

# Valoración del dolor en el hombro

L. PEIDRO

---

## SUMARIO

---

La valoración del dolor en el hombro requiere de un examen clínico que a simple vista puede parecer abrumador. Sin embargo, la historia clínica, la exploración sistemática de la movilidad activo-pasiva glenohumeral y la localización de puntos dolorosos nos deben dirigir a grandes rasgos hacia un grupo de patología concreto, aún en ausencia de exploraciones complementarias. Una vez orientado el proceso y confirmado su origen en las estructuras anatómicas de la cintura escapular, debemos intentar diferenciar entre una etiología tendinosa o articular. Se describen los signos clínicos más importantes que permiten dicha distinción, así como aquellos que con una mayor fiabilidad nos orientan hacia los diagnósticos de las patologías más frecuentes en la práctica clínica habitual.

**Palabras clave:** Hombro doloroso. Manguito rotador. Inestabilidad glenohumeral.

El dolor en el hombro es uno de los problemas clínicos más frecuentes del aparato locomotor. Son muchos los procesos mecánicos y de otra naturaleza que pueden traducirse en un síndrome de dolor de hombro, pero es fundamental una definición precisa de su origen para instaurar un tratamiento correcto.

Inicialmente es básico diferenciar el dolor producido en las propias estructuras anatómicas del hombro (intrínseco) del irradiado de otras localizaciones (extrínseco).

---

Especialista Senior  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ICAL)  
(Jefe de Servicio: Prof. S. Suso Vergara)  
Hospital Clínic de Barcelona  
Universidad de Barcelona

---

## SUMMARY

---

Correctly assessing shoulder pain requires a clinical examination that may, at first sight, seem overwhelming. However, the clinical record, systematic examination of the active and passive glenohumeral mobility and the location of painful spots should generally guide us towards a specific pathology group, even in absence of complementary tests. Once the process has been detected and its origin confirmed in the anatomic structures of the shoulder girdle, an attempt should be made to differentiate between tendons or joints as the probable cause. Including a description of the most important clinical signs involved in making this distinction, as well as those that are most likely to lead to correct diagnosis of the most frequent complaints in everyday clinical practice.

**Key words:** Shoulder pain. Rotator cuff. Glenohumeral instability.

En general, la historia clínica y la exploración física pueden establecer esta distinción, pero no siempre es fácil. Además, no son infrecuentes los pacientes en los que coinciden el dolor intrínseco y el extrínseco, casi siempre de origen cervical, y es preciso diferenciarlos cuidadosamente.

En la historia clínica interrogaremos al paciente acerca de sus antecedentes médicos, traumáticos, laborales y deportivos en busca de mecanismos

---

### Dirección para correspondencia:

Dr. Luis Peidro  
Servicio de Traumatología  
Hospital Clínic  
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona

repetitivos o microtraumatismos. La edad del paciente es muy importante, ya que por debajo de los 30 años existe un claro predominio de las inestabilidades, mientras que por encima de los 40 se orientará hacia la patología degenerativa del manguito de los rotadores.

Otro parámetro básico a valorar son las características del dolor: localización e irradiación, inicio agudo o insidioso, continuo o a la movilización, con arco doloroso específico o no, de predominio nocturno o durante la actividad laboral o deportiva.

Es imprescindible el estudio de la movilidad activa y pasiva, recordando que la movilidad del hombro implica, además de la articulación glenohumeral, la acromioclavicular, la esternoclavicular y la escapulotorácica, por lo que todas ellas deberán explorarse sistemáticamente.

En general, ante un dolor de hombro que no está relacionado con su movimiento ni lo limita, sin sensibilidad local a la palpación, habitualmente sin antecedente de sobrecarga profesional o deportiva, sospecharemos que nos hallamos ante una lesión extrínseca.

Por el contrario, cuando el dolor se relacione con el movimiento activo y/o pasivo del hombro, existan antecedentes de traumatismo o sobrecarga, o bien sensibilidad local al tacto sospecharemos que estamos ante una patología intrínseca.

---

## HOMBRO DOLOROSO EXTRÍNSECO

---

La causa más común del dolor referido al hombro es de origen cervical, pero puede provenir también de múltiples fuentes aparte del cuello (Tabla 1).

**Tabla 1. Causas de dolor referido al hombro**

---

Radiculopatía cervical
Neuritis braquial
Distrofia simpático refleja
Epicondilitis
Síndrome túnel carpiano
Costilla cervical
Síndrome escalenos
Neoplasias
Absceso subfrénico
Infarto de miocardio
Tromboembolismo pulmonar
Colecistopatías
Pleuritis

---

La espondilosis cervical C5-C6 conduce a menudo a un dolor irradiado al hombro y a la extremidad superior. Existirá restricción y dolor al movimiento del cuello, con cambios radiológicos degenerativos en la columna cervical. Si la afectación radicular es importante, la debilidad de la abducción y la rotación externa del hombro pueden simular una ruptura del manguito rotador. Sin embargo, en estos casos el EMG estará alterado y la maniobra de Valsalva y la compresión craneocaudal de la cabeza exacerbarán el dolor.

Más difícil de diagnosticar es la neoplasia del vértice pulmonar que irrita al plexo braquial. A veces se observa un empastamiento en la región supraclavicular, que con el antecedente de tabaquismo y la afección múltiple de nervios periféricos deberá hacernos sospechar. Los cambios difusos del EMG y, sobre todo, la radiología de tórax serán diagnósticos.

También las neuropatías son causa de dolor extrínseco, que se asocia a debilidad motora, atrofia muscular y pérdida de la sensibilidad. El síndrome del túnel carpiano y la epicondilitis también pueden producir dolor irradiado proximalmente hacia el hombro y se debe pensar en ellos ante todo caso de dolor en hombro y brazo.

Una costilla cervical o un síndrome de los escalenos que produzcan un síndrome del desfiladero torácico por compresión vasculonerviosa, problemas intratorácicos como la isquemia coronaria, la embolia pulmonar y la pleuritis, lesiones abdominales como las colecistopatías y procesos expansivos subdiafragmáticos deberán igualmente ser tenidos en cuenta para determinar la etiología del dolor extrínseco de hombro.

---

## HOMBRO DOLOROSO INTRÍNSECO

---

Puede provenir de diversas localizaciones y etiologías, por lo que siempre deberá realizarse un diagnóstico diferencial. La antigua denominación de periartrosis escapulohumeral debe evitarse pues englobaba una serie de alteraciones que en la actualidad están bien diferenciadas. Tampoco debe caerse en la ambigüedad del "hombro doloroso". Nos basaremos en la historia clínica y la exploración física para orientar el cuadro clínico hacia un tipo de patología articular o bien tendinosa.

Si a la exploración observamos que tanto la movilidad activa como la pasiva están limitadas global-

mente y ambas son dolorosas de forma difusa, sin distinguir un arco doloroso, hay que sospechar de una afectación de las estructuras articulares glenohumerales y pensaremos en la capsulitis retráctil y la artritis, ya sean de origen infeccioso, reumático o degenerativo. Al contrario, si la movilidad activa está limitada selectivamente y la movilidad pasiva conservada, con un arco doloroso específico y con sensibilidad a la palpación en un determinado punto, sospecharemos que exista una afectación de las estructuras tendinosas y/o peritendinosas. Generalmente el dolor está causado por alteraciones de las partes blandas, y en especial por la patología degenerativa del manguito rotador. Las afecciones osteoarticulares son mucho menos frecuentes.

Es preciso recalcar que en ciertos intervalos de edades tienden a aparecer patologías características. Así, hasta la edad de 30 años predominan los problemas de inestabilidad; de los 35 a los 50 años, además de las tendinopatías del manguito rotador, son más frecuentes la tendinitis calcificante y la capsulitis retráctil; de los 50 a los 65 años destaca sobremanera la patología degenerativa del manguito de los rotadores, y por encima de esta edad además hay que tener en cuenta la patología degenerativa glenohumeral y la enfermedad metastásica.

## PATOLOGÍA TENDINOSA

Puede comprender la inflamación de las bolsas serosas (subacromial, subdeltoidea y subcoracoidea) y/o la inflamación y degeneración progresiva de los tendones de la porción larga del bíceps y los 4 tendones que forman el manguito rotador (de anterior a posterior: subescapular, supraespinoso, infraespinoso y redondo menor). Si bien estos elementos anatómicos pueden afectarse de forma aislada, es mucho más frecuente que se asocien entre sí, constituyendo distintos estadios evolutivos de un mismo proceso, que es el llamado síndrome de compresión subacromial. En ocasiones se produce el depósito de sales cálcicas en el espesor del manguito rotador, constituyendo la tendinitis calcificante, que se presenta habitualmente de forma independiente y puede manifestarse de forma aguda o crónica.

### Síndrome subacromial

Se define como una tendinopatía degenerativa crónica, de carácter regional y evolutivo, que afecta en mayor o menor grado a todos los elementos del

espacio subacromiodeltoideo. Viene determinado por una disminución del diámetro del mismo y por la precaria vascularización de la inserción humeral del manguito rotador. El espacio subacromial está limitado por la cabeza humeral, el acromion, la articulación acromioclavicular, el ligamento coracoacromial y la apófisis coracoides.

El manguito de los rotadores degenera por la compresión continuada que se produce sobre él a este nivel en las actividades cotidianas que implican movimiento del brazo en abducción y antepulsión por encima de la cabeza. Lógicamente, esta compresión será mayor si existe un aumento de grosor en alguna de las estructuras acromiocracoides antes citadas, ya sea por osteofitos en el borde anteroinferior del acromion y la articulación acromioclavicular, o bien por alteraciones en su morfología (excesiva curvatura del acromion).

La semiología del síndrome subacromial se relacionará con el grado de afectación de cada uno de estos elementos anatómicos.

### Características del dolor

En general es de inicio insidioso, pero también puede relacionarse con un traumatismo menor o sobrecarga que actuará como desencadenante. Suele referirse en la cara lateral o anterolateral del hombro. Es de predominio nocturno, dificultando dormir sobre el lado afecto. Existirá un arco doloroso a la movilización activa, que variará en función del estadio evolutivo y puede existir una limitación dolorosa de la movilidad pasiva en los últimos grados, con una sensibilidad local a la palpación en la cara anteroinferior del acromion.

### Signos clínicos de compresión subacromial

Existen unos signos clínicos específicos de compresión subacromial, los cuales provocan dolor al crear un roce entre la bóveda subacromial y el manguito rotador.

Signo de Neer. El examinador se sitúa detrás del paciente, el cual está sentado. Se evita el desplazamiento de la escápula con una mano mientras que con la otra se eleva el brazo del sujeto hacia delante en antepulsión completa y ligera abducción, creando una compresión entre el troquíter y el borde anteroinferior del acromion. El signo será positivo cuando esta maniobra despierte dolor selectivo en la cara anterior del hombro (Fig. 1).

Signo de Hawkins. El examinador está delante del paciente. Coloca el brazo del paciente en 90° de



**Figura 1.** Signo de Neer.



**Figura 3.** Signo de Yocum.



**Figura 2.** Signo de Hawkins.

antepulsión con el codo flexionado a  $90^\circ$  e imprime un movimiento de rotación interna a la articulación glenohumeral al bajar el antebrazo. Se crea así una compresión entre el troquíter y el ligamento coracoacromial. El signo será positivo cuando provoque dolor en la cara anterior del hombro (Fig. 2).

Signo de Yocum. La mano del hombro examinado se coloca sobre el hombro contralateral. Se pide al paciente que eleve el codo sin elevar el hombro. Esta maniobra produce una compresión entre el troquíter y el ligamento coracoacromial primero y con el borde inferior del acromion y la articulación acromioclavicular después. El dolor que se provoca se verá exacerbado si efectuamos una contrarresistencia a dicha elevación anterior del codo, confirmando la positividad del signo (Fig. 3).

Test de Neer. En los casos dudosos o de coexistencia con sintomatología extrínseca es de gran utilidad. Consiste en la inyección de 10 cc de anestésico local al 1% en el espacio subacromial. Nos confirma el diagnóstico de S. subacromial si los signos de compresión subacromial, previamente positivos, se negativizan unos minutos después de la inyección.

La degeneración tendinosa que caracteriza al síndrome subacromial evoluciona de forma progresiva desde la tendinitis hasta la ruptura en 3 estadios, tal como describió Neer. La historia clínica, las características del dolor y los signos clínicos nos ayudarán a clasificar nuestros pacientes en uno de los 3:

Estadio I. Se trata de una tendinitis simple, reversible, que se corresponde a una fase de edema y sufusiones hemorrágicas en la bolsa serosa y el manguito rotador. Casi siempre suele tratarse de pacientes jóvenes, deportistas (tenis, natación, béisbol), en los que el dolor aparece tras haber sobrecargado la región subacromial. La radiología es habitualmente negativa. Los signos de compresión subacromial son positivos. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la inestabilidad del hombro, la cual constituye con mucha frecuencia el origen del dolor de hombro hasta la tercera década de la vida.

El diagnóstico de tendinitis basado solamente en la RM fácilmente nos inducirá a error, ya que en los pacientes jóvenes esta tendinitis puede ser secundaria a inestabilidad glenohumeral. En los casos excepcionales en que el tratamiento conservador correctamente realizado durante 3-6 meses no consiga una mejoría significativa y además el test de Neer

sea positivo, puede aconsejarse el tratamiento quirúrgico, previa reevaluación del paciente para descartar una inestabilidad.

Estadio II. Corresponde a una tendinitis crónica o tendinosis degenerativa, con fibrosis de la bursa subacromial que se asocia a tendinitis del supraespinoso y/o de la porción larga del bíceps. La función del hombro es satisfactoria para una actividad ligera pero se vuelve dolorosa a la menor sobrecarga y a las actividades realizadas con el brazo por encima de la altura de la cabeza. Son pacientes de 30 a 40 años que acusan dolor durante la actividad laboral o deportiva, que se ve limitada. Los signos de compresión subacromial son positivos. El tratamiento es inicialmente conservador, aconsejando la cirugía si no existe mejoría significativa en 3-6 meses.

Estadio III. Existe una ruptura, ya sea parcial (no transfixiante) o completa (transfixiante), del espesor del tendón supraespinoso. Con frecuencia se afectan también la porción larga del bíceps y/o la articulación acromioclavicular. La ruptura también puede extenderse a los tendones infraespinoso y/o subescapular. Son pacientes mayores de 40 años, con dolor crónico, permanente, referido en la cara lateral del deltoides, de predominio nocturno, que impide dormir sobre el lado afecto y que se exagera al menor esfuerzo. A veces el dolor se inicia bruscamente, coincidiendo con un movimiento forzado o un traumatismo mínimo, asociándose un déficit de la antepulsión y/o abducción activa con una movilidad pasiva normal. Hay que recalcar que la capacidad de elevar el brazo por encima de la horizontal no descarta en absoluto la existencia de ruptura completa transfixiante del tendón.

### **Signos de lesión tendinosa**

Existen unos signos clínicos de lesión tendinosa que nos sugerirán la existencia de una ruptura, a qué tendones afecta y con qué gravedad.

Signo del hombro encogido. Al solicitar realizar la abducción del hombro, la limitación de la movilidad glenohumeral lleva a realizar un movimiento compensatorio con la articulación escapulotorácica, dando la típica imagen de "hombro encogido" (Fig. 4), sugestiva de ruptura completa del tendón supraespinoso.

Signo de Codman o de la caída. Paciente sentado. El examinador coloca pasivamente el brazo del paciente en abducción de 90° y lo empieza a descender. Al alcanzar aproximadamente 80°, deja de sostenerlo súbitamente. El signo es positivo si el

paciente refiere dolor e incapacidad para sostener el brazo, sugiriendo una ruptura del tendón supraespinoso (Fig. 5).

Signo de Jobe. El examinador se sitúa frente al paciente, colocando los brazos de éste a 90° de abducción con 30° de flexión anterior y los pulgares dirigidos hacia el suelo (rotación interna). El examinador intenta bajar los brazos del paciente contra su resistencia. Si existe una tendinitis o una ruptura parcial, la maniobra despertará dolor. Si existe ruptura completa, el paciente será incapaz de resistir al examinador y el brazo caerá (Fig. 6).

La positividad de estos signos permite casi asegurar que estamos ante una ruptura completa del tendón supraespinoso, mientras que su negatividad no descarta la existencia de la lesión.

Las rupturas del tendón supraespinoso pueden progresar a posterior y afectar el tendón infraespinoso



**Figura 4.** Signo del hombro encogido.



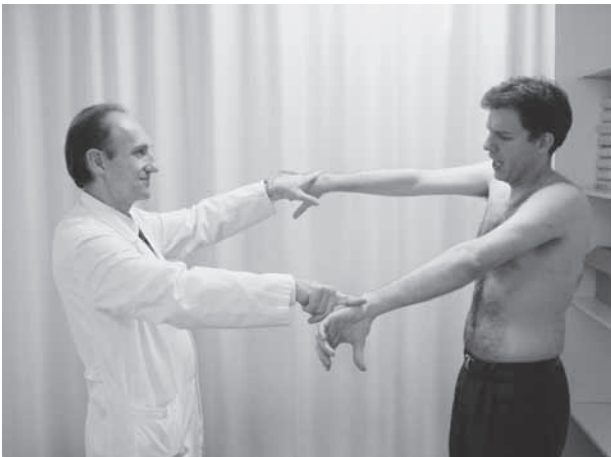
**Figura 5.** Signo de Codman o de la caída.

y/o, más raramente, progresar hacia delante y afectar el tendón subescapular. Conocer la extensión de la lesión es de vital importancia para establecer el pronóstico y recomendar el tratamiento quirúrgico más adecuado. Nos valdremos de los siguientes signos:

### **Signo de la rotación externa**

Con el codo del paciente flexionado a 90° y pegado al cuerpo se solicita la rotación externa contra resistencia del examinador, valorándola comparativamente con el brazo contralateral. La maniobra será positiva cuando se aprecie una disminución de la fuerza, que será sugestiva de ruptura del tendón infraespinoso (Fig. 7).

Signo del Portillón. El examinador coloca pasivamente el codo del paciente flexionado a 90°, pegado al cuerpo y en rotación externa máxima. Se invita al



**Figura 6.** Signo de Jobe.



**Figura 7.** Signo de la rotación externa.

paciente a mantener dicha posición sin la ayuda del examinador. El signo es positivo si el paciente es incapaz de mantener activamente la posición de rotación externa máxima, traduciendo la existencia de una grave afectación del infraespinoso.

Signo de Gerber o Lift-Off. Se pide al paciente que coloque el dorso de su mano en la zona lumbar. Se solicita separar la mano de la misma. El signo es positivo si el paciente es incapaz de efectuar la maniobra y traduce una lesión del tendón subescapular. Otra forma de realizarlo es colocando pasivamente la mano del paciente a unos 10 cm de la región lumbar, invitándole a mantener dicha posición. Si es incapaz de hacerlo, el signo es positivo.

Signo de la compresión abdominal. Cuando el paciente no es capaz, por dolor o limitación de la movilidad pasiva, de colocar la mano en la región lumbar podemos evaluar el estado del tendón subescapular mediante este signo. Se coloca el brazo del paciente con el codo flexionado a 90° y la palma de la mano apoyada en su abdomen, manteniendo el codo en antepulsión máxima. Se solicita al paciente que se presione el abdomen manteniendo el codo en antepulsión. Cuando el signo es positivo, a la presión en el abdomen se acompaña la retroimpulsión del codo.

Signos radiográficos. El pinzamiento del espacio subacromial por debajo de 7 mm en la Rx anteroposterior de hombro en bipedestación y rotación neutra traduce la existencia de una ruptura completa masiva, de larga evolución y no suturable.

### **Patología bicipital**

Como entidad aislada es rara pero puede aparecer en jóvenes practicantes de natación, tenis, golf y deportes de lanzamiento. En pacientes mayores casi siempre forma parte de un síndrome subacromial, ya que se asocia a una afectación del manguito rotador.

El paciente refiere dolor de características inflamatorias que localiza en la cara anterior del hombro, en la corredera bicipital.

### **Signos de afectación bicipital**

Signo de Yergason. El paciente flexiona el codo afecto y resiste el intento de extensión que realiza el examinador. Al mismo tiempo, el paciente intenta la supinación del antebrazo también contra resistencia. El signo es positivo cuando la maniobra despierta dolor en la corredera bicipital y sugiere el diagnóstico de tendinitis bicipital (Fig. 8).



Figura 8. Signo de Yergason.

Palm-Up Test. Mantenemos el hombro del paciente en flexión de 45°, palma de la mano mirando hacia arriba y codo en extensión. El signo es positivo si al realizar la elevación resistida se desencadena dolor en la corredora bicipital y sugiere el diagnóstico de tenosinovitis bicipital (Fig. 9).

Signo de "Popeye" o de la "bola" caída. En pacientes mayores puede debutar como ruptura aguda, tras traumatismo menor o gesto forzado, debiendo sospecharse la existencia previa de una ruptura del manguito rotador. En ocasiones se aprecia un chasquido, seguido de tumefacción y equimosis en la cara anterior del brazo. La contracción de la musculatura bicipital produce un relieve similar a una pelota próxima al codo, distal al relieve muscular que se aprecia al efectuar la misma maniobra en el brazo contralateral.



Figura 9. Palm-Up Test.

### Tendinitis calcificante

Consiste en el depósito de cristales de hidroxapatita cálcica en la bursa subacromial y/o el manguito de los rotadores. Su etiopatogenia no es bien conocida, sugiriéndose una degeneración o una metaplasia fibrocartilaginosa de las fibras tendinosas por una hipoxia y/o hiperpresión localizadas, seguida del depósito cálcico, en pacientes con una predisposición genética. A esta fase formativa le sigue una fase reabsortiva en la que el depósito cálcico es fagocitado por macrófagos y, finalmente, una fase de reparación del tendón. Es más frecuente entre los 35 y los 50 años de edad y se puede presentar de forma aguda o crónica.

En el proceso agudo, correspondiente a la fase reabsortiva de la calcificación, el dolor es de inicio brusco, preferentemente nocturno, muy intenso y localizado. Todos los movimientos del hombro, activos y pasivos, están muy limitados por el dolor. El diagnóstico será radiográfico, apreciando una calcificación poco densa y de bordes mal definidos. En el proceso crónico la calcificación se aprecia más densa en la radiografía y con bordes mejor definidos. El cuadro clínico es de inicio insidioso y superponible a un estadio II de un síndrome subacromial. A menudo la sintomatología y/o la calcificación acaban por desaparecer espontáneamente al cabo de meses-años.

## PATOLOGÍA ARTICULAR

### Degeneración acromioclavicular

El dolor secundario a patología de la articulación acromioclavicular pasa con frecuencia inadvertido, ya que suele asociarse a patología degenerativa del manguito rotador, si bien también puede aparecer como entidad aislada. Existe un dolor selectivo a la palpación sobre la articulación. La degeneración articular puede ser causa de su tumefacción y engrosamiento aparentes en la radiografía, en ocasiones con osteofitos inferiores, comprimiendo el tendón supraespinoso y contribuyendo a producir un síndrome subacromial.

### Signo de "Cross Arm"

Consiste en colocar el brazo del paciente en flexión anterior de 90° y aducción forzada. El signo es positivo si esta maniobra desencadena dolor (Fig. 10). En los casos dudosos y/o asociación a síndrome subacromial, es de gran utilidad repetir la exploración tras la infiltración anestésica de la articulación acromioclavicular ya que la desaparición de la positividad del signo nos confirma la afectación acromioclavicular.



**Figura 10.** Signo de Cross Arm, sugestivo de degeneración acromioclavicular.

### Inestabilidad glenohumeral

La inestabilidad glenohumeral anterior es la causa más importante de dolor en individuos jóvenes. Aparece en relación con algún traumatismo o durante la práctica deportiva por microtraumatismo repetido, especialmente en deportes de lanzamiento, y se debe a lesiones capsuloperiósticas o bien del rodete glenoideo. Se confunde fácilmente con un estadio I de un síndrome subacromial y siempre debe sospecharse cuando éste no responde al tratamiento conservador.

#### **Signos clínicos de la inestabilidad glenohumeral anterior**

**Test de Aprensión.** Ante la sospecha de una inestabilidad anterior, es la primera maniobra a realizar. Con el paciente sentado, nos colocamos detrás de él y le colocamos el brazo en 90° de abducción, rotación externa y 90° de flexión de codo (maniobra de armar el brazo). Colocamos nuestra otra mano apoyada en la cara posterior de su hombro y empujamos la cabeza humeral hacia delante mientras aumentamos lentamente la rotación externa y la retropulsión (Fig. 11). La maniobra se considera positiva cuando el paciente no tolera la posición y refiere sensación de luxación inminente. Cuando la inestabilidad es menor, el paciente puede referir dolor en la cara anterior del hombro sin aprensión de luxación.

**Test de Recolocación de Jobe.** Se explora al paciente en decúbito supino y con el hombro fuera de la camilla. Se coloca el brazo en rotación externa y abducción de 90° y, con una mano colocada por detrás del hombro, se empuja la cabeza del húmero



**Figura 11.** Test de aprensión.

hacia delante a la vez que se aumenta lentamente la rotación externa con la otra mano. Esta maniobra despertará dolor. Manteniendo la posición dolorosa, se pasa a empujar la cabeza del húmero hacia atrás. Si el dolor desaparece el signo es positivo y nos confirma la existencia de una inestabilidad glenohumeral anterior (Fig. 12).

### Capsulitis retráctil

También llamada capsulitis adhesiva, hombro congelado o hombro bloqueado. Consiste en una retracción fibrosa de la cápsula articular, fundamentalmente del ligamento coracohumeral. Se caracteriza por un dolor continuo y de preferencia nocturno, de inicio insidioso, con rigidez progresiva y limitación activa y pasiva de todos los



**Figura 12.** Test de recolocación de Jobe.

movimientos de la articulación y en especial de la rotación externa. Suelen diferenciarse 3 fases: a) dolor y rigidez progresiva (3-9 meses); b) desaparición del dolor y persistencia de la rigidez (4-12 meses), y c) recuperación progresiva de la movilidad (12-42 meses). Aparece en mayores de 40 años, predominando en diabéticos y en personalidades despresivoansiosas, y puede ser bilateral. Puede aparecer tras una inmovilización prolongada, como resultado de un proceso patológico intrínseco del hombro o ser secundaria a causas extrínsecas (enfermedades cardiopulmonares, neurológicas), si bien con frecuencia no se logra comprobar un factor etiológico específico. Inicialmente la radiología es normal y con el transcurso del tiempo aparece osteopenia. En casos de duda diagnóstica, la artrografía mostrará una importante limitación del volumen articular.

### Degeneración glenohumeral

La enfermedad articular degenerativa o artrosis no es usual. A menudo es secundaria a fracturas articulares o existe un antecedente de luxación escapulo-humeral, si bien los trabajadores manuales y los atletas presentan una mayor susceptibilidad a padecerla. También puede ser secundaria a una necrosis avascular de la cabeza humeral. El dolor artrósico suele ser unilateral y de predominio nocturno, con una analítica normal. La movilidad activa y pasiva pueden reducirse progresivamente, en función de la destrucción articular. A diferencia de la capsulitis retráctil, la radiología mostrará un pinzamiento de la interlínea glenohumeral con esclerosis subcondral y osteofitos. Debe distinguirse de la artropatía que se produce en algunos pacientes afectados de rupturas masivas del manguito rotador de larga evolución (artropatía degenerativa del manguito rotador), en los que al pinzamiento de la interlínea glenohumeral se le añade un pinzamiento del espacio acromioclavicular.

### CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población y el incremento de la actividad física es responsable de que estemos viviendo un significativo incremento del número de pacientes que acuden a nuestra consulta refiriendo dolor de hombro. Siempre debe descartarse la presencia de dolor referido, infección, tumor, fractura o luxación. Para ello nuestra primera actuación tiene

que ser la de obtener una correcta historia clínica, seguida de una exploración física con valoración sistemática de la movilidad activa y pasiva del hombro. Tras eliminar los procesos antes referidos como causa del dolor de hombro, la causa más común de éste hay que buscarla en las partes blandas periarticulares, y especialmente en la patología degenerativa del manguito rotador. Inicialmente se procederá a aconsejar una disminución de la actividad física relacionada con la extremidad y AINE. Si la respuesta al tratamiento no es satisfactoria debe considerarse referir al paciente a un especialista del aparato locomotor para proceder a reevaluarlo y, en caso de que sea necesario, a solicitar las exploraciones complementarias más adecuadas para su diagnóstico y tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bateman JE. The diagnosis and treatment of ruptures of the rotator cuff. *Surg Clin North Am* 1963;43:1523.
- Bucholz RW. *Orthopaedic decision making*. 2ª ed. St Louis: Mosby 1996.
- Cofield R. Degenerative and arthritic problems of the glenohumeral joint. En: Rockwood C, Matsen F (eds). *The Shoulder*, Philadelphia: WB Saunders 1990.
- Gerber C, Krushell FJ. Isolated rupture of the tendon of the subscapularis muscle: clinical features in 16 cases. *J Bone Joint Surg* 1991;73B:389.
- Glousman RE. Instability versus impingement syndrome in the throwing athlete. *Orthop Clin North Am* 1993;24:89.
- Hawkins RJ, Bokor D. Clinical evaluation of shoulder problems. En: Rockwood C, Matsen F (eds). *The Shoulder*, Philadelphia: WB Saunders 1990.
- Hsu HC, Wu JJ, Jim YF. Calcific tendinitis and rotator cuff tearing; a clinical and radiographic study. *J Shoulder Elbow Surg* 1994;3:159.
- Kessel L, Watson M. The painful arc syndrome: clinical classification as a guide to management. *J Bone Joint Surg* 1977;59B:166.
- Matsen F, Arntz C. Subacromial impingement. En: Rockwood C, Matsen F (eds). *The Shoulder*, Philadelphia: WB Saunders 1990.
- Mc Rae R. *Clinical orthopaedic examination*. 3ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 1990.
- Neer CS. Impingement lesions. *Clin Orthop* 1983;173:70.
- Neviaser RJ, Neviaser TJ. The frozen shoulder. Diagnosis and management. *Clin Orthop* 1987;223:59.
- Post M, Silver R, Singh M. Rotator cuff tear. Diagnosis and treatment. *Clin Orthop* 1983;267:78.
- Silliman JF, Hawkins RJ. Classification and physical diagnosis of instability of the shoulder. *Clin Orthop* 1993;291:7.
- Uthoff HK, Sarkar K. An algorithm for shoulder pain caused by soft-tissue disorders. *Clin Orthop* 1990;254:121.
- Walch G. Semilogie et classification du conflit sous-acromial. *Rev Chir Orthop* 1988;74(4):279.