

SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO, ENFRENTAMIENTO CLÍNICO PARTE 1

Autor: Dra. Nicole D'Aguzan A. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 18 de noviembre de 2018

Resumen de portada

El Síndrome de Hombro Doloroso es una patología frecuente en Atención Primaria. Para discutir su enfrentamiento clínico, dividiremos el artículo en dos partes. En esta primera parte, hablaremos acerca de la anatomía del hombro y los principales diagnósticos diferenciales para hombro doloroso no asociado a trauma. La próxima semana abordaremos el examen físico y algunas alternativas de tratamiento.

Palabras clave: Síndrome de Hombro Doloroso, Síndrome de Manguito Rotador.

SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO, ENFRENTAMIENTO CLÍNICO

Autor: Dra. Nicole D'Aguzan A. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Introducción

El Síndrome de Hombro Doloroso es una patología frecuente, con una prevalencia de vida que va del 6.7% al 66% (1). Constituye el 1% del total de consultas ambulatorias en Estados Unidos, 25% atendidas en Atención Primaria (2). Es una patología que puede derivar en incapacidad para realizar tareas domésticas y actividades sociales; 50% de los pacientes persisten con síntomas a un año de iniciado el cuadro (3).

Para entender la patología del hombro, es necesario tener un conocimiento básico de su anatomía. La región del hombro incluye las articulaciones glenohumeral, esternoclavicular, acromioclavicular, y la articulación escapulotorácica (Ver **Figura 1**).



Figura 1: Anatomía general del hombro, visión anterior.

El manguito rotador, compuesto por los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, provee estabilidad a la articulación glenohumeral, y contribuye a la movilidad y fuerza del hombro (4). Los músculos supraespinoso, infraespinoso y teres menor permiten abducción y rotación externa, mientras que el subescapular permite aducción, abducción y rotación interna. (Ver Figuras 2 y 3).

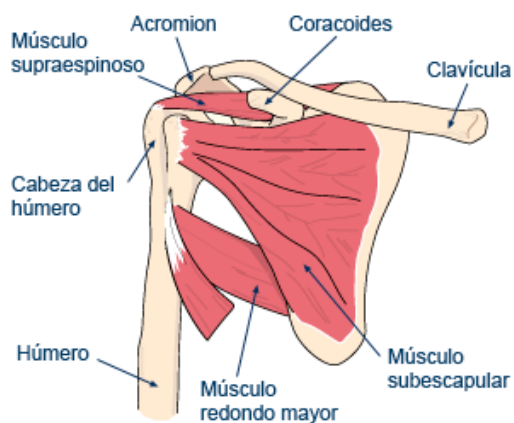


Figura 2: Músculos que conforman el manguito rotador, visión anterior.

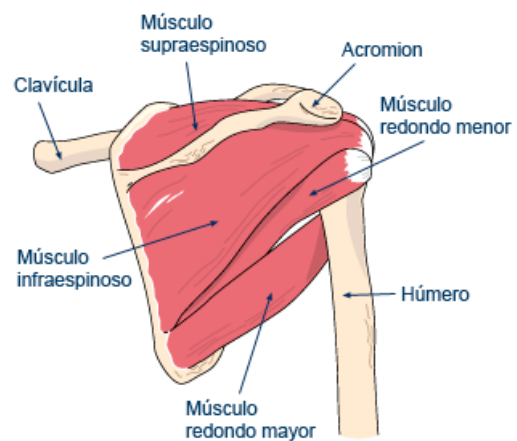


Figura 3: Músculos que conforman el manguito rotador, visión posterior.

Enfrentamiento clínico: Anamnesis

El enfrentamiento clínico de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso involucra una anamnesis y examen físico detallados. Siempre considerar edad del paciente, su actividad laboral y deportiva. El

antecedente de trauma es un dato fundamental de la historia, pues nos permite orientar el diagnóstico diferencial y la necesidad de imágenes. Es necesario describir las características del dolor: si hay rigidez (considerar capsulitis adhesiva, artritis glenohumeral), sensación de inestabilidad, bloqueo o miedo a realizar movimientos (pensar en dislocación, lesiones del labrum), relación con los movimientos (al elevar los brazos en patología del manguito rotador, o al lanzar objetos en inestabilidad glenohumeral), entre otros. Importante descartar que el dolor sea referido, principalmente de la región cervical (rigidez, irradiación del dolor más allá del codo), y causas extrínsecas de dolor como síndromes coronarios, procesos subdiafragmáticos y síndrome miofascial. Habitualmente el dolor por causas extrínsecas será evidente por historia, pero otra forma de distinguirlo es mediante la movilidad del hombro, la cual estará conservada si el dolor es referido (5).

Diagnósticos diferenciales

El diagnóstico diferencial del Síndrome de Hombro Doloroso es amplio, incluyendo causas traumáticas y no traumáticas. Dentro de las causas no traumáticas, resulta relevante distinguir (5):

- **Artritis glenohumeral.** Patología que involucra cambios degenerativos de la articulación asociados a pérdida del espacio articular. Se asocia a dolor a la movilización pasiva, rigidez y ocasionalmente dolor nocturno. Puede ser secundaria a artritis, artrosis y síndrome de manguito rotador.
- **Capsulitis adhesiva.** También conocida como Hombro Congelado, se presenta como dolor crónico, difuso, asociado a reducción de la movilidad pasiva y activa de la articulación glenohumeral. Es la evolución de una serie de patologías del hombro, pero también puede ser un trastorno primario. Es más frecuente entre los 40 y 60 años, pero puede presentarse antes en pacientes diabéticos.
- **Patología del Manguito Rotador.** Término que engloba tendinopatía, rotura parcial o total de uno o más de los tendones del manguito rotador. También incluye el compromiso de la bursa o bursitis subacromial.
- **Tendinopatía del tendón largo del bíceps.** Inflamación de la vaina del tendón largo del bíceps, asociado a dolor en la corredera bicipital, con o sin dolor a la flexión del antebrazo. Ocurre en relación a lesión del manguito rotador.
- **Síndrome de pinzamiento subacromial.** Inflamación y dolor asociado a la compresión de estructuras (tendón del supraespinoso, infraespinoso, bursa subacromial, tendón largo del bíceps) en su paso entre la cara lateral del acromion y la cabeza humeral. Se describe el pinzamiento primario, en mayores de 40 años, secundario a sobreuso y asociado al síndrome de manguito rotador; y el secundario, o interno, en pacientes menores de 40 años, causado por inestabilidad glenohumeral y lesiones del labrum.
- **Rotura parcial y rotura total del tendón del supraespinoso.** Puede ser el resultado del daño crónico del tendón, o secundario a trauma. La rotura total del tendón del supraespinoso se distingue de la rotura parcial por la aparición de debilidad. Ocurre en pacientes mayores de 40 años, con pinzamiento primario crónico, que evolucionan con un cuadro de dolor agudo sobre crónico, o en pacientes jóvenes, sin síntomas previos, secundario a trauma.

Conclusiones

- El síndrome de hombro doloroso es una entidad frecuente, representando el 1% de las consultas ambulatorias. La patología más frecuente es el Síndrome de Manguito Rotador.
- El antecedente de trauma es un dato fundamental de la historia, pues nos permite orientar el diagnóstico diferencial y la necesidad de imágenes.
- El diagnóstico diferencial del Síndrome de Hombro Doloroso es amplio. Dentro de las causas no traumáticas, resulta relevante distinguir artritis glenohumeral, capsulitis adhesiva, patología del manguito rotador (bursitis subacromial, tendinopatía bicipital, rotura parcial y total del tendón del supraespinoso) y lesiones del labrum (síndrome de pinzamiento secundario).

Referencias

1. Luime J y cols. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol* 2004;33(2):73-81.
2. Wofford JL Patient characteristics and clinical management of patients with shoulder pain in U.S. primary care settings: secondary data analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005 Feb 3;6:4.
3. Van der Heijden GJ, y cols. Physiotherapy for patients with soft tissue shoulder disorders: a systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 1997; 315 (7099):25–30.
4. Deborah L. Greenberg. Evaluation and Treatment of Shoulder Pain. *Med Clin N Am* 98 (2014) 487–504.
5. Woodward, T. Y cols. The Painful Shoulder: Part I. Clinical Evaluation. *Am Fam Physician.* 2000 May 15;61(10):3079-3088.