

Dolor de hombro en la consulta de atención primaria

Cristina de Alba Romero^{a,*}, María del Carmen Martín Calle^b y Miguel Prieto Marcos^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima. Madrid. España.

*Correo electrónico: cristinadealbaromero@yahoo.es

Puntos clave

- Se trata de una patología con una alta prevalencia (hasta un 34%) y que ocasiona un importante consumo de recursos asistenciales.
- El diagnóstico del hombro doloroso es fundamentalmente clínico y la exploración física tiene una gran importancia.
- El estudio de la funcionalidad del hombro incluye el examen de la movilidad activa, pasiva y contrarresistencia.
- La radiología es poco sensible y específica. La ecografía tiene una alta sensibilidad en la patología del hombro, sobre todo en la afectación periarticular, y la resonancia magnética está indicada cuando la anterior no es concluyente.
- El tratamiento inmediato del hombro doloroso sigue siendo el reposo de 48 h en descarga y la analgesia con antiinflamatorios o paracetamol.
- Todavía no hay estudios concluyentes de la potencia y eficacia de los distintos tratamientos, incluida la infiltración y la fisioterapia.

Palabras clave: Hombro • Dolor • Diagnóstico • Tratamiento.

Hombro doloroso

El hombro es la estructura anatómica con mayor movilidad del cuerpo y en su funcionamiento intervienen de manera distinta 4 articulaciones, la acromioclavicular, la esternoclavicular, la glenohumeral y la escapulotorácica.

Esta patología tiene una prevalencia de hasta un 34% en la población general y de un 21% en mayores de 70 años. Supone el 7% de las consultas en atención primaria (AP). Solo el 40-50% de los afectados consultan por dolor y en la mitad de ellos los síntomas persisten un año después de la primera consulta. Esto conlleva un importante consumo de recursos asistenciales^{1,2}.

La causa más frecuente es la tendinopatía del manguito rotador que ocurre hasta en el 70% de los casos³.

Aspectos clínicos

El dolor se localiza en la cara anteroexterna del hombro y desciende hasta la zona media del brazo. Suele ser de mayor

intensidad por la noche, sobre todo al apoyarse para dormir. Aumenta con aquellos movimientos en los que predomina la rotación. Con el tiempo, la pérdida de la movilidad puede progresar hasta ser casi completa, produciéndose el “hombro congelado” o capsulitis adhesiva.

Las principales causas del hombro doloroso son:

1. Enfermedad del manguito rotador. Aparece dolor progresivo en el hombro que se localiza en su cara superior, anterior y lateral. Es característico el denominado “arco doloroso” con la aparición de dolor a la abducción a partir de los 60° y su desaparición después de los 100°. En menores de 33 años suele ocurrir por inestabilidad articular debida a la laxitud de las estructuras capsulares. En pacientes de 40-50 años está relacionada con mecanismos de sobrecarga. En mayores de 55 años, la causa más habitual es la degeneración tendinosa con rotura parcial o completa³. Lo más frecuente es la afectación del tendón del supraespinoso.

2. Capsulitis retráctil. Es más frecuente entre los 45 y 65 años y se debe a la contractura de la cápsula articular gleno-

humeral. Se produce un dolor constante del hombro que empeora por la noche y aumenta con los movimientos, remitiendo espontáneamente en un período de tiempo, pero persistiendo la limitación de la movilidad.

3. Tendinitis cálcica. Se origina por el depósito de cristales de calcio en el interior de los tendones del manguito. Suele aparecer en personas con problemas degenerativos tendinosos y es un factor que favorece la rotura de los mismos. En la fase aguda, el dolor es severo y hay signos inflamatorios; posteriormente, el dolor puede permanecer menos intenso y de forma prolongada.

El resto de causas de hombro doloroso se resumen en la tabla 1^{3,4}.

Es importante descartar signos y síntomas de alarma como: la existencia de síntomas constitucionales, la aparición de dolor no relacionado con la posición o la movilidad del hombro, dolor de difícil localización por parte del paciente o acompañado de signos inflamatorios, o la presencia de un patrón de dolor neuropático.

Diagnóstico

Es un diagnóstico fundamentalmente clínico y por ello lo más importante es realizar una adecuada historia clínica, en la que la exploración física es clave (fig. 1). Esta, además de asegurarnos que el dolor proviene únicamente del hombro, nos orienta sobre la localización de la patología.

Anamnesis

Es necesario recoger datos sobre la edad del paciente, su actividad laboral y deportiva (movimientos frecuentes y repetitivos), existencia de traumatismos previos, sintomatología general y enfermedades sistémicas, intervenciones quirúrgicas y problemas en otras articulaciones.

En cuanto a la semiología del dolor, deberá quedar constancia de la forma de comienzo (agudo, subagudo, recidivante), características del dolor, localización e irradiación, carácter horario (diurno/nocturno), tiempo de evolución y duración, posturas, movimientos y esfuerzos desencadenantes o que lo mejoren, y sobre tratamientos previos y respuesta obtenida. También es importante interrogar sobre la existencia de rigidez, limitación funcional o debilidad del hombro².

Exploración física

Debe incluir inspección, palpación y evaluación de la movilidad.

La inspección debe realizarse con el paciente en bipedestación o sedestación, con el torso desnudo y comparando con el hombro contralateral. Se pueden detectar asimetrías, deformidades, inflamaciones, atrofas musculares, etc.

TABLA 1. Causas principales de hombro doloroso

Patrón periarticular
1. Patología tendinosa Tendinitis del manguito rotadores (SE, E, RM, Rm, sE) Tendinitis calcificante Rotura del manguito de rotadores Tendinitis y rotura del tendón largo del bíceps
2. Patología de las bolsas sinoviales (bursitis) Subacromial
3. Patología ósea Síndrome acromioclavicular Síndrome coracoclavicular
Patrón articular (glenohumeral)
1. Capsulitis adhesiva (hombro congelado)
2. Artritis Inflamatoria: artritis reumatoide, espondiloartropatías, conectivopatías Microcristalina: gota, condrocalcinosis Séptica
3. Artrosis
4. Inestabilidad glenohumeral
5. Artropatía amiloide
Patrón diferido (causas extrínsecas)
1. Neurológicas: compresión de las raíces nerviosas de C5, C6 y del nervio supraespinoso; lesión en el plexo braquial y en el cordón espinal; enfermedad en columna cervical; síndrome del desfiladero torácico; neuralgia amiotrófica; esclerosis lateral amiotrófica; herpes zóster
2. Abdominales: enfermedad hepatoiliar, pancreatitis-ulcus péptico, infarto esplénico, mesotelioma, absceso subfrénico, rotura viscera abdominal
3. Cardiovasculares: isquemia miocárdica, trombosis vena axilar, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar
4. Causas torácicas: neumonía del lóbulo superior, tumores apicales de pulmón o metástasis, embolismo pulmonar, neumotórax, pericarditis-pleuritis
5. Otros: distrofia simpático refleja, polimialgia reumática, fibromialgia
Otras causas de hombro doloroso
Patología ósea: enfermedad de Paget, neoplasias (mieloma, metástasis), osteomielitis, traumatismos, necrosis ósea avascular
Metabólicas: diabetes mellitus, hiper/hipotiroidismo, hiperparatiroidismo
Osteodistrofia renal
IE: infraespinoso; RM: redondo mayor; Rm: redondo menor; sE: subescapular; SE: supraespinoso.

En la palpación hay que prestar especial atención a los relieves óseos como el troquíter (inserción del supraespinoso), el troquí (inserción del subescapular) y la articulación acromioclavicular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470394>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470394>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)