

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2002;17:45-47

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 50 años de edad con dolor en hombro derecho de 2 años de evolución, que es remitido a la Clínica del Dolor por el Servicio de Reumatología. Entre sus antecedentes patológi-



Figura 1. Radiografía anteroposterior de hombro derecho mostrando depósito de cristales de hidroxipatita cálcica en la bursa subacromial y en el manguito de los rotadores en forma de calcificación densa y de bordes bien definidos.

cos destaca hipertensión arterial controlada y meniscectomía artroscópica.

El cuadro clínico se había iniciado de forma brusca tras caída casual y mecanismo de abducción forzada del hombro. Diagnosticado inicialmente de contusión de hombro, fue tratado con inmovilización y AINE durante 15 días, pasados los cuales se autorizó a realizar ejercicios activos progresivos, con lo que el paciente mejoró y pudo reanudar sus actividades laborales de administrativo. Pasado un mes se inició de nuevo dolor de hombro y contractura dolorosa del cuello que obligó a nueva baja laboral y tratamiento con AINE, reposo y posteriormente tratamiento de fisioterapia dirigida hacia la contractura del cuello. En uno de los controles radiológicos se comprobó la existencia de una calcificación en el trayecto del tendón del supraespinoso cerca del troquíter. Con remisiones parciales y recidivas del dolor siguió tratamientos con diversos especialistas, habiéndosele practicado infiltraciones corticoanestésicas del depósito cálcico (3 separadas por 1 semana), aplicación de hielo local y AINE. Un especialista realizó el intento de aspiración del depósito cálcico con aguja, bajo control de escopia sin resultado positivo. En los últimos meses el dolor se hizo muy intenso, de preferencia nocturna, impidiéndole el sueño continuado. El dolor se localizaba en cara externa y posterior del hombro, así como en la cara externa del brazo hasta el codo. En algunos momentos el dolor era de tipo lancinante y se extendía hasta la mano.

En el momento de ser visitado en la Clínica del Dolor todos los movimientos tanto activos como pasivos del hombro estaban muy limitados por el dolor. Cualquier intento de abducción del hombro desencadenaba un dolor muy intenso que se extendía hasta el cuello. La palpación de la fosa supraespinosa mostraba una contractura muy dolorosa del músculo supraespinoso.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

Una nueva radiografía de hombro demostró la existencia de una calcificación densa y de bordes bien definidos en el espacio subacromial, compatible con el diagnóstico de tendinitis calcificante del manguito de rotadores del hombro derecho.

Siguiendo las pautas de tratamiento del hombro doloroso se instauró tratamiento con AINE, opiáceos menores y antidepresivos tricíclicos, TENS diario durante 3 semanas y bloqueos semanales del nervio supraescapular con anestésico local (lidocaína al 1%) durante 6 semanas consecutivas.

CASO 2

Paciente varón de 59 años, trabajador metalúrgico. Sin antecedentes de interés. Fumador de 20 cigarrillos al día desde los 15 años. Bebedor moderado.

Nos fue remitido del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología por dolor de hombro izquierdo, de predominio nocturno, resistente a analgésicos y AINE de 3 años de evolución. Se le había propuesto para tratamiento quirúrgico con prótesis total de hombro, pero el paciente había solicitado una alternativa menos agresiva.

Entre los antecedentes propios de la patología del hombro izquierdo no se halló traumatismo, proceso inflamatorio ni séptico ni sobrecarga deportiva o laboral que justificase el proceso degenerativo articular unilateral escapulohumeral. Durante los últimos 2 años el paciente había seguido tratamiento analgésico y antiinflamatorio de forma no pautada, tópico local y mediante infiltraciones intraarticulares con corticoides, sin mejoría del dolor ni de la movilidad.

En la primera visita en nuestra Unidad se comprobó que el paciente presentaba una limitación grave y dolorosa de la movilidad del hombro relativamente bien compensada por la articulación escapulotorácica, lo que hacía relativamente funcional la extremidad.

Una vez descartada la artritis metabólica por la analítica y la afectación uniarticular, y ante la evidencia radiológica de un grave pinzamiento articular y signos inequívocos de artrosis, sin signos de necrosis de la cabeza humeral, se indicó pauta de tratamiento analgésico mediante AINE de forma pautada, TENS diario durante 1 mes y 8 bloqueos del nervio supraescapular con una se-

A pesar de una mejoría clara de la sintomatología dolorosa, al reiniciar la actividad laboral presentó recidiva del dolor aunque de mucha menor intensidad, por lo que se instauró tratamiento con iontoforesis administrando anestésico local y corticoides en 10 sesiones diarias y otras 10 con una secuencia semanal. Con una movilidad casi normal y sin dolor del hombro el paciente volvió a sus actividades normales sin requerir tratamiento analgésico. En el control a 6 meses la radiografía no ha variado pero el paciente se encuentra asintomático.



Figura 2. Radiografía anteroposterior de hombro izquierdo en la que se evidencia un grave pinzamiento de la interlínea glenohumeral, esclerosis subcondral, osteofitos y geodas subcondrales en cabeza humeral.

cuencia semanal. Al finalizar los bloqueos, el paciente continuó con TENS en tratamiento domiciliario, que sigue usando con regularidad, al con-

trol clínico a 6 meses de finalizado el tratamiento en la unidad. En el momento actual se mantiene la mejoría del dolor más un nivel funcional subjetivo compensatorio de la movilidad del hombro, que le permite realizar todas las actividades de la vida diaria con normalidad.

Discusión

Los pacientes que acuden a las Clínicas del Dolor con patología de dolor en el hombro suelen ser enfermos derivados de los Servicios de Traumatología o Rehabilitación, después de intervenciones quirúrgicas que han sido poco resolutivas o bien en pacientes de dolor de hombro de etiología poco clara, que han realizado diversos tratamientos, todos ellos de poca efectividad.

Como en todos los pacientes con problemas de dolor crónico, es importante conocer cuál es la causa que provoca dicho dolor. De todas formas, en primer lugar el tratamiento debe ir encaminado a conseguir reducir el dolor y la inflamación y, por tanto, es aconsejable pautar AINE.

Otro de los tratamientos que puede ser efectivo es la lontoforesis, que consiste en la aplicación de fármacos ionizados a través de la piel, por acción de la corriente constante o galvánica. Se suelen emplear anestésicos locales, corticosteroides y orgoteína.

Con bastante frecuencia en este tipo de pacientes que presentan dolor crónico del hombro, realizamos tratamiento con estimulación eléctrica transcutánea, durante un período de 15-21 días, y si el tratamiento se muestra efectivo, se les proporciona a los pacientes un aparato de TENS para que puedan continuar el tratamiento en su domicilio.

EL bloqueo del nervio supraescapular es una de las técnicas que se realizan con mucha asiduidad en las Clínicas del Dolor. El nervio supraescapular inerva el músculo supraespinoso y el infraespinoso. También da ramas sensitivas a la articulación del hombro y a las estructuras adyacentes. Se realizan bloqueos con anestésico local, habitualmente con lidocaína, en intervalos semanales, durante 6 u 8 semanas.