

Ecografía del hombro normal

N. Díaz-Rodríguez, A. Rodríguez Lorenzo, J. Castellano-Alarcón y M. Antoral Arribas

Grupo de Trabajo de Ecografía de Semergen.

La ecografía supone para el médico de Atención Primaria un nuevo ojo diagnóstico, el llamado “ojo ecográfico”, que permite ver por dentro y sin dañar la estructura a estudiar, a la vez que nos facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica, y una derivación más precoz y dirigida al especialista más adecuado según la patología diagnosticada. La articulación del hombro es probablemente la más accesible al estudio ecográfico en el adulto, y por esta razón nos parece la articulación más adecuada para iniciar nuestra instrucción ecográfica. Vamos a comenzar este curso describiendo los 14 cortes ecográficos que nos permiten dominar la técnica ecográfica del hombro.

Palabras clave: ecografía, hombro, Atención Primaria, manguito de los rotadores.

The Ultrasonography provides the Primary Care physician with a new diagnostic eye, the so-called *ultrasonographic eye*, that makes it possible to see inside without harming the structure to be studied. At the same time, it provides us with a diagnostic and therapeutic approach and an earlier referral to the most adequate specialist according to the disease diagnosed. The shoulder joint is probably the most accessible to the ultrasonographic study in the adult. Thus, we consider it the most adequate joint to begin our ultrasonographic instruction. We will begin this course by describing the 14 ultrasonographic cuts that allow us to dominate the shoulder ultrasonographic technique.

Key words: ultrasonography, shoulder, Primary Care, rotator cuff.

ANATOMÍA

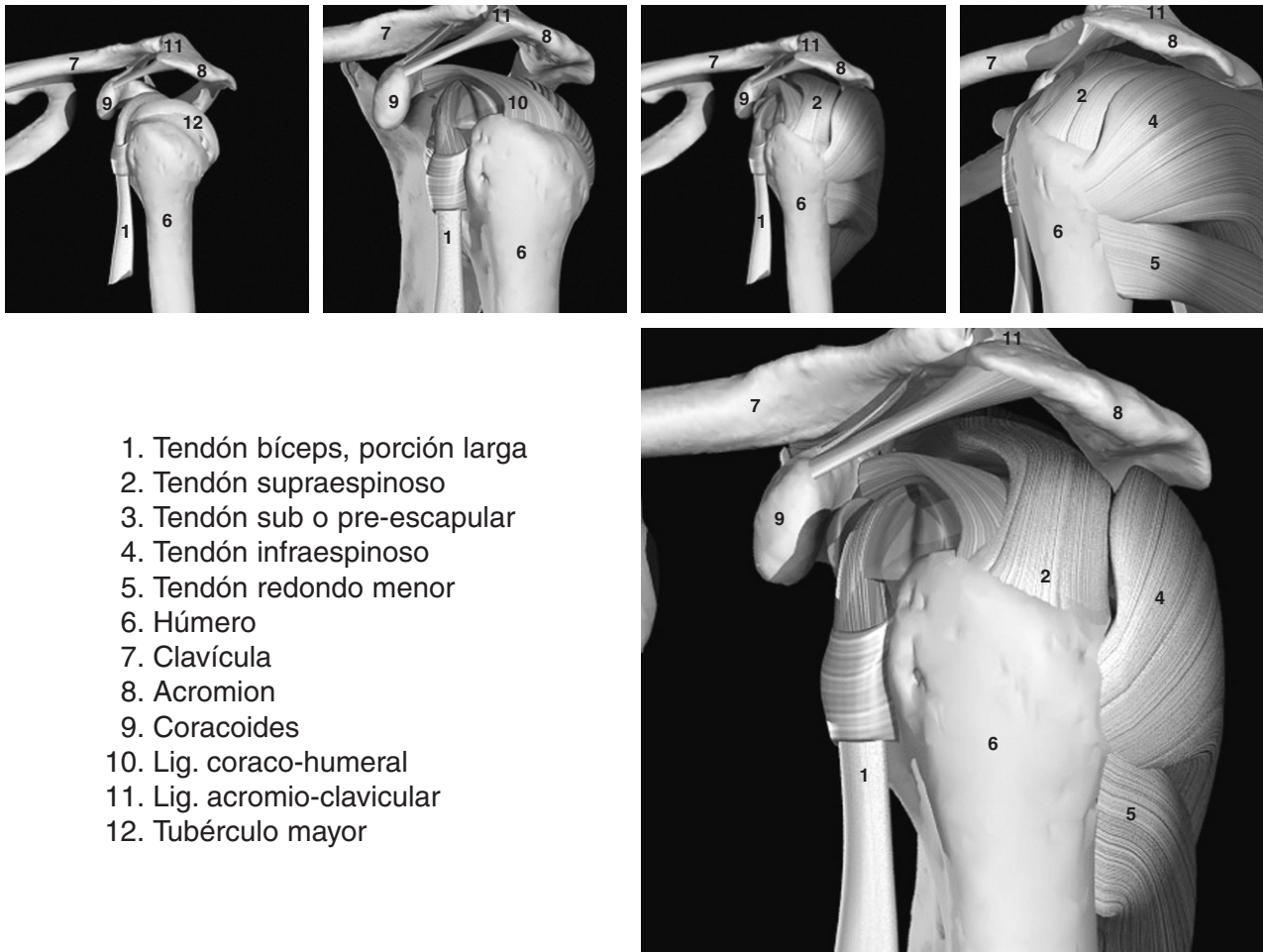
La función de la articulación escapulohumeral (figs. 1 y 2) es fijar el miembro superior al tórax por medio del húmero y de la escápula¹. Es la articulación con un mayor grado y amplitud de movimiento del organismo¹. Es una articulación del tipo diartrosis, del género enartrosis¹, y sus superficies articulares las conforma: la esfera de la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea labrada en la escápula¹.

El manguito de los rotadores está formado por los tendones del supraespinoso, infraespinoso, redondo menor (este último con mínima transcendencia ecográfica), el tendón del subescapular² y según algunos autores por el tendón de la porción larga del bíceps³. El músculo bíceps braquial se inserta mediante un tendón largo que recorre la corredera bicipital del húmero, en la parte más alta del

rodete glenoideo y del reborde óseo de la cavidad glenoidea de la escápula¹. Su acción es la flexión y abducción del hombro, la flexión del codo y la supinación del antebrazo⁴. El músculo subescapular se fija en el troquin del húmero por medio de un fuerte tendón¹. Este tendón, que es uno de los ligamentos activos de esta articulación, se continúa con los haces musculares que se insertan en toda la cara anterior de la escápula¹. Su acción produce la rotación interna del hombro y estabiliza la cabeza del húmero⁴. El músculo supraespinoso se inserta por medio de su tendón en la faceta superior del tronquiter. El tendón se continúa hacia dentro con fibras musculares que se fijan en los dos tercios internos de la fosa supraespinosa¹. Su acción produce la rotación interna del hombro y estabiliza la cabeza del húmero en la cavidad glenoidea⁴. El músculo infraespinoso se inserta mediante su tendón en la carilla media del tronquiter, siendo continuado por un vientre carnoso que se inserta en los dos tercios internos de la fosa infraespinosa¹. Su acción produce la rotación externa del hombro y estabiliza el húmero⁴. El redondo menor no será tratado en este artículo por su poca importancia en la valoración ecográfica, ya que su estudio necesita otras técnicas de imagen.

Correspondencia: N. Díaz-Rodríguez.
Carretera Parada a Piñor N-50, Bis.
32890 Barbadás. Ourense.
Correo electrónico: nabordiaz@semergen.es y
semecor@terra.es

Recibido el 10-05-07; aceptado para su publicación el 10-5-07.



1. Tendón bíceps, porción larga
2. Tendón supraespinoso
3. Tendón sub o pre-escapular
4. Tendón infraespinoso
5. Tendón redondo menor
6. Húmero
7. Clavícula
8. Acromion
9. Coracoides
10. Lig. coraco-humeral
11. Lig. acromio-clavicular
12. Tubérculo mayor

Figura 1. Introducción anatómica del hombro I.

TÉCNICA DE EXAMEN

Previo al estudio de imagen es esencial un conocimiento detallado de la compleja anatomía y patología relacionadas con el manguito de los rotadores y la articulación glenohumeral⁵⁻⁷, así como un dominio básico del ecógrafo y de los principios ecográficos analizados en el capítulo anterior. El protocolo que vamos a exponer consiste en 14 cortes o ventanas ecográficas que deben completarse con una detallada exploración física y dinámica de la articulación. Esta técnica se basa en la descrita por Mack⁷. Es esencial que el diagnóstico ecográfico se apoye en los hallazgos clínicos, porque los informes basados solamente en las imágenes han demostrado ser muy inexactos⁸. Además, esta dualidad basada en el análisis ecográfico apoyado en una valoración y exploración clínica es factible en nuestro ámbito, siendo por tanto el centro de salud el lugar ideal para la valoración de una patología tan incipiente como la tendinopatía del manguito de los rotadores, ya que un médico de Atención Primaria atiende una media de 6 pacientes con dolor de hombro a la semana⁹ y que esta es la tercera causa de dolor (tras el lumbar y cervical) atendida en nuestra consulta⁹.

POSICIÓN DEL PACIENTE¹⁰

El examen comienza con el paciente sentado de cara al explorador en un asiento giratorio². Resulta muy práctico y útil disponer de un reposapiés incorporado al asiento, ya que favorece el grado correcto de flexión del codo. La presencia de un respaldo favorece la postura erecta, mejorando la visualización del manguito de los rotadores y del tendón del bíceps.

Corte 1: bíceps transversal

El paciente (fig. 3) se sienta con los codos flexionados 90°², los antebrazos en pronación media, reposados en el regazo y los dedos apuntando la rodilla opuesta. Esto ocasiona una ligera rotación interna de la articulación glenohumeral, colocando la corredera bicipital en posición anterior. El explorador puede sujetar la muñeca ipsilateral del paciente, para permitir un ajuste fino de la posición de la corredera bicipital².

La porción larga del bíceps braquial se origina en el tubérculo supraglenoideo y el labio glenoideo, en la porción más superior de la glenoides. El origen del tendón no es visible en el estudio ecográfico. La porción intraarticular de la porción larga del bíceps braquial se identifica con fa-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3835309>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3835309>

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