

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2009;24:59-61

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón, de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos destacables, pero con antecedente de caídas de repetición, sobre el hombro derecho, en la práctica del ciclismo de competición. El paciente presenta una deformidad asimétrica de ambos hombros, con una tumoración visible y muy dolorosa a la palpación a nivel del extremo distal de la clavícula derecha (Fig. 1). El dolor se pone de manifiesto, sobre todo, al realizar la abducción activa del brazo, y se acompaña de parestesias referidas a la cara externa y anterior del mismo, habiendo sido etiquetado en varias ocasiones como portador de un síndrome de tendinitis del supraespinoso.

No hay antecedentes confirmados de fracturas ni luxaciones del entorno acromioclavicular. Las exploraciones radiológicas que aporta, realizadas con motivo de traumatismos pasados, no muestran lesiones de inestabilidad de la articulación acromioclavicular ni de lesiones de la escapulohumeral.

El paciente nos es remitido desde un servicio extrahospitalario de rehabilitación, con el diagnóstico de artrosis acromioclavicular derecha, que en los últimos meses ha empeorado su sintomatología dolorosa impidiendo cualquier tipo de movilización activa del brazo y haciendo muy difícil el descanso nocturno. En los últimos meses se ha apreciado un aumento de la tumefacción y de la sensibilidad a la palpación en el extremo distal de la cara superior del hombro, habiéndose descartado signos de inestabilidad articular.

Las radiografías simples de hombro muestran signos de esclerosis e hipertrofia de los extremos óseos de la articulación acromioclavicular. La resonancia magnética (RM) del hombro, realizada en busca de lesiones del manguito de rotadores, muestra la grave afectación de la articulación acromioclavicular, con importante hipertrofia irregular de ambas facetas articulares, osteofitosis marginal y un gran quiste óseo subcondral a nivel del extremo articular de la clavícula (Fig. 2). La articulación glenohumeral se muestra normal.



Figura 1. Tumoración visible a nivel del extremo distal de la clavícula derecha.

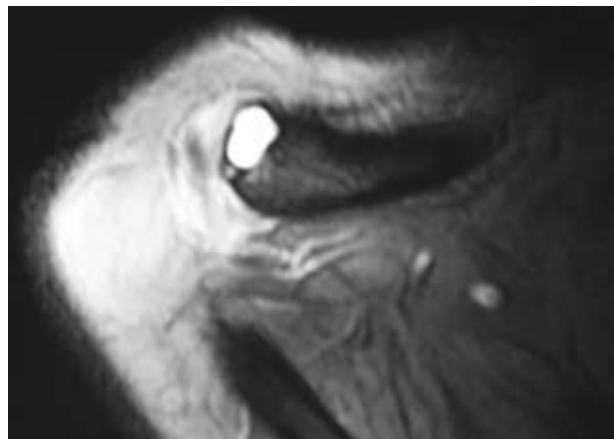


Figura 2. Gran quiste óseo subcondral a nivel del extremo articular de la clavícula.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 3. Infiltración intraarticular bajo control de amplificador de imágenes mediante contraste.

Hasta el momento de la llegada a la unidad, el paciente había seguido tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y rehabilitación, con respuestas irregulares. En dos ocasiones se le habían realizado infiltraciones periarticulares de la articulación acromioclavicular, y en tres del espacio subacromial, con mejorías de 1-2 semanas, con recidiva de la clínica. En ninguno de los casos el paciente refería que se hubiese utilizado amplificador de imágenes para la realización de las infiltraciones.

La anamnesis y la exploración general efectuada al paciente descartó la presencia de artritis reumatoide, artritis séptica, poliartropatía y otras alteraciones sistémicas del colágeno.

Ante el diagnóstico de grave artrosis de la articulación acromioclavicular, probablemente secundaria a microtraumatismos de repetición, planteamos el tratamiento mediante infiltraciones intraarticulares, con anestésico local (ropivacaína 2%, 0,2 ml) y corticosteroide *depot* (betametasona 20 mg), bajo control de amplificador de imágenes y mediante contraste (Fig. 3), obteniéndose una significativa mejoría del dolor a las 2 h de la infiltración.

Al control realizado a la semana 2, el paciente seguía manteniendo un excelente nivel de analgesia que se acompañaba de un correcto funcionalismo del hombro, por lo que se le autorizó reemprender su actividad deportiva con normalidad.

A la semana 6 y a los 3 meses, con un buen funcionalismo del hombro y una objetiva disminución de la tumoración articular, se le practicaron sendas infiltraciones con idéntica metodología. A los 6 meses el paciente estaba libre de dolor y con un nivel funcional del hombro normal.

CASO 2

Paciente mujer, de 61 años de edad, con antecedente de osteoporosis en tratamiento farmacológico, artrodesis cervical por discopatía C5-C6 a los 50 años, liberación del nervio mediano derecho por síndrome del canal carpiano derecho a los 52 años, tiroidectomía parcial por adenoma tiroideo a los 57 años, y sutura artroscópica del manguito de rotadores del hombro derecho por rotura crónica de los tendones del supra, infraespinosos y porción larga del bíceps, hace 1 año. Después de esta última intervención, la paciente siguió un programa estructurado de rehabilitación durante 7 meses, logrando una movilidad activa mejor que en el preoperatorio pero con una grave limitación funcional por dolor a los movimientos activos de abducción y aducción-antepulsión del hombro afecto. Este dolor era especialmente grave por la noche, impidiendo el sueño. La paciente solicitó ser remitida a la unidad del dolor, ya que el dolor en los últimos meses se había extendido a todo el muñón del hombro y se acompañaba de signos clínicos diferentes a los previos a la intervención quirúrgica.

Al ingreso en nuestra unidad, la paciente refería dolor en reposo, diurno y nocturno, a los mínimos movimientos, tanto activos como en la exploración pasiva, en la cara anterior y superior del muñón del hombro, donde era evidente una tumoración de características inflamatorias sobre la extremidad distal de la clavícula derecha.

La anamnesis descartó la existencia de poliartrosis y artritis reumatoidea, así como antecedente traumático sobre el muñón del hombro afecto. No existían exploraciones radiológicas previas, y la última RM practicada a los 6 meses de la intervención demostraba la existencia de una grave atrofia del músculo infraespinoso, la rotura o desinserción de la porción larga del bíceps y la rotura de los tendones del manguito suturados. Asimismo, a pesar de los artefactos por susceptibilidad magnética en el troquiter humeral, se apreciaban signos graves degenerativos de la articulación acromioclavicular, con múltiples quistes sinoviales, irregularidades de las superficies articulares e importantes osteófitos marginales en acromion y clavícula, conformando la imagen de una grave artropatía degenerativa acromioclavicular (Fig. 1).

Con el fin de valorar el componente de dolor de origen acromioclavicular, realizamos una punción intraarticular de esta articulación con anestésico local bajo control de amplificador de imágenes y con contraste radiológico, para comprobar la no difusión del líquido al espacio subacromial. A los

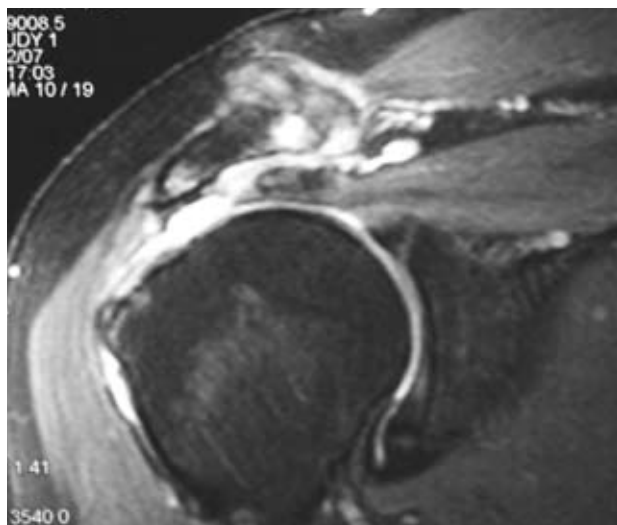


Figura 1. Múltiples quistes sinoviales, irregularidades de las superficies articulares e importantes osteófitos marginales en acromion y clavícula. Imagen de una grave artropatía degenerativa acromioclavicular.

10 min de la punción, la paciente había experimentado una mejoría sustancial que la mantuvo con dolor con escala visual analógica inferior a 4 durante 48 h. Ante la evidencia de que el origen de la sintomatología dolorosa y el consecuente trastorno funcional se debía a la grave afectación artrósica de la articulación acromioclavicular, se realizaron, a partir de ese momento, tres infiltraciones selectivas de dicha articulación, con anestésico local (ropivacaína 2%, 0,2 ml) y corticosteroide *depot* (betametasona 20 mg), bajo control de amplificador de imágenes y mediante contraste (Fig. 2). Al año de la última infiltración, la paciente ha reducido significativamente la función del hombro, pero controla el dolor con paracetamol.

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 acromioclavicular, relacionada o no con una subluxación o luxación crónica. Este dolor se exagera por el movimiento de aducción tanto en antepulsión como en retropulsión. El dolor de la bursitis subacromial, de la enfermedad del manguito rotador y del hombro congelado se refiere de manera típica a la región deltoidea lateral, irradiándose con frecuencia a la



Figura 2. Infiltración intraarticular bajo control de amplificador de imágenes con contraste.

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 parestias 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 la artrosis acromioclavicular es típico el dolor, tanto a los movimientos de abducción como a la aducción del hombro y la tumefacción del extremo distal de la clavícula. 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.