HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

I. DEFINICION.

II. FORMAS CLÍNICAS.

III. PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

IV. ¿Qué TRATAMIENTOS EMPLEAR?

V. ALGORITMO DE MANEJO.

VI. ANEXOS:

a. Ejercicios de movilidad pasiva.

b. Estiramientos.

c. Ejercicios potenciación.

d. Información al paciente.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

I. DEFINICIÓN:

La omalgia presenta una prevalencia del 6,9% a 34% en la población general, del 21% en mayores de 70 años. Representa el 1,2% de las consultas médicas, tercer lugar en frecuencia después de las lumbalgias y cervicalgias en las consultas de primaria. Entendemos por omalgia la localización de dolor a nivel del hombro, sus causas pueden ser múltiples dada sus características anatómicas, al tratarse de un conjunto de articulaciones con variadas funciones. Las patologías de la articulación glenohumeral u óseos representan tan sólo un 10% de estos; los procesos extraarticulares representan el resto, de los que un 70% son tendinitis del manguito de los rotadores de origen variado (sobrecarga, inestabilidad, degenerativa,…).

Hablamos de hombro doloroso en aquellos pacientes con síntomas de inestabilidad, rigidez, debilidad, bloqueo, crepitación, deformidad o parestesias, no asociadas a fracturas agudas, en ausencia de patologías a nivel de raquis cervical o etiologías no musculoesqueléticas (cardíacas, neurológicas, vasculares…) que pueden dar dolor referido. Debemos recordar siempre que cuando hablamos de hombro doloroso no establecemos un diagnóstico específico y debemos ahondar en el diagnóstico. Reseñar que la mayoría de los trastornos del hombro se pueden diagnosticar mediante una adecuada historia clínica, el examen físico y un estudio radiográfico simple (anteroposterior y vista lateral axilar).

En la <u>historia clínica</u> resulta de interés la edad y ocupación del paciente.

- En pacientes menores de 30 años las inestabilidades glenohumerales y las lesiones de origen traumático constituyen las causas más frecuentes de dolor en el hombro; en pacientes de 30 a 50 años el síndrome subacromial y las lesiones del manguito de rotadores son más frecuentes; por encima de los 50 años las roturas del manguito de rotadores y las omartrosis son las más frecuentes.
- Las actividades repetitivas manuales son de gran interés a la hora de enfocar a nuestro paciente.
- El dolor es el síntoma principal en la mayoría de estos pacientes, ha de averiguarse su localización e irradiación, su cronología, sus características: mecánico o inflamatorio. El dolor por patología subacromial, el hombro congelado y las patologías del manguito suelen referir dolor de manera típica a la región deltoidea lateral irradiado o no a cara lateral. El dolor nocturno es muy típico de las

patologías del manguito de los rotadores. La asociación de parestesias y entumecimiento obliga a realizar el diagnóstico diferencial con patologías del raquis cervical.

- Es importante conocer los antecedentes del pacientes la diabetes mellitus, el alcoholismos, la cardiopatía isquémica presentan importante asociación con la aparición del hombro congelado.

La exploración física ha de realizarse con el paciente desnudo de cintura para arriba.

a. La inspección ha de realizarse de manera comparativa, lo cual nos permitirá apreciar asimetrías que nos ayuden a llegar al diagnóstico, atrofias, signos de rubor, aumento de partes blandas, deformidades,....

Atrofia del músculo infraespinoso izq.

Atrofia de los musculos infra y supraespinosos izq.

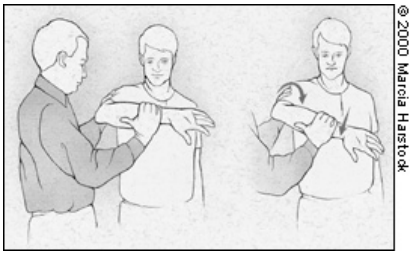
b. La palpación de puntos dolorosos nos permitirá centrar el origen del dolor. Recordar que el hombro está constituido por la articulación glenohumeral, la esternoclavicular, la acromioclavicular y la escapulotorácica, todas ellas fáciles de definir en cuanto a su localización.

c. La movilización debe ser valorada desde el punto de vista pasivo, activo y contraresistencia. La limitación del movimiento activo y pasivo suele tener relación con un problema articular; las patología extraarticulares no suelen presentar dolor a la movilidad pasiva y sí a la activa, a excepción de las bursitis en que duele en ambas; aquellos procesos relacionados con los mecanismos activos del movimiento,

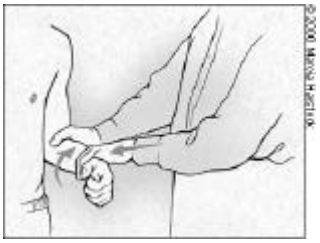
estructuras musculotendinosas, la limitación y el dolor suelen ser típicamente con el movimiento activo y con exacerbación con el movimiento contraresistencia. El dolor a la movilidad activa entre 60-100º orienta a tendinitis del manguito de rotadores, mientras por encima de estos grados la aparición de dolor orienta a patología de la articulación acromioclavicular. Los dolores referidos muestran inexistencia de dolor a la movilización activa y pasiva del hombro.

d. Existen algunas maniobras exploratorias del hombro que pueden resultar de interés:

- Signo de Hawkins. Elevamos en antepulsión el brazo del paciente a 90º , sosteniendole nosotros el brazo, a continuación realizamos rotación interna del humero, la aparición de dolor posee relación con patología del manguito de los rotadores o sdr. subacromial.

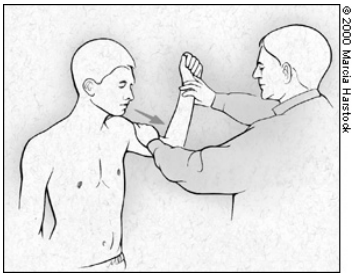


- Signo de Yergasson. Con el codo del paciente a 90º debe intentar hacer supinación contraresistencia, la aparición de dolor sugiere patología a nivel de la porción larga del bíceps.



- Test de aprehensión, el brazo en 90º de abducción y en rotación externa máxima (como un guardia de tráfico), los pacientes con inestabilidad anterior de hombro relatan sensación de luxación inminente, sensación que se acrecienta con la realización de presión sobre la cara posterior del hombro.

OMALGIA



- Prueba de caida del miembro. Con el brazo a 90º de abducción ordenamos al paciente que realice el descenso del mismo suavemente, en la rotura completa del manguito la imposibilidad de su realización es manifiesta.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

II. FORMAS CLINICAS:

Patologías extraarticulares:

1. Lesiones del manguito de los rotadores. Resultado del disbalance del manguito de los rotadores, presenta una forma aguda y una crónica. Se presenta habitualmente en pacientes por encima de los 40 años.

   - Forma aguda. Representa un estracto anatomopatológico muy variable, desde la simple tendinitis a la avulsión completa de la cofia de los rotadores. La incapacidad para elevar el miembro activamente, y la prueba de la caida del miembro deben de hacer sospechar una rotura completa del manguito.

   - Forma crónica. De implantación gradual. Es común el dolor nocturno y la dificultad para dormir apoyada sobre el hombro sintomático. Según evolucióna el cuadro es frecuente la aparición de atrofias musculares.

2. Tendinitis calcificante. Incidencia del 3-20%, predominantemente en adultos de 30 a 50 años. Afectación bilateral del 13 a 47% de los casos. Rara vez la tendinitis calcificante se asocia a rotura del manguito. La tendinitis calcificante puede reabsorverse y curar espontáneamente el tendón.

3. Tendinitis de la porción larga del bíceps. Rara vez como forma primaria, se presenta concomitantemente con lesión del manguito de los rotadores. El signo de Yergasson es útil para su diagnóstico, junto con la existencia de dolor a la palpación de la corredera bicipital.

Patologías articulares:

4. Hombro congelado. Se define como la pérdida idiomática de la movilidad activa y pasiva del hombro en ausencia de patologías que la justifiquen, esto la diferencia del hombro rígido que se relaciona con otras lesiones en el hombro o con procedimientos quirúrgicos. La diabetes tipo I es el factor de riesgo más común en estos pacientes. La exploración revela disminución significativa de la amplitud de movimiento del hombro pasiva y activa.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

5. Inestabilidad del hombro. Más frecuente en pacientes jóvenes, acompañado en numerosas ocasiones de traumatismo previo. Algunos pacientes describen la sensación de presentar una perdida de fuerza súbita, con sensación subjetiva de paresia. En otras ocasiones refieren un "click" doloroso cuando realizan determinadas tareas. El test de aprehensión ayuda en el diagnóstico.
6. Artrosis glenohumeral. Generalmente en mayores de 50 años. Su etiología más frecuente: primaria, artritis reumatoide y artrosis postraumática. Clínica de dolor progresivo, crepitaciones y disminución del rango de movilidad.
7. Lesiones de la articulación acromioclavicular. Mayoría de origen traumático o degenerativo. Las de origen degenerativo en ocasiones acompañan al síndrome subacromial y a las tendinopatías del manguito de los rotadores.
8. Patologías reumatológicas.
   - Polimialgia reumática. En mayores de 50 años, con dolor bilateral, valorar sintomatología general y la posibilidad de realizar un estudio analítico que incluya la VSG.
   - Fibromialgia, debemos de recordar que los hombros, el trapecio y la inserción escapular del supraespinoso se incluyen en los puntos dolorosos que orienta al diagnóstico de esta entidad. El cortejo sintomático que acompaña a esta entidad ha de ponernos sobre su pista.
   - La existencia de patologías reumatológicas de base ha de ser tenido en consideración a la hora de la orientación del paciente: LES, gota, Artritis reumatoide, espondiloartropatías,…

<u>Patologías óseas:</u>

9. Patologías óseas: neoplasias, osteomielitis y traumatismos. La historia clínica ha de ponernos sobre su pista: síndrome general, síndrome febril, traumatismo.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

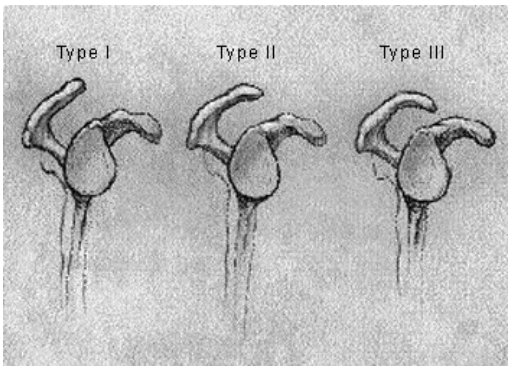
OMALGIA

III. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

En las omalgias el diagnóstico habitualmente se basa en la historia, la exploración y los estudidos radiográficos.

a. El estudio radiológico, la realización de dos proyecciones ortogonales es requisito fundamental, anteroposterior y axilar. Valoraremos:

- La relación del húmero con la cavidad glenoidea: La presencia de osteofitos a nivel subacromial y/o a nivel del troquiter puede revelar datos de afectación crónica del manguito de los rotadores. En las inestabilidades de hombro pueden aparecer cambios en forma de muescas a lo largo del anillo glenoideo o a nivel de la cabeza humeral. El aplanamiento de la cabeza humeral, con espacio articular irregular y disminuido son característicos de la omartrosis.
- La relación de la clavícula con el acromion y sus morfologías. Permiten valorar las variaciones anatómicas del acromion, el tipo III se asocia con mayor frecuencia con tendinopatía cronica del manguito.



- La existencia de calcificaciones tendinosas.

b. Ecografía. Ha demostrado una gran utilidad desde la llegada de los nuevos transductores, ofrece la ventaja de aportar un estudio dinámico, es inocua, cómoda, económica y sin contraindicaciones para su realización. Permite la valoración de: las estructuras tendinosas, de la bursa subacromial, evaluar el cartílago articular, el labrum y valorar la existencia de derrame y sinovitis. Actualmente junto con el estudio radiológico simple constituye el arma de estudios complementarios iniciales en la valoración del hombro.

c. TAC . Como complemento al estudio radiográfico simple en el estudio de traumatismos con radiografías negativas, o en el estudio preoperatorio de las omartrosis, para conocer el estado de la glena.

d. RMN. Constituye la segunda línea de estudios complementarios. Indicada como estudio diagnóstico y planificación preoperatoria, es útil en el estudio del manguito de los rotadores, en las lesiones del tendón largo del bíceps, en las lesiones sinoviales y en las del labrum.

e. Gammagrafía. De utilidad como complemento de los estudios simples resulta útil en aquellos pacientes con patología inflamatoria, infecciosa y/o tumoral y estudios clínicos y radiográficos no evidentes, ni concluyentes.

f. Los estudios de laboratorio. Los estudios analíticos generales, de la VSG, de tipo inmunológico (HLA), etc. no constituyen estudios habituales en el algoritmo diagnóstico del hombro doloroso pero han de ser valorados en pacientes con sintomatología general o poliarticular.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

IV. ¿QUÉ TRATAMIENTOS EMPLEAR?

Existe poca evidencia para apoyar o refutar la eficacia de las intervenciones más habituales en el tratamiento del hombro doloroso.

1. Reposo relativo. Utilizando el dolor como guía es imprescindible en las fases agudas, 4 a 7 días hasta mejorar las molestias. Limitar las actividades pesadas y aquellas sobre el plano cefálico. Limitar el uso de cabestrillo.
2. Hielo/calor. En la fase aguda disminuyen el dolor y la inflamación. Por su facilidad de aplicación constituye un buen tratamiento coadyuvante, la aplicación de unas bolsas de vegetales congelados durante 15-20 minutos cada 2 horas, en los tres primeros días es un método útil. En los días siguientes la aplicación de calor durante 20 minutos actua como relajante muscular.
3. AINEs. Deberán emplearse en las fases agudas, constituyen el tratamiento sintomático, no el fisiopatológico. Los estudios muestran resultados dispares en cuanto a su efectividad, sin que exista diferencias entre las diferentes familias. Los AINEs tópicos no son útiles en el hombro doloroso.
4. Esteroides orales, no poseen efectividad en los cuadros de hombro doloroso.
5. Glucosamina y condroitin sulfato. Se puede emplear en los casos de omartrosis aunque carecemos de trabajos que avalen su utilidad en la patología degenerativa del hombro.
6. Nitroglicerina transdérmica. No ha demostrado ser más efectiva que otros tratamientos y con importantes efectos adversos.
7. Iontoforesis, no ha demostrado su utilidad.
8. Laser. Se ha empleado en la tendinopatías con mejoras en el parámetro de dolor al compararlo con los AINEs, aunque existen estudios contradictorios.
9. Ondas de choque. Existen estudios contradictorios, con una posible aplicación en las tendinopatías calcificantes.
10. Ultrasonidos no han demostrado su efectividad.
11. Magnetoterapia. No ha demostrado su utilidad.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

12. Infiltraciones con esteroides. Son de gran utilidad, aunque los estudios existentes son escasos y con escaso número de pacientes y tan sólo muestran una mejoría en el rango de abducción. Deben de constituir un arma terapeútica de segunda línea en aquellos pacientes en que falla el tratamiento inicial.

INDICACIONES de INFILTRACION
- Lesiones en el manguito de los rotadores que no mejoran con tratamiento habitual. - Pacientes ancianos en los que se desestima el tratamiento quirúrgico y presentan clínica importante. - Como técnica diagnóstica, para discernir si el origen del dolor es subacromial. - Alivio temporal previo a la intervención quirúrgica.

13. Ejercicios de estiramiento. Destinados a mejorar la amplitud de movimiento de la articulación. Constituyen el tratamiento de base en el hombro congelado y de las patologías del manguito de los rotadores, cuya duración puede oscilar entre 6 meses a 2 años, lo que el paciente debe conocer, la limitada respuesta a la autofisioterapia puede obligar a poner al paciente en manos del médico rehabilitador. Obligadas en cualquier patología del hombro para mantener el rango de movimiento, incluso en la omartrosis aunque su realización ha de realizarse con mayor suavidad.
14. Ejercicios de potenciación de la musculatura rotadora. Base del tratamiento de las lesiones del manguito de los rotadores, muestran una efectividad en torno al 60% en pacientes mayores de 60 años incluso con roturas masivas del manguito de los rotadores. Su realización ha de ser sin dolor. No son de gran utilidad en la tendinitis calcificante aunque se sugiere su empleo para evitar la perdida del balance muscular y la movilidad.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

	Patología periarticular		Patología articular	
MODALIDAD DE TTO	EFICACIA	EVIDENCIA	EFICACIA	EVIDENCIA
Reposo relativo	SI (fase aguda)	Limitada	SI (fase aguda)	Limitada
Estiramientos y potenciación	SI	Limitada	SI (estiramientos)	Limitada
AINEs	SI	Limitada	SI	Limitada
Esteroides orales	NO	Importante		
Glucosamina			¿?	Nula
Nitroglicerina	NO	Importante		
Infiltraciones locales	SI	Limitado	SI (cuando gran componente inflamatorio)	Limitada
Lavados	SI (t.calcificante)	Limitada		
Iontoforesis	NO	Importante		
Acupuntura	NO	Nula		
Crioterapia	SI (fase aguda)	Limitada		
Ondas de choque	NO/SI	Limitada		
Ultrasonidos	NO	Limitada		
Laserterapia	NO	Importante		

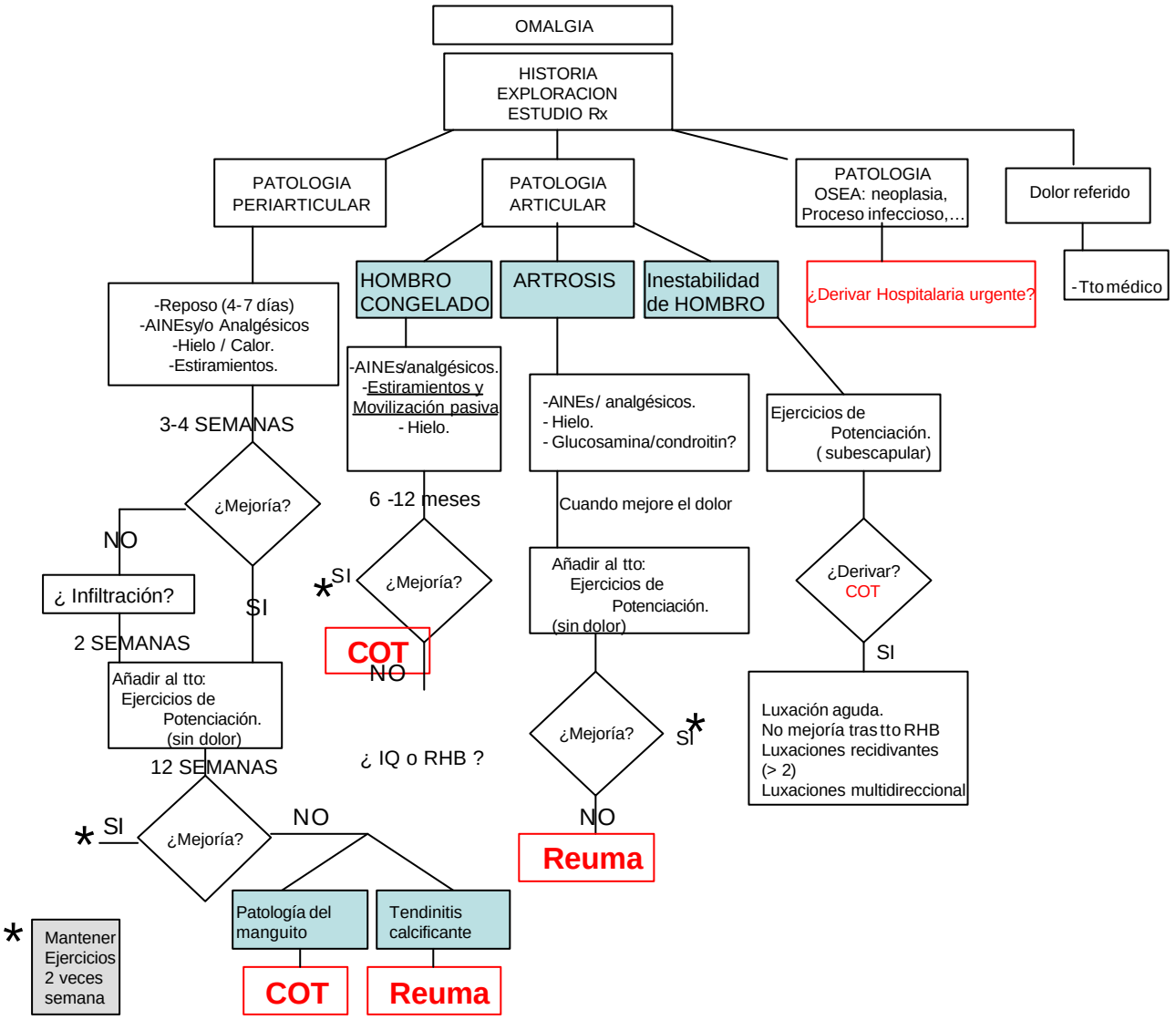
Efectividad: ¿?: se desconoce su utilidad, aunque se empleen en la práctica diaria.
Evidencia:

- Nula; no existen estudios válidos según MBE.
- Limitada; existen estudios pero de baja calidad según MBE.
- Importante; existen estudios de calidad según MBE.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

V. ALGORITMO DE MANEJO



HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

ANEXOS : **AUTOREHABILITACIÓN DEL HOMBRO**

El programa básico para la mayoría de los pacientes consiste en dos fases:

- Ejercicios de estiramientos y movilidad pasiva (ejercicios 1 y 2) para restaurar la amplitud de movimiento.
- Ejercicios de fortalecimiento para mejorar el tono muscular y el balance del hombro.

Objetivo: que el paciente entienda y se comprometa con el programa que se le propone, fundamental para su mejoría clínica. El progreso se logrará cuando se realizan con frecuencia, de 2 a 4 veces al día 7 días a la semana.

1,2 EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO:

Antes de su realización la toma de un AINE puede ser de ayuda para mayor comodidad en su ejecución. También la aplicación de calor local con una ducha caliente resulta de ayuda.

El estiramiento se puede lograr se logra evitando que el brazo lesionado no realice ningún trabajo activo, siendo ayudado por el brazo contrario. La forma más suave para comenzar son los ejercicios de tipo pendular (Codman). El hombro ha de estirarse en cada dirección hasta el tope de resistencia, manteniendo la posición contando hasta 5, relajando el brazo y tras un momento de recuperación se repite. En condiciones normales se realizan 5 a 10 repeticiones de cada ejercicio.

3. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO:

El inicio de los ejercicios de fortalecimiento NO supone el abandono de los de estiramiento. El fortalecimiento del manguito de los rotadores y del deltoides puede realizarse comodamente con el uso de bandas de goma (Theraband^{R}) de diferentes espesores, y por ello con diferentes niveles de resistencia. El paso de una goma a otra de mayor resistencia se debe realizar cada 2 o 3 semanas, postponiendolo en caso de dificultad para su realización o aparición de dolor al realizar los ejercicios con la nueva banda. Cada movimiento se realiza y sostiene en el punto final durante 5 segundos, repitiendo cada movimiento 10 veces.

Junto a estos ejercicios iniciaremos ejercicios de fortalecimiento de los músculos estabilizadores de la escápula: en frente a una pared doblar los codos dejando caer el peso del cuerpo, recuperar luego la posición inicial.

HOSPITAL DA COSTA
BURELA (Lugo)

OMALGIA

INFORMACIÓN AL PACIENTE: HOMBRO DOLOROSO

Qué es ?

Se define como aquel dolor que se sitúa en la región del hombro y aparece con algunos movimientos del brazo. El hombro doloroso es una de las consultas médicas más frecuentes, y llega a afectar al 25% de la población en algún momento de la vida. Es más frecuente en personas de edad avanzada o que realizan trabajos pesados.

¿PORQUÉ SE PRODUCE EL DOLOR?

El hombro es la articulación con más movilidad de todas las existentes en el organismo y por ello, la más propensa a presentar problemas. La función más importante del hombro es llevar la mano a la posición en la que ésta debe trabajar. El hombro no está formado por una única articulación, sino por varias, junto con un número importante de músculos y tendones. Todas estas estructuras se pueden lesionar y producir dolor.

A pesar de ser una patología muy frecuente, las causas que producen dolor de hombro, no son siempre bien conocidas. Dicho dolor puede ser debido a lesiones propias de la articulación, de los músculos o de los tendones y de los ligamentos que la componen (intrínsecas). En ocasiones, lesiones más distantes a la articulación también producen dolor en dicha zona (extrínsecas).

De las causas intrínsecas de hombro doloroso, el 90% de los casos se debe a problemas localizados alrededor de la articulación: en los ligamentos, los músculos, los tendones o en las bolsas serosas (periarticular), y solo en el 10% el dolor se produce dentro de la articulación (intrarticular).

SÍNTOMAS

El dolor aparece con los movimientos del hombro, en la cara superior y externa de la articulación . Generalmente, limita poco la movilidad, aunque en ocasiones impide realizar ciertos movimientos. Este dolor suele ser más intenso por la noche, sobre todo al dormir sobre el brazo y mejora después de moverlo suavemente. En otros casos, el dolor es muy intenso y agudo, pudiendo sentirse el dolor en la zona cervical, antebrazo y mano. Incluso puede presentarse una pérdida casi completa de la movilidad.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Lo más frecuente es que el diagnóstico sea sencillo. El médico con la exploración física, se asegura de que el dolor proviene únicamente del hombro y con qué movimientos se intensifica. Las radiografías ayudan poco al diagnóstico, tal vez sólo sean necesarias en los casos con clínica dudosa o de larga evolución. Por supuesto, los análisis y otras pruebas complementarias, inicialmente, no son precisas.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Al inicio, se debe mantener la articulación en reposo, sin realizar esfuerzos, pero nunca hay que movilizarla con vendajes o escayolas. El tratamiento médico se basa en tres pilares:

- Tratamiento farmacológico. Los calmantes, tanto analgésicos como antiinflamatorios, ayudan a controlar el dolor y mejorar la movilidad del brazo
- Inyección con anestésicos y corticoides en el hombro. Las inyecciones o infiltraciones producen una rápida mejoría de los síntomas, lo que facilita la realización de los ejercicios de rehabilitación. Se pueden repetir en 3 ó 4 ocasiones separadas al menos 15 días.
- Tratamiento rehabilitador. Cuando el dolor es menos intenso, hay que empezar con los ejercicios de rehabilitación. Este tratamiento consiste en la realización de ejercicios que mejoran las molestias del Hombro Doloroso, cuando el paciente es constante en su realización.

Fuente: Sociedad Española de Reumatología.