

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2006;21:125-7

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 47 años de edad, con antecedente de artritis séptica hematógena de hombro izquierdo sufrida a los 12 años de edad que fue tratada mediante desbridamiento y antibioticoterapia endovenosa con un resultado funcional satisfactorio durante más de 30 años. Desde hace cinco años, el paciente inició dolor difuso localizado en la zona posterior del hombro que se intensificaba tan sólo con actividades de esfuerzo. El dolor ha ido progresando y en el último año se ha hecho intenso y nocturno. En este último período se ha producido una disminución progresiva de la movilidad y como resultado ha presentado una dificultad progresiva para actividades cotidianas tales como vestirse, peinarse y alcanzar objetos situados por encima de la cabeza. Durante este último año ha sido diagnosticado de artropatía degenerativa del hombro con lesión grave de todo el manguito rotador. Ha seguido tratamiento con AINE, condroitín sulfato por vía oral, termoterapia y fisioterapia. Dado el antecedente séptico no se le han practicado infiltraciones y se le ha desaconsejado la intervención quirúrgica.

Por estos motivos, se nos remite a la Unidad del Dolor. La exploración clínica muestra una asimetría de cuello y hombros con una elevación del hombro izquierdo, una actitud en adducción y una rotación interna del brazo (Fig. 1). Cualquier intento de movilización del hombro provocaba un dolor agudo difuso en todo el hombro, que se extendía al cuello y la cara externa del brazo (EVA de 8/9). Durante la exploración era palpable la crepitación de la articulación. La radiología anteroposterior era compatible con una grave artropatía escapulo-humeral con probable desgarrar del manguito rotador (Fig. 2). Era evidente el aplanamiento de la cabeza humeral, osteofitos y erosión posteroinferior de la glenoides, así como la subluxación de la cabeza que indica una grave deficiencia del manguito rotador.

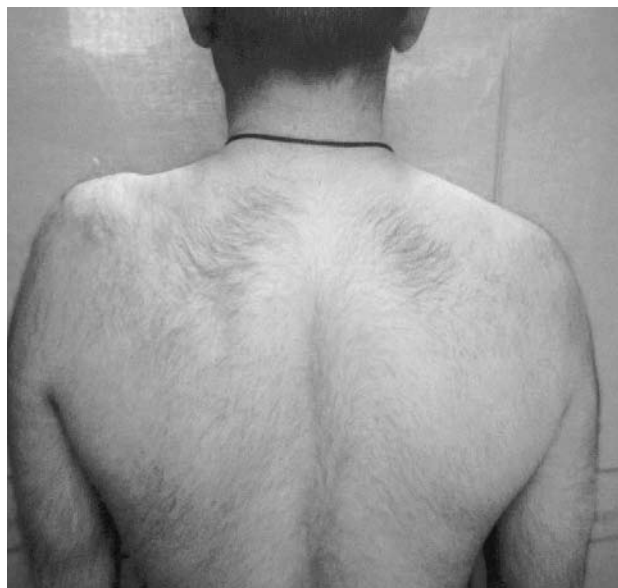


Figura 1. Elevación del hombro y atrofia de toda la musculatura del hombro izquierdo.



Figura 2. Radiografía anteroposterior de hombro que muestra los signos típicos de la artropatía degenerativa escapulo-humeral con probable grave deficiencia del manguito rotador. No existen signos de artritis séptica.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

Dado que el paciente sólo había recibido tratamiento con AINE y no de forma continua, se le prescribió tratamiento con tramadol (50 mg/8 horas) y aceclofenaco (100 mg/12 h). Asimismo, se realizó tratamiento con iontoforesis durante 15 días, administrando anestésico local y corticoesteroides. Al mes del tratamiento, el dolor había mejorado (EVA de 5), pero todavía presentaba muchos problemas para la movilización y para dormir, por lo que se aumentó el tramadol a dosis de 150 mg/12 h. A los dos meses de iniciar el tratamiento, y aunque existía una clara mejoría, todavía presentaba dolor, se realizó otra sesión de tratamiento con iontoforesis durante 15 días, con lo que el paciente mejoró de forma notable su dolor, presentando un EVA de 2/3. Actualmente, el paciente continúa estabilizado, se ha reducido el tratamiento farmacológico y acude de forma periódica para realizar tratamiento con iontoforesis.

CASO 2

Paciente de 73 años que nos es remitida desde el Servicio de Reumatología por presentar dolor en hombro izquierdo en el contexto de una espondiloartropatía seronegativa, tratada desde hacía 16 años con evolución satisfactoria y poca afectación de extremidades. En los últimos dos años la paciente había experimentado crisis de dolor e inflamación en ambos hombros y había perdido de forma progresiva parte del funcionalismo habitual de la raíz de los miembros superiores, con mayor gravedad en el lado izquierdo. Las crisis inflamatorias y el dolor habían estado bien controladas hasta hace ocho meses con infiltraciones intraarticulares con glucocorticoides *depot* y anestésico local. Hace seis meses la paciente sufrió un infarto de miocardio y se le descubrió una diabetes que requirió precozmente el tratamiento con insulina. Con motivo de estos antecedentes próximos, y dado que se había producido un empeoramiento tanto del dolor como del funcionalismo del hombro izquierdo, nos es remitida para valoración y tratamiento del dolor.

A la exploración, la paciente muestra un bloqueo doloroso del miembro superior izquierdo. El dolor está referido tanto a la cara anterior como a la cara posterior del hombro izquierdo y al intento de mínima movilización tanto pasiva como activa del brazo, la paciente refiere un dolor agudo muy intenso en la cara lateral del brazo (EVA de 7/8). Este dolor es el que la paciente reconoce como responsable de que desde hace más de un año le sea imposible o muy difícil conciliar el sueño y haya



Figura 3. Radiografía anteroposterior de hombro que muestra un grave pinzamiento de la interlínea articular escapulo-humeral, así como gran geoda posteroinferior de la glena y osteofito a nivel de la cabeza humeral.

optado por dormir sentada en un sillón y con un cabestrillo que le bloquea parcialmente la movilidad del miembro superior izquierdo.

Tanto la radiología (Fig. 3) como la RM (Fig. 4) que aporta muestran una grave artropatía de hombro izquierdo con lesiones crónicas en el hueso subcondral, pinzamiento articular y rotura crónica a nivel de una gran parte del manguito rotador. Los antecedentes clínicos cercanos contraindicaban el tratamiento quirúrgico del tipo artroplastia de sustitución del hombro, por lo que se planteó un tratamiento conservador con estimulación eléctrica transcutánea (TNS) durante 15 días seguidos en la Unidad y, posteriormente, dada la mejoría del dolor, se le proporcionó un TNS para poder realizar



Figura 4. RM de hombro izquierdo que muestra la grave destrucción articular y periarticular del hombro con una rotura masiva del manguito de rotadores.

el tratamiento en su domicilio, de forma continua, dos o tres horas al día. Asimismo, se le prescribió tratamiento farmacológico con tramadol y paracetamol de forma pautada diaria e ibuprofeno de rescate. También se represcribió tratamiento tópico con pomada de capsaicina al 0,075% tres veces al día. Con este tratamiento, mejoró el dolor (EVA de 3) y también la calidad del sueño. Actualmente, sólo precisa una hora de tratamiento con TNS y toma ibuprofeno de rescate de forma ocasional.

DISCUSIÓN

Para el correcto diagnóstico del dolor crónico del hombro es imprescindible el conocimiento de la forma de comienzo de los síntomas, su localización y el carácter del mismo. El dolor localizado en la parte superior del hombro sugiere la artropatía degenerativa de la articulación acromio-clavicular relacionada o no con una subluxación o luxación crónica. Este dolor se exacerba por el movimiento de adducción tanto en antepulsión como en retro-pulsión. El dolor de la bursitis subacromial de la enfermedad de manguito rotador y del hombro congelado se refiere de manera típica a la región deltoidea lateral, irradiándose con frecuencia a la parte lateral del brazo. Es constante la exacerbación del dolor con las actividades del brazo por encima del nivel del hombro. El dolor de hombro por irritación de las raíces nerviosas cervicales se

distribuye de una forma más o menos constante por los dermatomas cervicales y se asocia con parestesias y/o entumecimiento que puede alcanzar a toda la extremidad superior. Se alivia a menudo colocando el antebrazo por encima de la cabeza. La artrosis glenohumeral suele causar dolor en la cara anterior y posterior de la articulación, así como a las rotaciones del hombro. Tanto las lesiones del manguito de los rotadores como la artrosis de hombro evolucionadas suelen provocar dolor nocturno que impide o dificulta dormir sobre el lado afecto. La exploración física debe incluir estudios dirigidos a valorar las discrepancias entre la movilidad activa y pasiva. Es típico de las lesiones del manguito rotador la pérdida precoz de la elevación activa y la rotación externa del hombro. En la artritis, artrosis y el hombro congelado, por el contrario, se encuentra disminuida la amplitud de los movimientos tanto activos como pasivos. En las lesiones unilaterales se debe evaluar y comparar la movilidad y la fuerza muscular con el hombro sano, tanto en el momento del diagnóstico como para valorar la efectividad del tratamiento. A la exploración clínica debe unirse sistemáticamente la exploración radiográfica de frente y lateral axilar, esta última no siempre posible. Para el diagnóstico de las lesiones de partes blandas, la exploración idónea es la RM. La ecografía requiere de un alto grado de experiencia para llegar a diagnósticos precisos en la enfermedad de manguito rotador.