



Hombro doloroso

Dirección Asistencia Sanitaria
Guías de Gestión Asistencial
Accidentes de Trabajo

Guías

*de Gestión Asistencial
Accidentes de Trabajo*



Hombro doloroso

Coordinador:

Dr. X. Manubens Bertrán *(Director Médico zona Tarragona)*

Autores:

Dr. J. M^a Aguilera Vicario *(Unidad Patología Hombro y codo. Hospital Asepeyo Sant Cugat. Barcelona)*

Dr. J. Ferrer Olmedo *(Unidad Patología Hombro y Codo. Hospital Asepeyo. Coslada. Madrid)*

Dr. S. Jacques Villalbi *(Director Servicio Médico. C.A. Alicante)*

H

▶ **Hombro doloroso**

➔ **OBJETIVO**

Ofrecer una guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las lesiones del hombro que afectan especialmente las partes blandas, tratando de unificar criterios y ofrecer un esquema de los cuadros clínicos que con más frecuencia se ven en nuestras consultas.

No se trata de ofrecer un tratado de patología del hombro, sino de orientar hacia un diagnóstico concreto y pauta de tratamiento al paciente con un hombro doloroso.

➔ **DEFINICIÓN**

Dolor localizado en la región del hombro, originado primariamente en el mismo y que debuta de forma aguda o insidiosa.

➔ **CUADROS CLÍNICOS**

I. Síndrome subacromial obstructivo

Es el cuadro clínico que expresa el compromiso surgido en el espacio subacromial entre las estructuras óseas y las partes blandas que conforman la cofia de los rotadores y que puede ir desde la simple bursitis hasta la ruptura masiva de la cofia con retracción del extremo proximal de la misma.

II. Inestabilidad del hombro:

HOMBRO DOLOROSO INESTABLE

Cuadro clínico referido a la laxitud patológica de la articulación glenohumeral por lesión de alguna de sus estructuras y que es experimentado por el paciente en forma de hombro doloroso.

Hay dos cuadros de inestabilidad que incluimos aquí pero se podrían considerar con entidad propia, la luxación escapulo-humeral aguda, primer episodio y la luxación recidivante de hombro.

- Luxación escapulo-humeral aguda

Nos referimos al cuadro clínico de primera luxación traumática de la articulación glenohumeral.

- Luxación recidivante de la articulación escapulo-humeral

Cuadro de auténtica dislocación de la articulación glenohumeral que se ha presentado en dos o más ocasiones.



Tener presente ante un cuadro de inestabilidad que existe la posterior.

III. Rigidez inveterada del hombro

Aquí englobamos el llamado "hombro congelado". Limitación de la movilidad activo-pasiva de la articulación del hombro con trastorno de la secuencia de movimiento escápulo-torácica y que puede presentarse de forma consecutiva a múltiples cuadros como fracturas de la región del hombro, cirugía de cualquiera de los otros cuadros clínicos, algodistrofia, etc., o bien de forma primaria.

IV. Artropatía acromioclavicular

Afectación exclusiva de la articulación acromioclavicular, bien sea traumática o no.

Los dos primeros engloban un 85% de la patología de partes blandas que podemos atender en nuestros dispensarios.

EPIDEMIOLOGÍA

El Hombro Doloroso constituye una causa frecuente de consulta, estimando su prevalencia entre un 7–20% de la población adulta.

En Cataluña, durante el segundo trimestre del año 2001, los centros de ASEPEYO registraron 681 episodios codificados como hombro doloroso, de los cuales 227 cursaron con baja laboral, suponiendo 10.119 días de baja, con un promedio de duración por episodio de 42,34 días.

ACTUACIONES SANITARIAS EN EL TRANCURSO DE LA PRIMERA VISITA

En el transcurso de la misma es fundamental establecer tres parámetros:

- **Contingencia**
- **Tipo de cuadro clínico**
- **Plan a seguir**

Después de la 1ª visita ya no podemos hablar de "hombro doloroso" o "periartitis escápulo-humeral" .

El establecimiento de los dos primeros objetivos está basado en una correcta anamnesis y exploración clínica que debe incluir todos los puntos que aquí reseñamos.



ANAMNESIS		
Edad	<30 años >40 años	sospecha de inestabilidad sospecha de atrapamiento
Antecedentes	Médicos: enf. reumáticas, traumatismos antiguos sobre el hombro. etc. Sociolaborales: tipo de trabajo desarrollado los últimos años, actividad deportiva, etc.	
Mecanismo lesional	Traumático ACCIDENTE LABORAL tipo: contusión directa contusión indirecta sobre mano en extensión colgado del brazo rot. externa forzada en abd. Etc. Sobrecarga por el tipo de trabajo ENFERMEDAD PROFESIONAL No anteriores ENFERMEDAD COMÚN	
Características del dolor	Horario: Nocturno (inflamatorio) En actividad (mecánico) Posición del miembro superior en que aparece	
Evolución seguida del dolor y movilidad desde la aparición del cuadro	Valorar las posibles irradiaciones del dolor para hacer un diagnóstico diferencial con cuadros clínicos con causa fuera del hombro.	

EXPLORACIÓN CLÍNICA (Ver Anexo 2)		
signos de atrapamiento	signos de inestabilidad	acromioclavicular
Jobe (supraespinoso) Gerber (subesc.) Palm-up (bíceps) Patte Hawkin (conflic. ant.) Yocum (")	Aprehensión ant. y post. Recolocación (infraes.)	Inspección Signo de la tecla Cross-arm

Rx: Subacromial Triposicional Outlet Efectuar estas proyecciones dependiendo de la disponibilidad y conocimientos técnicos. En cualquier caso efectuar siempre las proyecciones AP ortogonal y axial.	Si se sospecha inestabilidad: Bernageau Axial	Test de Neer Si se sabe hacer Si se sospecha atrapamiento Una vez infiltrado realizar de nuevo las maniobras de atrapamiento para valorar la potencia.
---	---	---



Con todo ello se establece:

CONTINGENCIA

- ***Accidente laboral***
- ***Enfermedad profesional***
- ***Enfermedad común***

TIPO DE CUADRO CLÍNICO

- ***Omalgia banal***
- ***Atrapamiento***
- ***Inestabilidad***
- ***Artropatía acromioclavicular***

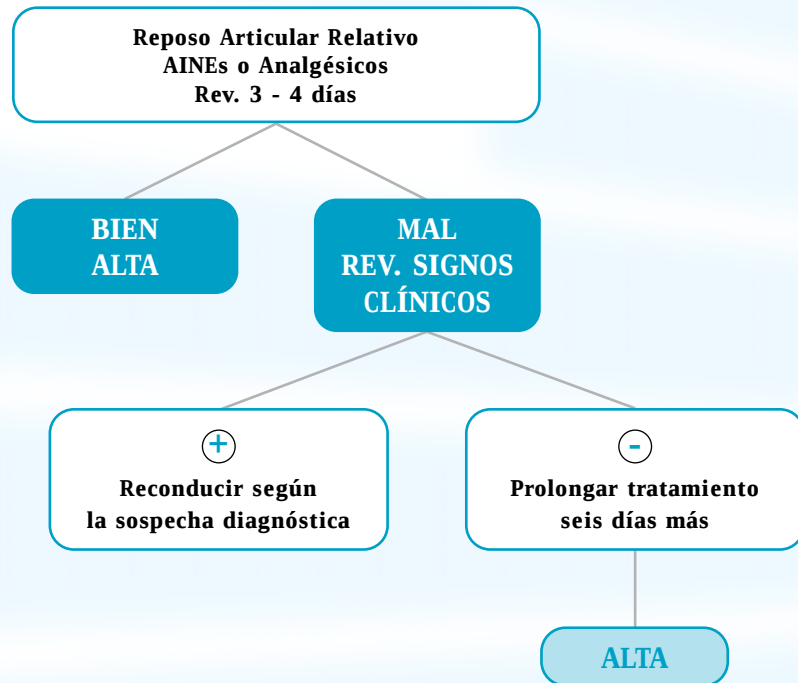
ALGORITMOS DE ACTUACIÓN

Los algoritmos que siguen, al referirnos a la práctica de la RNM (resonancia nuclear magnética) entendemos que debe valorarse la realización de la misma o ECOGRAFÍA, según la disponibilidad y situación de cada centro.

Asimismo, debe entenderse por UNIDAD DE REFERENCIA el traumatólogo encargado de la zona, Director médico de zona, unidad de patología del hombro del Hospital de Coslada o Sant Cugat, etc., según la situación geográfica y organigrama funcional de la zona.

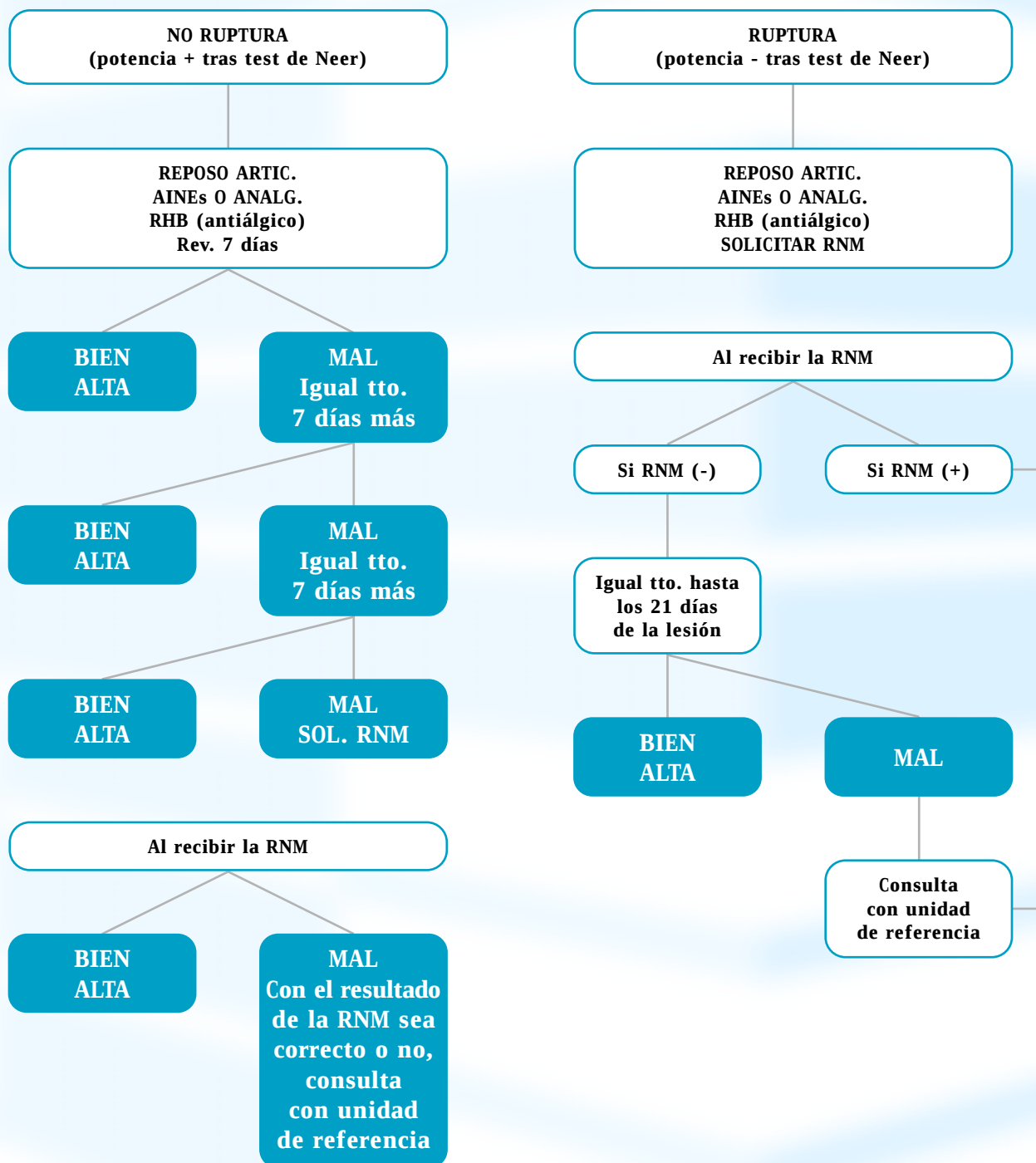


OMALGIA BANAL



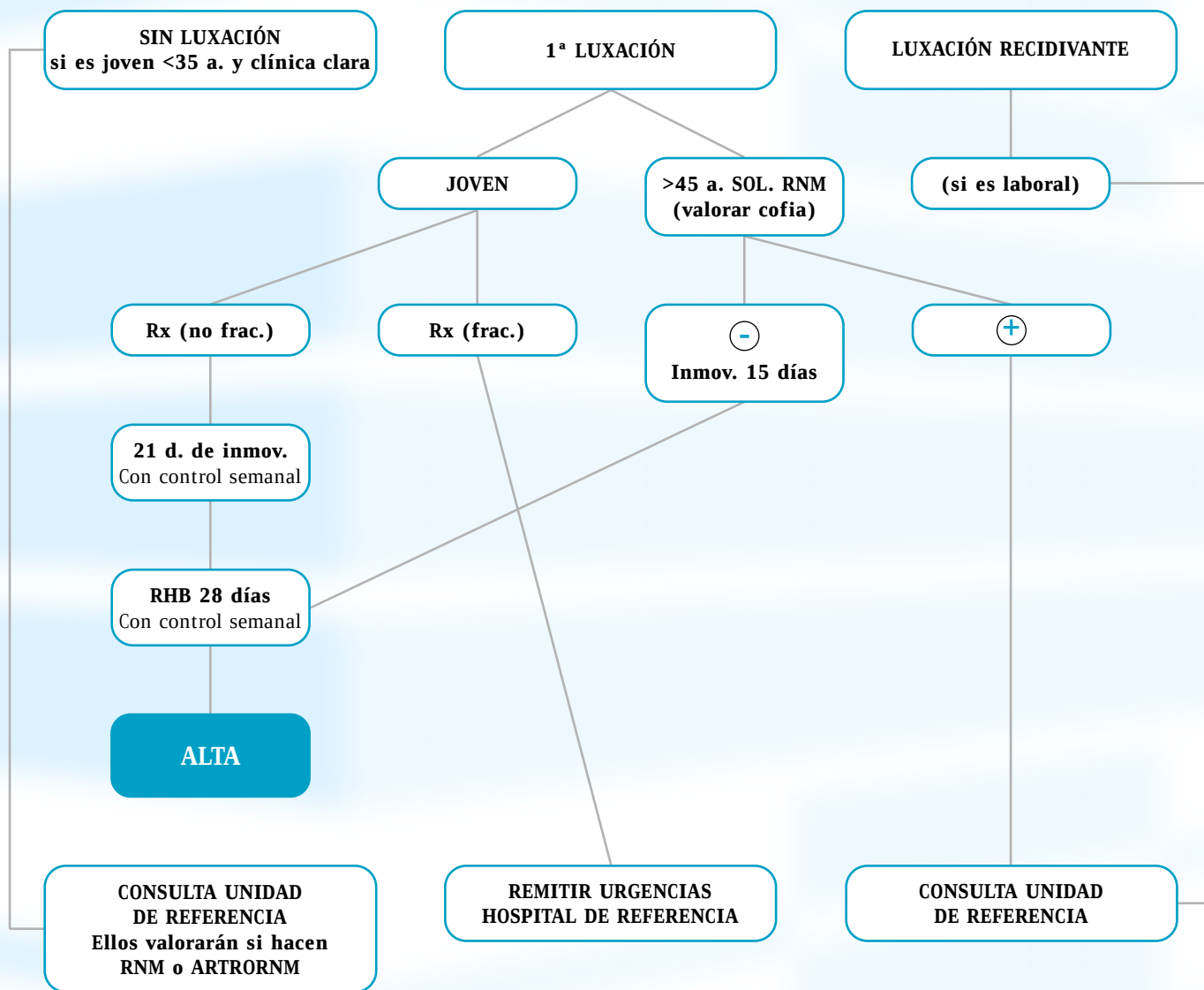


ATRAPAMIENTO



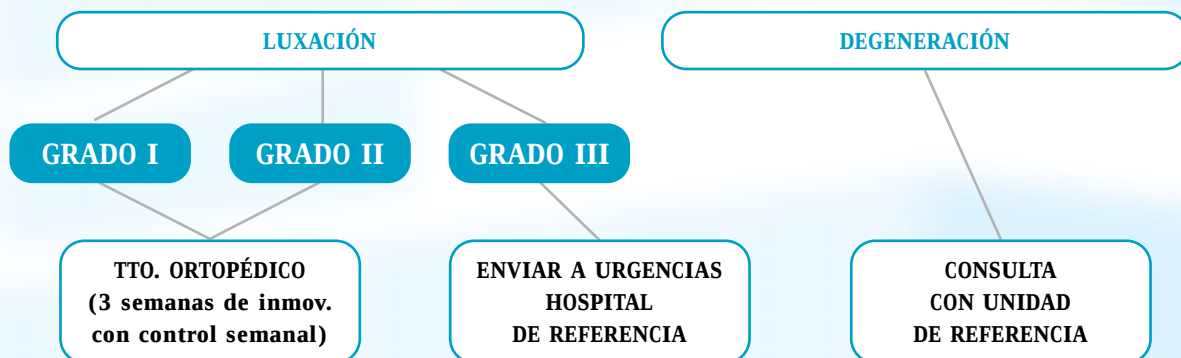


INESTABILIDAD





ARTROPATÍA ACROMIOCLAVICULAR



RIGIDEZ INVETERADA

SIEMPRE CONSULTAR
CON UNIDAD DE REFERENCIA



► **Cronograma Hombro doloroso**

Patología	1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita	4ª Visita	Visitas sucesivas
OMALGIA BANAL	Anamnesis Exploración Física Reposos Articular Relativo AINES	Revisión al 3º-4º día Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas Revisión signos clínicos (+) Recondicionar diagnóstico (-) Prolongar tratamiento 6 días más y ALTA			
ATRAPAMIENTO SIN RUPTURA	Anamnesis Exploración Física Reposo articular AINES RHB (antiálgico)	Revisión 7º día Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas seguir tratamiento 7 días más	Revisión 14º día Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas seguir tratamiento 7 días más	Revisión 21º días Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas solicitar RNM	Al recibir RNM Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas: Enviar a Unidad de Referencia
ATRAPAMIENTO CON RUPTURA	Anamnesis Exploración Física Reposo articular AINES RHB (antiálgico) Solicitar RNM	Revisión al recibir RNM RNM (+) Enviar a Unidad de Referencia RNM (-) Seguir tratamiento hasta los 21 de la lesión	Revisión 21º día Si asintomático: ALTA Si persisten síntomas: Enviar a Unidad de Referencia		
INESTABILIDAD SIN LUXACIÓN	Anamnesis Exploración Física Si <35 a. y clínica clara Enviar a Unidad de Referencia RNM o ARTRO RNM				
INESTABILIDAD 1ª LUXACIÓN JOVEN	Anamnesis Exploración Física Si Rx (fractura) Enviar a Unidad de Referencia Si Rx (no fractura) Inmovilización	Revisión 7º día Inmovilización	Revisión 14º día Inmovilización	Revisión 21º día RHB 28 días con controles semanales	
INESTABILIDAD 1ª LUXACIÓN >45 AÑOS	Anamnesis Exploración Física Inmovilización Solicitar RNM para valorar cofia	Al recibir RNM Si RNM (+) Enviar a Unidad de Referencia Si RNM (-) Inmovilización 15 días	Inmovilización	RHB 28 días con controles semanales	
INESTABILIDAD LUXACIÓN RECIDIVANTE (Origen laboral)	Anamnesis Exploración Física Enviar a Unidad de Referencia				
ARTROPATÍA ACROMIOCLAV. LUXACIÓN	Anamnesis Exploración Física Grado I y II Inmovilización 3-6 sem Grado III Enviar Unidad de Referencia	7º día Inmovilización	14º día Inmovilización	21º día Inmovilización	
ARTROPATÍA ACROMIOCLAV. DEGENERACIÓN	Anamnesis Exploración Física Enviar a Unidad de Referencia				
RIGIDEZ INVETERADA	Anamnesis Exploración Física Enviar a Unidad de de Referencia				



➔ ANEXO 2

MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN DEL HOMBRO

SIGNO DE NEER

Supraespinoso. Bloquear omóplato; flexión pasiva del brazo con antebrazo en pronación; aparece dolor entre 60° y 100°.



SIGNO DE HAWKINS

Supraespinoso. Hombro en abducción de 90° y codo en flexión de 90°. La rotación interna forzada del hombro o rotación externa contra resistencia provoca dolor.

SIGNO DE YOCUM

Supraespinoso. Mano apoyada en hombro contralateral; elevación pasiva del codo desencadenando dolor.



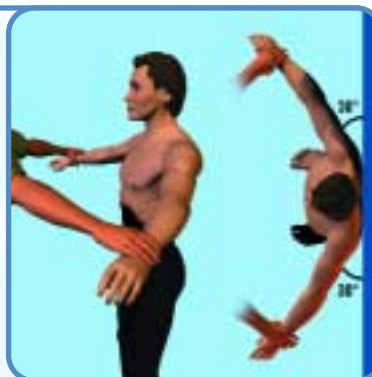


SIGNO DE PATTE

Infraespinoso. Hombro en abducción de 90°, codo en flexión de 90°. Empujar la mano del explorador hacia arriba contra resistencia.

SIGNO DE JOBE

Supraespinoso. Abducción 30°- antepulsión 20°- pronación. Elevación contra resistencia sobre antebrazos. Explora fuerza.



OTRAS MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN

SIGNO DE GERBER

Subescapular. Hombro en rotación interna y adducción, codo en 90° de flexión (mano en la espalda). Realizar rotación interna contra resistencia (empujar una pared), provoca dolor.

TEST DE NEER

Consiste en la infiltración de 8-10 cc de anestésico local (novocaína, lidocaína, mepivacaína) en el espacio subacromial. Consideramos una respuesta positiva cuando desaparecen los signos de conflicto algunos minutos tras la infiltración. En la práctica clínica suele utilizarse una mezcla de anestésico local (8 cc) y corticoide (2 cc), para añadir un efecto antiinflamatorio más prolongado.

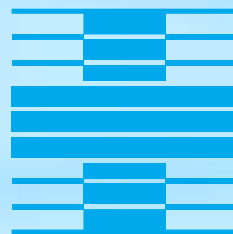


➔ BIBLIOGRAFÍA

- HOMBRO Y CODO TRAUMÁTICO Dirección de Asistencia Sanitaria 1997 (Formación Continuada) capítulos 9, 10, 11, 14 y 16
- Vídeo: EXPLORACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DEL HOMBRO DOLOROSO. Dirección de Asistencia Sanitaria. ASEPEYO
- Arthroscopic Shoulder Surgery and Related Procedures. Ellman, Gartsman Lea and Febiger. 1993
- Inestabilié Chronique de l'épaule. Calriers d'enseignement de la SOF-COT. N° 49 1994
- The Shoulder Rockwood, Matsen, Sanders Company. 2 volúmenes. 1990
- The Shoulder, Master techniques in orthopedic Surgery. Edward V. Graig. Raven Press 1995
- Walch G. Instrucional course lecture chronic anterior gleno-humeral instability. J. Bone Joint Surg 1996 78 B (670-677)
- Ayerdi, E; R; Díaz Samada, M. Llobet, M. Mendoza, M. Monlau, JC. Ramón, J. Tuneu, J. Resultados del tratamiento endoscópico del síndrome subacromial. Estudio multicéntrico. Artroscopia, Vol 1 , n° 2. Octubre 1994 30-36
- Ellman, H. Hanks, G. Bayer, M. Repair of the rotator cuff. Journal of Bone and Joint Surgery Vol 68-A N° 8 1986, 1137-1144
- Constant, CR. Murley, AHG A Clinical Method of Functional Assessment of the Shoulder. Clinical Orthopaedics and Related Research N° 214 January 1987
- A.A.O.S. – S.E.C.O.T. Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología 3 y 4.
- Ferrer Olmedo, J. Siguin Moreno, D. García Munilla, M. Alcocer Pérez-España, L. Buendía Gómez, F. Diagnóstico por imágenes del síndrome subacromial. Estudio comparativo de R.N.M., Ecografía y Pneumoartrografía y Hallazgos Clínicos. Artroscopia, Vol 1, N° 1 Abril 1994 9-17
- Rockwood, CA. Jr. Lyons, FR. Shoulder Impingement Syndrome: Diagnosis Radiographic Evaluation and Treatment with a Modified Neer Acromioplasty. Journal of Bone and Joint Surgery Vol. 75-a, N° 3 March 1993
- Matsen, FA. Arntz, CT. Chapter-16 Rotator Cuff Tendon Failure in The Shoulder Rockwood, CA. Matsen, FA. Vol 2 1990 647-677
- Matsen, FA. Arntz, CT. Chapter-15 Subacromial Impingement in The Shoulder Rockwood, CA. Matsen, FA. Vol 2 1990 623-646



- Rodineau, J. *L'Evaluation Clinique des lésions de la Coiffe des Rotateurs*
- Van Holsbeeck, E. DeRycke, J. Declercq, G. Martens, M. Verstreken, J. Fabry, G *Subacromial Impingement: Opwen Versus Arthroscopic Decompression. Arthroscopy: Journal of Arthroscopic and Related Surgery Vol 8 N° 2 1992, 173-178*
- Ryu, RKN *Arthroscopy Subacromial Decompression: A Clinical Review. Arthroscopy. Journal of Arthroscopic and Related Surgery. Vol. 8 N° 2 1992 141-147*
- Gustilo RB; Mendoza RM, Williams DM. *Problems in management of tipe 111 open fractures. A new classification of tipe 111 fractures J. Trauma 1984;24:742-746*
- Barsotti J. Y Dujapdin C.: *Guía Práctica Traumatológica. Masson S.A. Barcelona 1988*
- Rodríguez Jouvencel M. *La Incapacidad para el trabajo JM. Bosch Editor S.A. 1993*



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE
TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES DE LA
SEGURIDAD SOCIAL N° 151

ASEPEYO

<http://www.asepeyo.es>
e-mail: asepeyo@asepeyo.es