

# Hombro doloroso



MÉXICO

*Autores: Francisco Javier Pérez Jiménez, médico ortopedista adscrito al Servicio de Ortopedia del Deporte y Artroscopia del Instituto Nacional de Rehabilitación. Juan Carlos Gómez Espíndola, médico residente de quinto año de la subespecialidad de artroscopia y remplazos articulares del Instituto Nacional de Rehabilitación. José Clemente Ibarra Ponce de León, jefe del Servicio de Ortopedia del Deporte y Artroscopia del Instituto Nacional de Rehabilitación.*

**E**l hombro doloroso, síndrome de hombro doloroso o dolor de hombro persistente (DHP) es una entidad muy común y de etiología multifactorial. Puede ser definido en una variedad de formas en relación con el curso de la enfermedad y la respuesta a la terapia, por lo que la más simple y directa definición es el dolor de hombro que persiste más allá de la duración estimada al evento que lo propició.

Los problemas de hombro representan características clínicas y criterios diagnósticos similares. Ocupaciones tan diversas como el trabajo de la construcción y el que desempeña un estilista se han asociado a un mayor riesgo para desarrollar patología del hombro. Factores físicos como el levantamiento de cargas pesadas y los movimientos repetitivos y/o vibratorios en posiciones forzadas influyen en el nivel de discapacidad y sintomatología. Los elementos psicosociales también son importantes, y estudios recientes sugieren que la cronicidad y recurrencia son comunes.

El dolor de hombro persistente (DHP) no es necesariamente refractario a tratamiento. Muchos pacientes no buscan atención hasta que el dolor de hombro llega a ser persistente o significativo, de modo que impida sus actividades normales; algunas personas pueden responder adecuadamente a la terapia inicial. El DHP conlleva una alta demanda para el individuo y para la sociedad. El objetivo de este capítulo es hacer una breve revisión del impacto y epidemiología del dolor de hombro persistente, considerando las causas más comunes de patología que incrementan esta condición y enfatizando los puntos clave que el clínico debe considerar en el manejo inicial de estos pacientes.

## **Epidemiología e impacto del dolor de hombro persistente**

En general, la prevalencia del DHP representa por lo menos 16% de todos los casos de quejas músculo-esqueléticas. Los hallazgos de revisiones de ↻

## **Sugerencias de lectura**

1. Hammond P, Curry J. Paediatric acute abdomen. *Hospital Medicine* (London). Nov 2004;65 (11):686-689.
2. Moir CR. Abdominal pain in infants and children. *Mayo Clinic Proceedings*. Oct 1996;71(10):984-9, quiz 989.
3. John SD. Imaging of acute abdominal emergencies in infants and children. *Current Problems in Pediatric & Adolescent Health Care*. Nov-dec 2001;31(10):319-353.
4. Hayes R. Abdominal pain: general imaging strategies. *European Radiology*. Mar 2004 14 Suppl 4:L123-37.
5. Vasavada P. Ultrasound evaluation of acute abdominal emergencies in infants and children. *Radiologic Clinics of North America*. Mar 2004 42(2):445-456.
6. Babcock DS. Sonography of the acute abdomen in the pediatric patient. *Journal of Ultrasound in Medicine*. Aug 2002;21(8):887-899; quiz 900-1.

otras fuentes indican prevalencias de dolor de hombro entre 7% y 46%. Prochzke estimó que más de 9% de los hombres y 12% de mujeres con promedio de edad de 15 años experimentarán dolor de hombro alguna vez en su vida. Cerca de 50% de todos estos individuos que experimentan dolor de hombro busca atención médica y 95% tiene un manejo inicial en unidades de cuidado primario. El dolor de hombro también ha demostrado estar presente particularmente en personas que han sufrido un accidente cerebro-vascular. Existen algunas series de pacientes con accidente cerebro-vascular y hemiplejía en las que 72% padece dolor de hombro.

De acuerdo a la AAOS (Asociación Americana de Cirujanos Ortopedistas), cerca de cuatro millones de personas en Estados Unidos anualmente buscan atención médica por problemas de hombro, de los cuales 1.5 millones acuden al ortopedista. Se considera que el dolor de hombro representa el segundo lugar en frecuencia, sólo por debajo del dolor lumbar.

### **Carga social**

Se estima que el costo asociado al tratamiento de la disfunción del hombro durante el 2000 en Estados Unidos fue de siete billones. El promedio del costo por episodio de forma individual para un paciente hospitalizado y para uno ambulatorio es de 3 011 y 1 667, respectivamente.

Las personas con dolor de hombro reducen su calidad de vida. Macfarlane reportó que el dolor de hombro persistente con una duración de aproximadamente tres años estaba vinculado con una discapacidad en cerca de 90% de los pacientes.

### **Evaluación del hombro doloroso**

El diagnóstico del hombro es pragmático y se basa en la evolución clínica, de acuerdo a la presentación más común. Las cuatro causas más frecuentes comunes de dolor de hombro y discapacidad primaria son:

1. Problemas de manguito rotador
2. Problemas glenohumerales
3. Enfermedades de la articulación acromio-clavicular.
4. Dolor referido del cuello

Un estudio de atención primaria que utilizó exámenes clínicos estandarizados para los problemas de hombro encontró que existió tendinopatía del mango rotador en 85% de las personas, pero en 77% de pacientes se realizó el diagnóstico clínico de uno o más problemas del hombro. Se efectuaron exámenes sanguíneos y radiográficos sólo en el caso de algún indicador de alerta, tales como signos de enfermedad sistémica (pérdida de peso, dolor articular generalizado, fiebre, linfadenopatía, síntomas respiratorios de recién aparición), historia de cáncer o concernientes a características locales como lesión tumoral, desmineralización ósea.

### **Cuadro clínico**

El síntoma predominante en el síndrome de pinzamiento es el dolor de intensidad variable que se exacerba por las noches debido a una subluxación de la cabeza humeral en la que la cápsula se contrae y se relaja alternativamente, generando el dolor. Estos síntomas pueden acompañarse de limitación funcional de la articulación del hombro que puede llegar a la rigidez en la fase aguda; el paciente se queja de dificultad para vestirse, peinarse, levantar objetos por encima de su cabeza, así como otras actividades de la vida diaria. La exploración física es muy importante y el primer paso de la inspección consiste en buscar la posibilidad de que exista atrofia del deltoides o de los músculos que integran el mango rotador, sobre todo del supraespinoso.

La palpación de la región del borde lateral del acromion y de la región de la bursa genera dolor importante. Puede haber crepitación a la palpación causada por la hipertrofia de la bursa subacromial, o bien, por un desgarramiento del mango rotador. En algunos casos se puede encontrar edema a nivel de la articulación acromioclavicular, sobre todo en su porción anterior, que puede estar originado por una artrosis de esta estructura. Si este problema se asocia a una lesión de la porción larga del bíceps, puede existir dolor también a nivel de la corredera bicipital. Los arcos de movilidad, sobre todo en

la fase aguda, pueden estar limitados en relación con el lado opuesto, especialmente para la flexión y la abducción.

Hay dos signos que ayudan al diagnóstico: el signo de Neer, que consiste en que el paciente realice con la extremidad torácica afectada un movimiento de flexión máxima mientras que el explorador hace presión sobre el acromion, con lo que se despierta dolor. El otro signo es el de Hawkins, que consiste en pedirle al afectado que efectúe un movimiento de flexión, abducción a 90° y rotación medial del antebrazo; este signo también es positivo cuando hay lesión de la articulación acromioclavicular, misma que frecuentemente se asocia al síndrome de pinzamiento. Sin embargo, existe un signo clásico de esta patología, basado en realizar un movimiento de aducción, con flexión del brazo a 90°, lo que despertará dolor a nivel de la articulación acromioclavicular.

El test del abrazo es también un signo para diagnosticar lesiones a nivel de la articulación acromioclavicular y consiste en hacer presión lateral a nivel de ambos hombros, lo que provoca dolor en la articulación afectada. Para el examen del bíceps a nivel del surco bicipital hay signos que ayudan a establecer el diagnóstico, a continuación se describen tres:

### **Signo de Speeds**

Consiste en llevar el brazo en flexión de 90° y supinación al tiempo que se aplica resistencia para la supinación y la flexión, con lo que se despierta dolor en la región que corresponde a la porción larga del bíceps.

### **Signo de Yegarson**

Consiste en solicitar al paciente que realice un movimiento de supinación forzada con el codo flexionado a 90°; es positivo cuando se genera dolor a nivel de la corredera bicipital.

### **Signo de Aquin**

Se lleva a cabo haciendo presión a nivel de la corredera bicipital y mientras se efectúan

movimientos de rotación lateral y medial del brazo con el codo flexionado a 90°; es positivo cuando hay dolor a nivel de la corredera bicipital.

El subescapular también se puede lesionar y el signo específico para este problema se ha descrito como signo del subescapular *lift off test*, el cual surge al movilizar el brazo en rotación medial llevando el antebrazo hacia la región lumbar; posteriormente, se le indica al paciente que despegue el brazo contra resistencia. Se considerará positivo cuando se presente imposibilidad para vencer la resistencia.

Cuando un síndrome de pinzamiento se asocia a lesiones parciales del mango rotador, clínicamente se puede manifestar por dolor y limitación funcional del hombro; sin embargo, el paciente puede elevar el brazo más de 90°. En cambio, cuando existe una lesión completa o severa del mango rotador, sobre todo de los músculos supraespinoso e infraespinoso, la movilidad estará relacionada con el tamaño del desgarre. Los desgarres mayores producen debilidad y limitación funcional, pero el movimiento pasivo sí se puede llevar a cabo. **DOLOR**