



# BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:  
**REUMATOLOGÍA**

Tema 14.11.A:  
**HOMBRO DOLOROSO**

Dra. Marta Aliste



## Hombro Doloroso

Docente Responsable modulo  
Dra Marta Aliste

- Profesor Asistente de Medicina  
Facultad de Medicina Universidad de Chile
- Especialista en Medicina Interna y Reumatología Universidad de Chile
- Vicepresidenta de Sociedad Chilena de Reumatología 2009-2011

## Introducción

Para entender el hombro doloroso(HD), el alumno debe tener conocimientos de anatomía y semiología del hombro .Además debe diferenciar concepto de dolor articular y periarticular . El HD se clasifica dentro de lo síndromes dolorosos regionales. El diagnóstico de HD se basa en un exhaustivo examen clínico , complementado en exámenes de imágenes según sospecha clínica.

## Epidemiología

El HD corresponde a un 30% de las consultas de un médico general , es reportada como la tercera razón más frecuente de consulta , después del lumbago y cervicalgia.

La incidencia y prevalencia de HD es muy variable. Se han reportado 6 a 25 casos por 1000 pacientes o 6,9 a 3.4% en población general en Inglaterra.

Aproximadamente 10% de la gente , tendra uno o más episodios de HD durante la vida.

## Etiología y patogenia

El HD puede originarse en afecciones inflamatorias , metabólicas , degenerativas , traumáticas y neoplásicas , así como en tendones , músculos y nervios. Organos alejados de hombro , pueden también producir dolor referido a dicha ubicación .Es lo que ocurre por ejemplo en el infarto agudo al miocardio , colicos biliares , derrame pleural y ciertos tumores torácicos y/o abdominales.

Es util agrupar todas estas causas en dos grandes categorías : intrínsecas o focales (articulación glenohumeral y estructuras extra o periarticulares ) y extrínsecas o alejadas del hombro ( dolor referido de origen sistémico). En el 80% de los casos el HD es de origen intrínseco.

## Cuadro Clínico

La edad de presentación más frecuente es entre 50 y 60 años , con una distribución uniforme por sexo .

El cuadro clínico se caracteriza por dolor de comienzo insidioso , ubicado en el hombro con irradiación al brazo por la región anteroexterna , que se acentúa durante la noche y con los movimientos.

## Diagnóstico

Para enfrentar el HD , es necesario precisar si el dolor es ocasionado en el hombro o es referido y luego se establece si el dolor proviene de las articulaciones o estructuras extrarticulares.

### Tabla 1

#### Etapas en la diferenciación diagnóstica del HD

##### I –Etapa

- dolor del hombro propiamente tal
- dolor referido

##### II –Etapa ( si el dolor se origina en el hombro)

- causa articular : glenohumeral o acromioclavicular
- causa extrarticular

##### III-Etapa ( si causa es extrarticular)

- tendinitis , bursitis
- bursitis calcica
- ruptura manguito rotador
- capsulitis

En el examen del HD es muy importante una muy buena anamnesis y examen físico , que nos permita descartar un dolor referido ( angor , infarto pulmonar , neoplasia pulmonar , esofagitis , aneurisma disecante de la aorta , colico biliar , lesiones peridiafragmáticas etc).

Descartado un dolor referido , es importante ir a examinar el hombro propiamente tal , siempre pedir al paciente que realice por si mismo el movimiento activo del hombro y fijarse si hay limitaciones en cualquiera de los movimientos ( rotaciones interna o externa , flexión , extensión , aducción y abducción ) o dolor .

Posteriormente ir a la movilización pasiva del hombro , para lo cual el examinador fija la escapula e induce los mismos movimientos en forma pasiva. Es importante recordar que la articulación escapulotoraxica , es responsable de la movilidad del hombro en forma variable y que por cada grado de movimiento glenohumeral corresponde 0,5° a 0,8 ° de movilidad escapulotorácica , por lo que es indispensable fijar la articulación escapulo – torácica , para saber si hay compromiso musculotendinoso .Si al fijar la articulación escapulotoraxica la movilidad es nula , estamos frente a una capsulitis adhesiva .

Como parte del diagnóstico del HD es importante ir a palpar puntos que nos orientarían a la causa del HD como son: troquiter ( angulo acromiohumeral ) , corredera bicipital y articulación acromioclavicular . Siempre comparar la palpación de los mismos puntos , en el hombro no afectado.

A continuación procederemos a revisar el cuadro clínico y diagnóstico de las causas más frecuentes de HD.

-Tendinitis del manguito rotador (MR) : es la causa más frecuente de HD , puede ser secundario a compromiso de la bursa subacromial en algunos casos o estar asociados a depositos calcicos intratendineos , se produce un fenómeno denominado impingement , que es la compresión del MR más la bursa en el espacio acromiohumeral . Al examen físico se encuentra dolor en la abducción activa , especialmente entre 60° y 20° y tambien en rotación interna. El diagnóstico es

clínico y se complementa con radiografías en rotación externa ( visualiza calcificación ) y ecografía o RNM ( visualiza características del MR , bursa y calcificaciones ).]

-Desgarro del MR : se produce después de un trauma ( caída , esfuerzo etc) o en tendones muy degenerados .Se produce un dolor intenso en el hombro , con debilidad en la extremidad superior afectada , dolor nocturno , pérdida de la abducción o incapacidad de mantener el hombro en forma activa en 90° de abducción ( hombro pseudoparalítico).

El diagnóstico de desgarro MR se complementa con ecografía de partes blandas y RNM ( resonancia nuclear magnética ) del hombro afectado.

-Capsulitis adhesiva u hombro congelado : dolor generalizado en el hombro asociado a perdida de la movilidad activa y pasiva del hombro. Se ha asociado a : diabetes , lesiones antiguas en tendones , inmovilización , depresión , accidente vascular encefalico , idiopática etc.

Al examen físico se observa atrofia muscular por desuso , la movilización activa está muy disminuída ( ayudada por la articulación escapulotoraxica) , al fijar la articulación escapulotoraxica la movilidad pasiva del hombro es nula.

#### Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial del HD está basado en una muy buena anamnesis y examen físico.

A continuación en la siguiente tabla se describen las principales causas , que es necesario descartar.

#### Tabla : Diagnóstico Diferencial HD

##### I Articulares ( glenohumeral , acromioclavicular)

###### 1-Inflamatorias :

- infecciosas ( séptica , TBC)
- artritis reumatoidea , pelviespondilopatía

###### 2-Metabólicas :

- Gota
- Condrocálcinosis
- osteoporosis

###### 3-Degenerativas

- artrosis

###### 4-Traumáticas

- luxación
- fractura

##### II –Extrarticulares

- tendinitis bicipital
- tendinitis del MR
- capsulitis adhesiva
- tumores ( óseos , partes blandas )
- fracturas

### III –Neurologicos

#### 1-Agujero de conjunción ( compresión radicular )

- uncoartrosis
- espondiloartrosis
- hernia discal
- fractura
- tumor

#### 2-Operculo torácico

- síndrome del escaleno anterior
- costilla cervical
- síndrome del pectoral menor
- tumor de Pancoast
- Otras causas : tracción o heridas penetrantes

### IV-Vasculares

- arteriales ( oclusión)
- venosas ( tromboflebitis )
- linfáticas ( obstrucción )

### V- Dolor referido:

- cardiaco
- biliar
- diafragmático
- rupturas de visceras abdominales
- neumotorax

### -Evolución y pronóstico

La tendinitis del MR tiene en general una evolución favorable si se pequiza en forma temprana , es indispensable corregir habitos de sobreuso si existen .

### -Tratamiento

El tratamiento del dolor se hace con antiinflamatorios o analgesicos , por un periodo no mayor de quince días y es indispensable una rehabilitación kinesica con movilización activa del hombro , para recuperar el hombro afectado.

Cuando el dolor es refractario al uso de analgesia o antiinflamatorios , se recurre a la infiltración de corticoides de deposito, que permiten aliviar el dolor a corto plazo , para permitir una adecuada rehabilitación del hombro.

En casos aún más refractarios se ha usado terapia con ondas de choque , especialmente en tendinitis calcica.

En la capsulitis adhesiva el tratamiento es muy difícil , se han usado: pulsos de esteroides , infiltración de corticoides glenohumerales , antiinflamatorios , movilización del hombro bajo anestesia etc . Por lo que lo más importante es su prevención , en la población más proclive a sufrirla ( diabeticos y pacientes con lesiones antiguas del hombro) , fundamentalmente enseñando al paciente a

mantener un buen trofismo muscular , con ejercicios de movilización activa del hombro .

El tratamiento quirúrgico se reserva, para tendinitis crónica de más de seis meses de evolución en que hay una razón de impingement corregible por vía artroscópica ( por ejemplo acromión proliferativo ). También es quirúrgico el desgarró completo del MR en pacientes jóvenes.

-Recomendaciones:

Para evaluar un HD es importante conocer la anatomía del hombro y realizar un muy buen examen físico.

-Derivaciones

-Se debe derivar al reumatólogo a todo HD que se prolongue en el tiempo más allá de seis meses.

-Considerar derivación, si no se cuenta con exámenes diagnósticos (RNM o ecografía)

Que permitan evaluar a paciente refractario a tratamiento.

-Derivar al traumatólogo para reparación quirúrgica la ruptura completa del MR en paciente joven.

-Bibliografía

1-J Klippel , Editor . Musculoskeletal Signs and Symptoms , Regional Rheumatic Pain Syndromes . In Primer on the Rheumatic Disease . Edition 13 , 2008 .Biundo JJ , MD. Pages 68-73.

2- H. Aris , F. Valenzuela Ravest , Editores . Hombro doloroso , en libro Reumatología Santiago 1995. Bekavac J. Páginas 521-530.

3-K. Stevenson et al . Evidence –based review of shoulder pain . Musculoskeletal Care4: 233-239 (2006).

4-G. Tytherleig – Strong et al . Rotator cuff disease . Current Opinion in Rheumatology 2001 , 13 : 135- 145.

5-A.K. Belling Sorensen et al .Secondary impingement in the shoulder . Scand J.Med Sci Sports 2000 ; 10: 266-278.

### Caso Clínico

Mujer de 80 años, sufre caída en restaurant , golpeandose el hemicuerpo derecho y quedando con intenso dolor en el hombro derecho . Es trasladada a un servicio de urgencia , descartando fractura con radiografía . Se indica analgesia con tramadol , porque paciente es hipertensa severa y tiene prohibidos los antiinflamatorios . Sin embargo la paciente persiste con mucho dolor del hombro derecho e incapacidad para vestirse y realizar actividades de la vida diaria.

Qué nos permitiría saber , que le está pasando a esta paciente :

A-hacer cintigrama óseo para descartar patología neoplásica en adulto mayor

B-hacer escáner (TAC) del hombro derecho para descartar fractura no vista por radiología

C-hacer RNM del hombro derecho buscando rotura del manguito rotador.

d-hacer Ecografía de partes blandas del hombro derecho buscando rotura manguito rotador

E- Las correctos son c y d

La alternativa correcta es E , porque ambos exámenes permiten descartar rotura completa del MR , que es frecuente en mayores de 60 años post mínimo trauma.