

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO

AUTOR: Jorge Sánchez Mateos

Diplomado en Fisioterapia. (Alfonso X el Sabio)

Experto en terapia técnica en acupuntura. (Universidad Complutense de Madrid)

Formado en inducción miofascial. (Universidad de Sevilla)

Iniciado en cadenas musculares método GDS. (Universidad Complutense de Madrid)

En la actualidad: Director Gerente de Clínica de fisioterapia y reeducación funcional LEKINÉ

El hombro o complejo articular del hombro, ese es el primer detalle a tener en cuenta antes de hacer el diagnóstico o tratamiento de cualquier patología que le afecte. A menudo cuando nos comentan nuestros pacientes los síntomas de alguna lesión en el hombro tendemos a focalizar la atención en la articulación glenohumeral, dejando en un segundo plano el resto de articulaciones del complejo.

Es necesario tener una visión global del entorno del complejo cuando nos acercamos a él, de esta manera cobran mucha importancia la región cervical (tanto alta como baja), la región pectoral y costal, y por su puesto la musculatura anterior del tórax. Es muy importante hacer una exploración visual e intentar relacionar todas las estructuras tanto óseas como de tejido blando con el complejo articular del hombro. Mi propuesta desde la primera sesión es tener una visión global tanto del diagnóstico como del tratamiento, de esta manera el procedimiento sería el siguiente:

Observación:

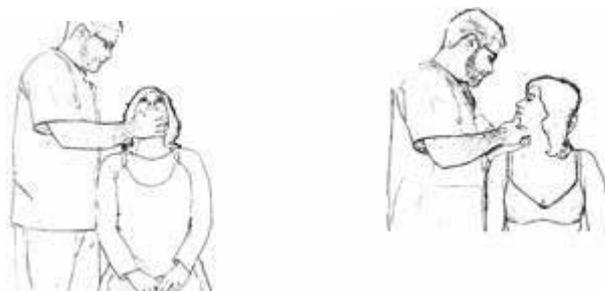
En la observación del paciente a menudo localizamos asimetrías que nos pueden dar muchas pistas de lo que esta pasando. Por ejemplo, la rotación interna del humero que valoramos observando la posición de la mano con respecto al cuerpo. Esta compensación es independiente de la antepulsión del muñón del hombro que también es muy frecuente, debemos intentar discriminar entre las dos compensaciones aunque no es nada raro que se acompañen. De esta manera la rotación interna del hombro nos va a focalizar la atención en valorar los rotadores internos y sobre todo el dorsal ancho, sin embargo la antepulsión del hombro nos conduce a pensar que algo esta pasando en el pectoral mayor y menor y en el músculo subescapular.

Es importante en la observación incluir la estabilidad que presta la musculatura cervical y periescapular a la flexión anterior del brazo. La compensación se puede producir en forma de lateroflexión hacia el lado levantado. En la estática también debemos valorar la posición de la cabeza con respecto a todos sus planos. También es útil fijarse en la forma de localizar el dolor por parte del paciente, el dolor de la articulación acromioclavicular suele ser señalado con un solo dedo sobre la misma, mientras que el dolor en la articulación glenohumeral se señala con toda la mano abrazando el muñón del hombro.

Una vez valorada la estática comenzamos a valorar la dinámica de todos los segmentos.

1. COLUMNA CERVICAL:

☒ Valoración del rango de movilidad pasiva en col cervical baja y sensación de tope final, para lo cual realizo una extensión inclinación y rotación al lado a explorar y comparo con el otro. TABLA 1: SENSACION DE TOPE FINAL SEGÚN CYRIAX MODIFICADA.



☒ Valoración del rango de movilidad pasiva en col cervical alta, para lo cual realizo una flexión inclinación y rotación al lado a explorar y comparo con el otro.



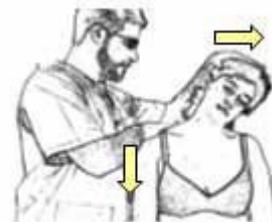
❑ DIFERENCIACION ENTRE DOLOR LIGAMENTARIO O MUSCULAR

Prueba de O´donoghues:

-Movimiento pasivo de inclinación lateral de la cabeza en sedestación (si aparece dolor sobre todo al final del recorrido suponemos que puede haber lesión ligamentaria).



-Contracción isométrica ipsilateral (si aparece dolor podemos sospechar que puede haber una lesión muscular)



❑ EXCLUSIÓN DE LA POSIBILIDAD DE QUE HAYA IRRITACIÓN RADICULAR

Spurling's test

Realizamos una rotación y lateralización hacia un lado y aplicamos carga axial de manera que comprometemos la salida de la raíz a nivel del agujero de conjunción, si el dolor aumenta o el paciente refiere alguna irradiación al hombro podemos suponer que el problema no esta sólo en el hombro.



2. HOMBRO

❑ AÑADIMOS O DESCARTAMOS QUE PUEDA HABER UNA BURSITIS SUBACROMIAL:

Signo de Dawbarn:

-Debemos comprimir la bursa subacromial por vía anterior, posteriormente realizamos una abducción pasiva

del brazo a 90°. Si el dolor desaparece o se alivia podemos suponer que existe una inflamación de la bursa ya que al realizar la separación del brazo estamos interponiendo el músculo deltoides entre nuestra presa y la bursa.



▣ POSIBLE IMPLICACIÓN DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR

Para valorar la posible implicación de la articulación esternoclavicular le pediremos al paciente que eleve los dos hombros. El fulcro de movimiento va a ser la articulación esternoclavicular por lo que las diferencias en amplitud de movimiento, calidad del movimiento y sensación dolorosa puede darnos pistas de que la articulación esternoclavicular puede o no estar bloqueada.

▣ VALORACIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

Prueba del supraespinoso según Jobe:

-El paciente realiza una abducción de 90° flexión horizontal de 30° y rotación interna, el terapeuta aplica una resistencia en dirección opuesta. Si aparece debilidad o dolor sospecharemos que el músculo supraespinoso tiene algún problema.



Para valorar el subescapular colocamos el brazo en rotación interna por detrás del tórax y le pedimos al paciente que realice un movimiento de separación entre el brazo y el tórax venciendo la resistencia del terapeuta.



El redondo mayor lo valoramos solicitando una rotación interna del humero en posición de flexión de 90° flexión del codo de 90°. De la misma manera valoramos el infraespinoso y el redondo menor pero solicitando una rotación externa.



▣ LESIÓN POR IMPACTO DEL TROQUITER EN EL TECHO ACROMIOCLAVICULAR

Hawkins impingement test:

-Este test nos puede orientar en la posibilidad de que el espacio subacromial este disminuido, los motivos pueden ser muchos y variados, pero lo importante es que poco a poco vayamos cerrando el abanico de posibilidades.

Para hacer el test nos colocamos detrás del paciente y llevamos de manera pasiva el hombro a flexión de 90° y flexión del codo 90°, ahora realizamos una rotación interna del hombro utilizando el antebrazo como palanca. El dolor al final del movimiento nos puede ser debido al roce del troquíter con el techo de la articulación.

▣ VALORACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

Para explorar esta articulación podemos fijarnos en el arco doloroso de movimiento del hombro en abducción, si el movimiento de separación del brazo de manera activa provoca dolor entre los 140° y los 180° sospecharemos de problemas en esta articulación que podemos confirmar con la movilización pasiva y analítica de dicha articulación.

También podemos utilizar la prueba de adducción forzada con el brazo colgando. Solicitamos al paciente que realice una adducción del brazo por detrás del tronco y le oponemos una resistencia externa. Esta maniobra encenderá la luz de alarma en forma de dolor en la articulación acromioclavicular en caso de que exista algún problema en ella.



▣ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA COMPRESION DEL NERVIO SUBESCAPULAR Y PROBLEMAS EN LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

Compresión del nervio subescapular según Thompson y Kopell

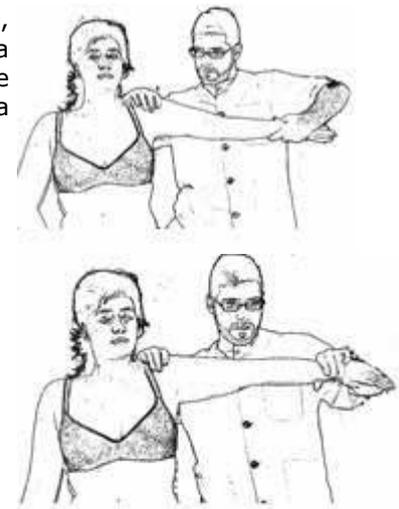
-Para realizar esta prueba el paciente realiza una flexión de 90° y adducción máxima horizontal. Si aparece dolor éste será un dolor reflejado en la fosa supraespinosa y cara externa del hombro de manera que podemos pensar que pueda existir un problema de compresión del nervio subescapular probablemente porque estén fallando los músculos fijadores de la escápula.



▣ EXPLORACION DEL LIGAMENTO TRANSVERSAL DEL HUMERO

El ligamento transversal del humero se sitúa justo por encima del tendón de la porción larga del bíceps de manera que cierra la corredera bicipital por arriba impidiendo que el tendón se desplace por encima del troquíter o del troquíter.

Para examinarlo llevamos el brazo a abducción 90° y rotación externa, seguidamente se lleva el brazo a rotación interna a la vez q se palpa la corredera bicipital. Si se nota chasquido o dolor lo más probable es que haya una insuficiencia del ligamento que subluxa el tendón de la corredera.



▣ ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE LA ARTICULACION GLENOHUMERAL

Prueba del cajón anterior y posterior para la cual fijamos con una mano el cinturón escapular (clavícula y escápula) y con la otra realizamos movimientos anteroposteriores fijándonos en la calidad del movimiento y en su amplitud así como en la sensación dolorosa que pueda aparecer



Signo del surco de cajón inferior.

-Para esta prueba traccionamos del miembro hacia caudal y observamos el surco que queda justo por debajo de la articulación acromioclavicular. Los criterios de valoración son los mismos que en la prueba anterior.



▣ VALORACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS Y PASIVOS GLOBALES DEL HOMBRO

Por ultimo valoramos lo movimientos tanto activos como pasivos del miembro en todas sus direcciones.

TABLA 1: SENSACION DE TOPE FINAL SEGÚN CYRIAX MODIFICADA.

SENSACIÓN FINAL	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLO NORMAL
Capsular	Distensible en grado variable	Flexión de la muñeca
Ósea	Brusca inquebrantable	Extensión del codo en pronación
Elástica	Retroceso	Flexión dorsal del tobillo con la rodilla en

		extensión
En resorte	Rebote	No hay ejemplo normal en movimiento
Cenagosa	Viscosa de barro	No hay ejemplo normal
Interposición de tejidos blandos	Sin resistencia	Flexión de la rodilla
Mecánica patológica	Atascada	No hay ejemplo normal
Espasmo	Respuesta reactiva en dirección opuesta al movimiento	No hay ejemplo normal
Vacío	Limitada solo por dolor intenso y reparo del fisioterapeuta por continuar la prueba	No hay ejemplo normal.

¿QUÉ HACEMOS CON TODA LA INFORMACIÓN?

Podemos confeccionar un cuadro que nos relacione todos los resultados de las pruebas realizadas y que nos pueda dar una idea de que está pasando en el complejo articular del hombro.

SEGMENTO A EVALUAR	PRUEBA DE EVALUACIÓN	DIAGNÓSTICO	
COLUMNA CERVICAL	Rango de movilidad pasiva en columna cervical baja.	Conclusión	DIAGNÓSTICO
	Rango de movilidad pasiva en columna cervical alta.	Conclusión	
	Diferenciación entre dolor ligamentario o muscular	Conclusión	
	Exclusión de la posibilidad de que haya irritación radicular	Conclusión	
COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO	Añadimos o descartamos que pueda haber una bursitis subacromial	Conclusión	
	Posible implicación de la articulación esternoclavicular	Conclusión	
	Valoración del manguito de los rotadores	Conclusión	
	Lesión por impacto del troquíter en el techo acromioclavicular	Conclusión	
	Valoración de la articulación acromioclavicular (diagnostico)		

diferencial entre la compresión del nervio subescapular y problemas en la articulación acromioclavicular)	Conclusión
Exploración del ligamento transversal del humero	Conclusión
Estudio de la estabilidad de la articulación glenohumeral	Conclusión
Valoración de los movimientos activos y pasivos globales del hombro	Conclusión

A partir de aquí lo difícil será relacionar los resultados entre ellos, es decir, definir que proceso ocurrió el primero y cuales son compensaciones. Este proceso de interrelación de datos puede ayudar muchísimo a la efectividad del tratamiento, por lo que es muy recomendable "perder un poquito de tiempo" en relacionarlo todo.

BIBLIOGRAFÍA:

Ares J, Sainz de Murieta J, Varas A. Fisioterapia del complejo articular del hombro. Barcelona: Masson, 2004.

Chaitow I. Terapia manual. Valoración y diagnóstico. Madrid: Mc Graw Hill. 2001.

Backup k. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones – signos – síntomas. Barcelona: Masson 1997.

Pilat A. Terapias miofasciales: Inducción miofascial. Aspectos teóricos y aplicaciones clínicas. Madrid: Mc Graw Hill 2003.

Medows J. Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Madrid: Mc Graw Hill 2000.

©www.efisioterapia.net - portal de fisioterapia y rehabilitacion