

---

Hombro doloroso  
Dr. Teodoro Romero Fernández

PERIARTRITIS, LESIONES DE LA BURSA, PORCIÓN LARGA DEL  
BÍCEPS Y MANGUITO ROTADOR (SUPRAESPINOSO): FISIOPATOLOGÍA,

---

CLÍNICA, TIPOS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, TRATAMIENTO.  
USO DE LA ARTROSCOPIA

El hombro doloroso se define como el conjunto de síntomas que se presentan en esta región, acompañados de dolor e impotencia funcional independientemente de la articulación escapulo-humeral.

#### 1. ANATOMÍA FUNCIONAL

En esta región debemos de considerar cinco articulaciones, de las cuales, tres tienen las características propias de una articulación (cápsula y ligamentos, superficies cartilaginosas) y dos denominadas "funcionales":

- A) Articulación Acromio-clavicular
- B) Articulación Esterno-clavicular
- C) Articulación Gleno-humeral
  - 1. Bursa Subacromiodeltoidea
  - 2. Espacio Escápulo-Torácico

En la región del hombro o, cinturón Escápulo-torácico, se producen los siguientes movimientos: abducción, adducción, flexión o anteversión, extensión o retroversión, rotación externa e interna elevación y circunducción, gracias a la existencia de las articulaciones arriba mencionadas. De todos ellos los movimientos más importantes son: abducción y la rotación externa. Es importante remarcar que la limitación de uno de los movimientos va a repercutir sobre la función de la mano del segmento afectado.

El hombro doloroso tiene una rica sinonimia: Síndrome del Hombro doloroso, enfermedad de Duplay, periartritis Escapulo-humeral, Síndrome de

Manguito de los Rotadores.

La existencia del Manguito de los Rotadores en esta región le da una característica importante a este tipo de patología.

El manguito de los rotadores está conformado por: el tendón del músculo supraespinoso, infraespinoso y redondo menor que se va insertar en el troquíter, y el tendón del músculo subescapular que se inserta en el troquíter; entre ésta y el troquíter se halla la corredera bicipital, cuyo contenido es el tendón de la porción larga del bíceps. De todos estos elementos el más importante por su localización, por su función y por la peculiar estructura anatómica es el tendón del músculo supraespinoso.

Este músculo es el que interviene en la primera fase de la abducción, fijando la cabeza humeral en la glenoides, por eso también se le denomina el "Starter" el arrancador de la abducción, para que después el músculo deltoides mediante sus fibras anteriores continúe con la abducción.

La Bursa subacromiodeltoidea tiene también una especial estructura anatómica: paredes muy frías ricamente vascularizadas y que tienen una forma de guante que se introduce por todos los sectores de esta zona teniendo un espacio virtual. Tiene dos funciones importantes: una es disminuir la fricción entre la prominencia ósea y las partes blandas y la otra la de favorecer el deslizamiento entre ellas.

El espacio escápulo-torácico, aquel espacio situado entre la cara anterior de la escápula y la parrilla costal es el que interviene en el movimiento de elevación.

### 1.1. CLÍNICA

Esta afección, que ocupa del 20 al 30% de las consultas ambulatorias, es más frecuente en el sexo masculino, y en las personas que tienen una actividad forzada, como obreros, mecánicos, pianistas, lavanderas, etc., también en aquellas personas que realizan una actividad no frecuente.

Desde el punto de vista semiológico encontramos los siguientes puntos dolorosos: punto troquiteriano, que se localiza llevando el codo hacia atrás para que la cabeza humeral se haga más evidente y así poder tocar el troquíter y la inserción del tendón del supraespinoso. Punto Bursal, localizado el acromión, por delante y un dedo por debajo de esta prominencia se puede tocar la bursa subacromiodeltoidea. Punto bicipital, con el brazo pegado al tórax el cirujano le flexiona el codo al paciente, llevando pasivamente el dedo medio hacia la cara anterior del hombro, cayendo en la corredera bicipital y despertando dolor al presionar en dicho punto. El punto doloroso del Espacio Escapulotorácico se obtiene por presión en dicho espacio a nivel del ángulo superointerno de la escápula y la pared torácica posterior.

### 1.2. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Se considera que el examen por imágenes de la región del hombro debe empezar por una radiografía simple en dos posiciones: frente (rotación

interna y externa) y perfil siempre en posición de pie o cuando menos sentado pero nunca en decúbito supino o echado; mediante la radiografía simple podremos observar signos indirectos de patología en región del hombro. La ecografía también es un examen que nos va a ayudar mucho para detectar a mayor profundidad las lesiones de las partes blandas. La tomografía axial computerizada, así como la resonancia magnética son exámenes que nos darán una mayor precisión en el diagnóstico. En la actualidad la técnica artroscópica ha permitido adquirir mayores conocimientos, por lo que es la que más información nos proporcionará en la patología de esta región.

### 1.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS FORMAS CLÍNICAS

- A. Patología de manguitos rotadores (especialmente el tendón de supraespinoso).
  - a.1 Tendinitis
  - a.2 Tendinitis Cálctica
  - a.3 Ruptura parcial
  - a.4 Ruptura total
  
- B. Patología del tendón de la porción larga de bíceps.
  - b.1 Tendinitis
  - b.2 Subluxación
  - b.3 Luxación
  - b.4 Ruptura
  
- C. Patología de la Bursa subacromiodeltoidea
  - c.1 Bursitis aguda
  - c.2 Bursitis crónica cálctica.
  
- D. Síndrome Escápulo-Torácico
  
- E. Periartritis Escápulo-Humeral
  
- F. Hombro Congelado (Frozen-Shoulder)

A:

- a.1. Esta afección ocurre cuando se realizan actividades fuera de lo común en la intensidad y en la frecuencia. Clínicamente se encuentra dolor a nivel del punto troquiteriano, el resto de movimientos son normales. Radiológicamente negativo; el tratamiento se hará en base a analgésicos, antiinflamatorios (por ejemplo: Ácido acetilsalicílico 200 mg, 3 veces al día) y si el dolor es muy intenso se procederá a la infiltración del punto doloroso (Xilocaína al 2% sin adrenalina en cantidad de 5 cm<sup>3</sup> + 1 corticoide).
  
- a.2. Esta afección se caracteriza por dolor e impotencia funcional con la

presencia de crujidos audibles. Ya existe una historia de molestias anteriores a nivel del hombro; se presenta esta afección frecuentemente en pacientes de sexo masculino que realizan trabajos forzados, clínicamente se encuentra dolor en el punto troquitercano. El paciente refiere que al abeducir o separar el brazo presenta un dolor intenso entre los 20 y 30 grados trabándose, pero que si lo fuerza, sigue abeduciéndose. Al bajar el brazo vuelve a sentir la misma sintomatología. Radiológicamente se encuentra una imagen densa a nivel del troquíter. Esta imagen nos va a permitir dos cosas: establecer el diagnóstico diferencial con una avulsión y la otra con el pronóstico de la lesión. La avulsión o fractura presenta trabéculas óseas mientras que la masa cálcica no. Si la masa cálcica es de bordes nítidos y densa es de data antigua, por el contrario, si es de bordes difusos y poco densos, es de época reciente y de buen pronóstico. El tratamiento consistirá en la aspiración de la masa cálcica previa anestesia local, si no fuera posible se procederá a la intervención quirúrgica, para la extirpación de dicha masa asociándose la acromioplastía, siempre y cuando el tratamiento conservador no dé resultado.

- a.3. Este tipo de lesión ocurre en los pacientes que realizan trabajos forzados; el paciente refiere dolor y limitación funcional especialmente a la abducción, en el examen clínico se encuentra dolor en el punto troquiteriano, incapacidad parcial para la abducción; radiológicamente no se encuentra patología ósea, salvo discreta calcificación a nivel del borde acromial. Se recomienda en estos casos la utilización de la resonancia magnética o del examen artroscópico según la intensidad del dolor y la limitación funcional se indicará la intervención quirúrgica que consistirá en la sutura término terminal, quedando a criterio del cirujano el practicar acromioplastía parcial.
- a.4. En estos casos el paciente refiere de una historia antigua de dolor y de limitación funcional a nivel de hombro. El punto troquiteriano es positivo; lo más llamativo en esta forma clínica es la pérdida de la abducción activa que se comprueba al realizar la abducción pasiva. Aquí se presenta la llamada "Abducción Paradójica": El paciente al intentar abducir levanta el hombro y si llevamos el brazo a 30° de abducción recién puede continuar el movimiento activamente. Radiológicamente se encuentran signos indirectos, como: la disminución de la distancia de la cabeza humeral al acromion (normalmente de 7 a 10 mm), lo que se interpreta como la falta de presión que el tendón de supraespinoso realiza sobre la cabeza fijándola a la glenoides. El tratamiento es el quirúrgico: tenorrafia del manguito de los rotadores asociado a la acromioplastía.

B:

- b.1. Tendinitis de la porción larga de bíceps, estos casos se presentan cuando el miembro superior correspondiente es sometido a fuerzas de contrapresión como por ejemplo: caídas y soportes de peso sobre el miembro, golpes en falso y golpes con resistencia exagerada.

Generalmente se asocia con la tendinitis del supraespinoso; radiológicamente es negativo. El tratamiento consistirá en la administración de analgésicos y antiinflamatorios y si es muy intenso se procederá a la infiltración.

- b.2. b.3.- Estos procesos se caracterizan por tener ya una historia antigua de dolor interno referido sobre todo a la cara anterior, con el signo del punto bicipital positivo y dificultad para la abducción. Es necesario tomar exámenes radiográficos en posición axial del húmero para visualizar con mayor precisión el canal bicipital, el cual puede presentar hipoplasia de uno de los lados, que se relacionan con las subluxaciones, a veces aplanamiento de los bordes, que se correlaciona con la luxación. El tratamiento consistirá en analgésicos antiinflamatorios e infiltración. Si el caso se torna irreversible se procederá a la intervención quirúrgica: disyunción proximal del tendón y su tenopexia en el tercio proximal del húmero.
- b.4. Esta lesión ocurre de manera brusca como consecuencia de un movimiento violento contra una resistencia exagerada, como en el caso de los trabajadores de construcción civil y los levantadores de pesas, etc. Clínicamente se caracteriza por dolor e impotencia funcional, a la palpación la masa muscular del bíceps se vuelve exageradamente movilizable, lateralmente, visualizándose dicha masa más cerca del codo. Radiológicamente es negativo. El tratamiento será el quirúrgico, realizándose la tenopexia en el nivel del tercio proximal del húmero.

C:

- c.1. Esta afección, conocida también como el "cólico" del hombro, de presentación nocturna, se caracteriza por dolor intenso con severa impotencia de todos los movimientos con aumento de temperatura. Se debe descartar la presencia de focos sépticos a nivel orofaríngeo, génito-urinario, dérmico. Radiológicamente es negativo. Esta es la única entidad en la que se indica reposo absoluto y en algunos casos aplicación de hielo. Se asociará la administración de analgésicos antiinflamatorios y la antibio-terapia correspondiente; también da buenos resultados la infiltración local (xilocaína más corticoide) y movilización activa precoz.
- c.2. Aquí se evidencia, mediante el examen radiográfico, la presencia de masas cálcicas en la cara anterior. La sintomatología es de un dolor difuso y localizado a la palpación en el punto bursal. El tratamiento será el quirúrgico: Bursectomía con las masas cálcicas, cuando la medicación e infiltración local no dé resultado favorable.

D:

El síndrome capsulotorácico es una de las formas clínicas del hombro doloroso que presenta múltiples radiaciones del dolor, dirigiéndose hacia arriba simulando una cervicobraquialgia o dirigiéndose por el borde interno del brazo, antebrazo, muñeca y mano simulando una neuritis del cubital, también se irradia hacia la nuca confundiendo con una Neuralgia de Arnold.

En el examen clínico con el paciente en posición sentado o de pie se le indica que se coja el hombro contrario llevando al brazo horizontal. El cirujano empuja desde el codo del paciente hacia atrás y se presiona a nivel del ángulo superointerno en el espacio escapulo-torácico. Es importante este punto porque se debe de diferenciar del dolor a la presión en el ángulo superointerno de la escápula, el cual es compatible con la patología de la tendinitis del angular del omóplato. Esta afección es frecuente por encima de los 40 años de estar acondicionada a una cierta desadaptación de la escápula sobre la parrilla costal, algunos autores han recortado biopsias del espacio escapulo-torácico encontrándose solamente la presencia de fibroblastos. El tratamiento consistirá en la infiltración en el espacio escapulo-torácico a nivel del ángulo superior.

E:

Ese nombre se acuña a la sinonimia de hombro doloroso, pero generalmente es cuando la afección tiene dos semanas y se comprometen todas las partes blandas del hombro. El tratamiento es médico, AINES, infiltración local y movilización activa precoz.

F:

El Hombro congelado es la consecuencia en su evolución de las diferentes formas clínicas arriba mencionadas o por un insuficiente tratamiento. En esta afección intervienen procedimientos como la movilización forzada bajo anestesia general, neurectomías. Hay pérdida total del movimiento, no hay dolor; se ha visto que con el tiempo se recupera la movilidad paulatina y espontáneamente.