilizadores dinámicos de la articulación del hombro lo componen los diferentes músculos, tanto extrínsecos como intrínsecos que se disponen de forma periarticular, conformando el llamado manguito de los rotadores.

Las formas de hombro doloroso son, en general, más frecuentes en varones dada la actividad física, suelen aparecer en el rango de edad entre los 30-50 años a partir del desarrollo de los fenómenos degenerativos articulares.

Tendinitis del músculo supraespinoso

Es la lesión más habitual. Este músculo presenta un tope óseo que hace las funciones de techo. Entre éste músculo y el tendón discurre la bolsa subacromiodeltoidea que se comporta como almohadilla amortiguando los roces del tendón cuando el brazo pasa a ocupar una posición entre los 60 y 120 grados de abducción.

Debido al exceso de carga que puede sufrir esta estructura se producen tendinitis con o sin bursitis.

Este proceso pasa por tres estadios.

1. Agudo. Anatomopatológicamente encontramos lesiones hemorrágicas y edema en el tendón. Aparece en edades próximas a los 25 años. Tiene buen pronóstico y suele ser reversible.

Clínicamente se manifiesta con dolor intenso irradiado al cuello y a lo largo del brazo, que se hace más intenso en la abducción entre los 60 y 120 grados por lo anteriormente expuesto.

2. Crónico. Aparece entre los 20 y 40 años. Clínicamente se manifiesta de forma insidiosa, sin producir una limitación funcional tan brusca, aunque es más intensa.

3. Roturas tendinosas. Pueden aparecer como estadio final de este cuadro clínico, provocadas bien tras traumatismos de mayor o menor entidad o bien espontáneamente. Aparece dolor en el muñón del hombro muy invalidante e incluso puede producir zonas de hiperestesia cutánea.

Formas calcificadas

Es una enfermedad de etiología desconocida que afecta a los rotadores cortos de la articulación glenohumeral.

Se producen por el depósito de sales de calcio (fosfato cálcico generalmente), en la llamada zona crítica del tendón del supraespinoso, cerca de su inserción en el troquíter. Estas formaciones producen una reacción inflamatoria tanto en el tendón como en la bolsa serosa. Hay cuatro for-

mas de presentación en cuanto a la evolución clínica se refiere (tabla 2).

Roturas de la vaina musculotendinosa

Se producen como consecuencia de traumatismos sobre un tendón previamente alterado, con lo que estas fibras debilitadas se desgarran ante mínimos esfuerzos.

Los cuadros clínicos producidos por rupturas incompletas cursan con dolor a la abducción, que aumenta al intentar realizarlo contra resistencia.

En el caso de las rupturas completas, clínicamente se presentan con la aparición brusca de un chasquido al realizar movimientos de abducción. En estos casos el paciente presenta menos dolor, pero la impotencia funcional es la norma. Estos enfermos realizan pasivamente la abducción hasta llegar a los 90 grados, punto desde el cual la musculatura deltoidea comienza a suplir la función de la musculatura ausente.

Enfermedades del tendón largo del bíceps

Tenosinovitis

Se produce por el roce del tendón en su trayecto a lo largo de la corredera bicipital. Al colocar el brazo en abducción y rotación externa se produce un mecanismo de fricción con la vaina tendinosa provocando la aparición del proceso inflamatorio. También puede producirse como consecuencia de fracturas de la cabeza humeral, pues en el proceso de consolidación quedan relieves óseos anormales.

Esta entidad es más frecuente en el varón y predomina en el lado derecho.

El dolor se localiza fundamentalmente en la cara anteroexterna del hombro, apareciendo con tal intensidad en

Tabla 1. Diferentes formas de presentación del hombro doloroso

Patología en relación con el músculo supraespinoso
Tendinitis del supraespinoso
Tendinitis del supraespinoso con calcificación
Rupturas tanto completas como incompletas del tendón del músculo supraespinoso
Enfermedades del tendón largo del bíceps: tenosinovitis, luxación o ruptura
Bursitis subdeltoidea
Periartritis escapulohumeral
Síndrome escapulocostal

Tabla 2. Formas de presentación de las tendinitis calcificantes del hombro

- Forma asintomática: la calcificación aparece como un hallazgo casual en radiografías hechas por otros motivos
- Forma aguda: el paciente presenta un episodio de dolor brusco e intenso que llega hasta los dedos y mantiene al brazo inmovilizado y pegado al cuerpo, cuando se intenta producir la movilización se origina un dolor lancinante, por regla general estos síntomas ceden al producirse la rotura de la bolsa
- Forma subaguda: es muy parecida a las formas no calcificadas, pero favorece una mayor y más veloz atrofia del hombro
- Formas crónicas: los pacientes que llegan a esta fase presentan poco dolor, siendo el hecho más característico la presentación de episodios de bloqueo en la abducción del brazo al llegar a los 60°.

Habitualmente el tratamiento del hombro doloroso sigue varias fases.

el paciente que le impide apoyarse sobre el brazo cuando va a acostarse.

A la exploración clínica se detecta una palpación dolorosa en la zona que corresponde a la corredera bicipital.

En la evolución de la enfermedad el paciente puede llegar a bloquear voluntariamente la movilidad del hombro.

Roturas del tendón de la porción larga del bíceps

Las roturas debidas a traumatismos directos son muy raras. Generalmente se producen al coexistir microtraumatismos sobre un tendón previamente degenerado, siendo el sitio más habitual de ruptura la unión de la porción tendinosa con el músculo a la altura de la corredera bicipital.

Estas rupturas pueden ser parciales o completas, suelen aparecer en mayores de 40 años. Generalmente se producen al intentar levantar un objeto pesado al mantener el brazo en rotación interna.

Cuando se produce la rotura el paciente nota un chasquido muy doloroso que se irradia por el brazo, apareciendo una zona equimótica en la región deltoidea.

En el caso de tratarse de una rotura completa aparece una tumoración blanda y redondeada cerca del codo muy característica (fig. 3), sin apenas repercusión funcional, por lo que no está indicado realizar reparación quirúrgica alguna.

Bursitis subacromiodeltoidea

Consiste en la inflamación de la bolsa que está dispuesta en la zona inferior del acromion.

De forma aislada esta entidad es poco frecuente, y suele presentarse asociada a otras patologías, propias del manguito de los rotadores. Cuando dicha lesión aparece es



Figura 3. Imagen clínica de rotura del tendón largo del bíceps braquial izquierdo. Desplazamiento distal de la masa muscular.

debida a un proceso inflamatorio reactivo que en general acompaña a cualquiera de los cuadros clínicos que constituyen un hombro doloroso, por lo que no debemos afrontar esta entidad clínica como un proceso aislado como tal.

Así pues su tratamiento debe ser planteado como parte de la causa primaria que lo produce.

Periartritis escapulohumeral

Es un cuadro clínico caracterizado por la inflamación de las estructuras periarticulares del hombro y que puede ser debido a múltiples causas.

Podemos distinguir dos formas clínicas, una de ellas primaria, la cual es más frecuente en mujeres entre 40 y 60 años, y parece ser una manifestación inicial de procesos reumatológicos de base.

La segunda forma de presentación aparece como consecuencia de la evolución natural de la mayoría de los procesos que afectan a las partes blandas del hombro, los cuales producen de manera insidiosa un cuadro de fibrosis periarticular que llegan incluso a conseguir el bloqueo de la articulación en caso de no realizarse un correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

Síndrome escapulocostal

A esta entidad también se le denomina “enfermedad de las mecanógrafas”, y consiste en episodios de dolor de comienzo insidioso irradiados a la región occipital cerca de la tercera y cuarta vértebra cervical o hacia el miembro superior, inclusive hasta la mano.

Su aparición suele ser consecuencia de la escasa preparación física que en algunas posiciones condiciona un descenso del hombro debido al peso del miembro. Esto produce una rotación de la escápula con una contractura compensatoria dolorosa de los músculos trapecio y angular del omóplato para intentar corregir esta situación considerada propioceptivamente como anormal.

Diagnóstico de los cuadros de hombro doloroso

Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre las entidades clínicas que pueden provocar dolor en el hombro (tabla 3).

Vamos a tratar de forma genérica los pasos a dar para llegar al diagnóstico de un cuadro de hombro doloroso entendido como un proceso local.

Anamnesis

Con ella intentaremos filiar el tipo de dolor, su ritmo de aparición, las causas que lo provocaron, así como investigar las posibles enfermedades reumatológicas que puedan tener como base el desarrollo de estos cuadros.

Como consideraciones específicas sobre la analgesia en el hombro doloroso debemos tener en cuenta que la infiltración de glucocorticoides constituye la base del tratamiento en la mayoría de los casos.

Tabla 3. Principales datos para el diagnóstico diferencial entre las enfermedades más frecuentes del hombro

	Edad	Tipo de dolor	Limitación movilidad activa	Limitación movilidad pasiva	Datos de laboratorio	Datos radiológicos	Otros datos
Capsulitis retráctil	> 40 años	Crónico	Sí	Sí	Normales	Normales	Remisión casi total antes de 2 años
Tendinitis calciforme	> 30 años	Agudo o crónico	Sí	Sí o no	Normales	Calcificación	
Degeneración tendones rotadores	> 45 años	Crónico	Arco doloroso	Ligera	Normales	Normales	
Rotura manguito rotadores	> 40 años	Brusca	Sí	No	Normales	Normales	
Tendinitis bicipital	> 40 años	Crónico	No	No	Normales	Normales	Dolor sobre corredera
Deterioro acromioclavicular	Adultos y ancianos	Crónico	A partir de 90°	Sí o no	Normales	Normales o artrosis	Yergason positivo
Artrosis	> 40 años	Crónico	Ligera	Ligera	Normales	Artrosis	Dolor a la presión local
Artrosis tuberculosa	—	Crónico	Sí	Sí	Signos de actividad	Porosis Erosiones Destrucción	Afectación general Fiebre
Artritis piógena	—	Agudo	Sí	Sí	Signos de actividad	Porosis Erosiones Destrucción Esclerosis	
Monoartritis reumática	—	Agudo o crónico	Sí	Sí	Signos de actividad	No o signos de artritis	En poco tiempo se generaliza
Polimialgia reumática	> 50 años	Crónica	Sí	Sí	VSG muy elevada	Normales	Gran afección general
Tumores del extremo superior del húmero	Preferentemente niños y jóvenes	Variable	Sí o no	Sí o no	Variable	Signos característicos	Comprobación por biopsia

Tomada de Roig Escofet D. Reumatología en la consulta diaria. 2ª ed. Publicaciones Médicas Barcelona 1997:205-18.
VSG: velocidad de sedimentación globular.

Exploración física

Inspección. Nos permitirá valorar el estado del hombro desde un punto de vista tanto estático como dinámico, orientando nuestra exploración, también deben ser inspeccionadas la presencia de deformidades incluyendo el brazo en su conjunto y no sólo el hombro, atrofas musculares, asimetrías, o lesiones cutáneas (lesión de herpes).

Palpación. Nos ayuda a localizar el proceso doloroso, identificando la molestia en la zona de las correderas anatómicas, a nivel subescapular o en cualquier otra localización (clavícula, acromion y zona posterior del hombro).

Exploración del balance articular tanto activa como pasivamente: con ello valoraremos los arcos articulares que puedan encontrarse limitados. A tener en cuenta las articulaciones acromioclavicular y esternoclavicular (tabla 4).

Signos y maniobras exploratorias

Exploraciones complementarias

Radiografía simple

Habitualmente las proyecciones solicitadas serán la radiografía anteroposterior de hombro y la transtorácica. Valoraremos con ellas el estado del espacio subacromial, de las articulaciones acromioclavicular y glenohumeral, y apreciaremos la presencia si las hubiere de calcificaciones o cuerpos intraarticulares (fig. 4).

Aortrografía

Aunque muy utilizada en otros tiempos, actualmente se ha visto sustituida por otras técnicas menos invasivas.

Ecografía

Es esta una técnica diagnóstica muy útil para explorar el hombro. Sus grandes ventajas son la economía, lo inocuo que es para el enfermo, la gran utilidad para el diagnóstico de lesiones de partes blandas, tales como rupturas tendinosas, y la información sobre la posible disminución de los espacios articulares, con lo que podemos valorar el comportamiento del hombro en su conjunto.

Tabla 4. Signos y maniobras exploratorias más frecuentes en hombro doloroso

Signo de hombro caído
Ruptura masiva de manguito
Maniobra de Yergason (supinación del codo resistencia, con el antebrazo junto al tronco y codo en flexión de 90°)
Dolor a la palpación del tendón a nivel de la corredera bicipital (la palpación debe ser siempre comparada con el lado contralateral)
Tendinitis del bicipital
Dolor en la movilidad activa y pasiva en la abducción contra resistencia entre 70° y 120° (arco doloroso)
Tendinitis del supraespinoso
Signo de roce
Síndrome subacromial "impingement syndrome"
Signo de aprehensión (cuando se separa el brazo por encima del hombro y se rota externamente, el paciente se resiste al movimiento)
Inestabilidad articular

La inmovilización temporal en las fases agudas puede ser necesaria, pero siempre que sea posible se deben realizar movilizaciones evitando los movimientos que sean dolorosos.



Figura 4. Radiografía arteroposterior de hombro izquierdo. Pinzamiento articular y destrucción de la cabeza humeral, con esclerosis de la glenoides perteneciente a un paciente con artritis reumatoidea.

Tomografía axial computarizada

Habitualmente se reserva para aclarar sospechas diagnósticas que afectan a las estructuras óseas de la articulación del hombro (fig. 5).

Resonancia magnética nuclear

Actualmente es la principal prueba diagnóstica de la que disponemos para el estudio de la patología del hombro, pues a su capacidad resolutoria se añade lo inocua que resulta para el enfermo.

Artroscopia de hombro

Se utiliza tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de algunas afecciones. No obstante, no está al alcance de todos los niveles asistenciales, al igual que ocurre con la resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC) en Atención Primaria.

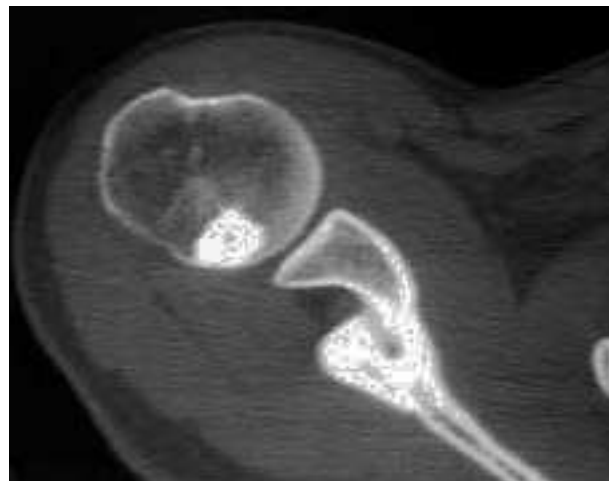


Figura 5. Tomografía axial computarizada (TAC) de hombro izquierdo, condensación de la porción posterior de la cabeza humeral. Enostosis o "islote óseo".

Tratamiento del hombro doloroso

Habitualmente el tratamiento del hombro doloroso sigue varias fases.

Como consideraciones específicas sobre la analgesia en el hombro doloroso debemos tener en cuenta que la infiltración local de glucocorticoides constituye la base del tratamiento en la mayoría de los casos, si bien hoy día se abusa de esta terapia (fig. 6).

Habría que plantearse en primer lugar que esta patología es presumiblemente benigna y puede remitir de modo espontáneo, aunque tampoco se ha demostrado que la movilización precoz acelere la mejoría ni que evite secuelas. De hecho, en el caso específico de hombro doloroso por tendinitis de los rotadores, la fisioterapia se aconseja como fracaso de su tratamiento específico, esto es, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y relajantes musculares, aunque falta la demostración de su eficacia.

Podemos utilizar también algunos AINE tópicos con diferente poder de penetración. Hoy día hay metaanálisis realizados como el de Moore et al, o la revisión en Medline de Puerro et al que no dejan muy claro la bondad de los AINE tópicos. Lo que queda claro es que sigue siendo de primera elección como tratamiento del dolor el paracetamol y el ibuprofeno y quedarían como tratamiento del dolor articular de partes blandas los AINE tópicos. Que su concentración en líquido sinovial es baja y más del 85%, se alcanza por vía sistémica (por lo que tiene todos los efectos secundarios que pueden tener los AINE por dicha vía). Que la capsaina no es recomendable (coste-beneficio) para el dolor articular y que con los datos actuales no es posible establecer diferencias entre los AINE tópicos que existen en el mercado.

Rehabilitación: la inmovilización temporal en las fases agudas puede ser necesaria, pero siempre que sea posible se deben realizar movilizaciones evitando los movimientos que sean dolorosos.

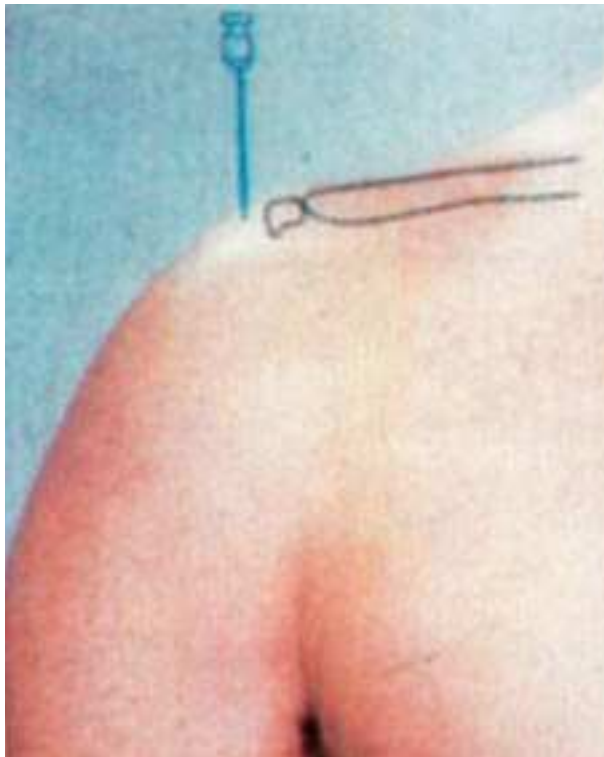


Figura 6. Técnica de infiltración del hombro doloroso.

Es muy recomendable la realización de ejercicios según tablas de la manera más temprana posible, para así conseguir mantener los arcos articulares lo más amplios posibles.

Tratamiento quirúrgico

Tiene una indicación individualizada.

Tendinitis simple y calcificante

Sólo se indica la cirugía en los casos rebeldes al tratamiento conservador, habitualmente son técnicas encaminadas a ensanchar las zonas de roce más involucradas y a extirpar calcificaciones cuando sea preciso.

Rotura del manguito

La sutura directa es complicada debido a las posibles pérdidas de sustancia y a la mala calidad de los tejidos afectados. Las técnicas más habituales buscan restauraciones anatómicas mediante acromioplastias, ya sean abiertas o artroscópicas.

Rotura del tendón del bíceps

Los casos de rotura completa sólo serán subsidiarios de tratamiento quirúrgico en aquellos casos que se traten de pacientes jóvenes y muy activos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología. 1.^a ed. Barcelona. Ed Masson SA. 2003.
- Balibrea Cantero JL. Traumatología y cirugía ortopédica. 2.^a ed. Madrid. Ed Marban 1999.
- De Palma. Cirugía del hombro. 3.^a ed. Buenos Aires. Ed Panamericana. 1991.
- Duran Sacristán H. Tratado de Patología y Clínica quirúrgicas. 2.^a ed. Madrid. Ed Mc Graw-Hill 1996.
- El Manual Merck. 100 ed. Madrid: Ed Harcourt, 1999.
- López de la Iglesia J, García Andrés LE, Medina Martos M. Fisioterapia del hombro doloroso FMC. 2001; Vol 8 (5):266-80.
- López-Durán Stern. Traumatología y Ortopedia. 2.^a ed. Madrid. Ed Luzán 5. 1995.
- Madridejos Mora R. AINES tópicos. FMC 1999; Vol 6 (7):468-72.
- Martín Araguz A. Cervicobraquialgia y hombro doloroso. Ciclum Farma (Monografía) Madrid 2002.
- McRae R. Exploración clínica ortopédica 3.^a ed. Madrid: Churchill Livingstone, 1993.
- Moore RA, Tramer MR, Carrol D, Wiflen PA, McQuay HJ. Quantitative systematic review of topically applied non-steroided antinflammatory drugs Br Med J. 1998;316:333-8.
- Paulino J. Atlas radiológico de enfermedades reumáticas en Atención Primaria 1.^a ed. Madrid. Ed International marketing and communications, 1997.
- Puerro M, Jover JV, Vargas E. Antiinflamatorios tópicos Inf Ter Sist Nac Salud. 1997;21:145-52.
- Roig Escofet D. Reumatología en la consulta diaria 2.^a ed- ESPAXS Publicaciones Médicas Barcelona 1997;:205-18.
- Sociedad Española de reumatología. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 3.^a ed. Madrid: Editorial Panamericana, 2000.