

ENFRENTAMIENTO CLÍNICO DEL SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR

Autor: Dr. Juan Camilo González G., Residente de Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC

Fecha: agosto 2021

Portada: El dolor de hombro es un motivo de consulta habitual en APS y el síndrome de manguito rotador es la etiología más frecuente. En este artículo revisaremos los puntos más importantes de la anamnesis y el examen físico de esta patología para su diagnóstico en APS.

Palabras clave: Hombro doloroso, manguito rotador, anamnesis, examen físico, APS, medicina familiar.

Introducción

El hombro doloroso ocupa la tercera posición entre los dolores musculoesqueléticos más frecuentes, precedido por el lumbago y la gonalgia. Entre las causas de omalgia encontramos la patología de la articulación acromioclavicular, los desórdenes glenohumerales, el dolor referido del cuello, y por supuesto, el síndrome de manguito rotador, correspondiendo este último al 85% de los casos de dolor de hombro, siendo el tendón del músculo supraespínoso el más lesionado ⁽¹⁾.

Además de lo frecuente de la patología otra cosa importante en la práctica clínica es la recurrencia de la enfermedad y su tendencia a la cronicidad, ya que se ha visto que un 14% de los pacientes siguen consultando después de 3 años del diagnóstico ⁽¹⁾.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo más importantes se encuentran: edad mayor de 40 años, actividad laboral que se asocie a movimientos repetitivos de extremidades superiores sobre la altura de los hombros, deportes como el voleibol, tenis, beisbol, golf, pesas y gimnasia, pacientes con presencia de inestabilidad escapular o discinesia, pacientes con enfermedad degenerativa de columna cervical y enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia ⁽¹⁾.

Anamnesis

Para una completa anamnesis, es necesario indagar en la ocupación del paciente, ya que por lo revisado anteriormente, hay profesiones u oficios que son factor de riesgo para esta patología, como por ejemplo, el dedicarse a labores de limpieza; y además reconocer la presencia de comorbilidades como diabetes, obesidad o cáncer.

Dentro de la historia del dolor propiamente tal es importante registrar la cronología de este y si está asociado a algún trauma previo, a antecedentes de inestabilidad del hombro o a

dolor cervical concomitante. También se debe caracterizar el dolor (inicio, duración, características, agravantes y atenuantes) y los síntomas que lo pueden acompañar, como la rigidez, la pérdida del rango articular o dolor en otras articulaciones. Algo especialmente importante en la anamnesis es la localización del dolor, ya que puede sugerir la posible etiología de este. En la tabla 1 se listan los diagnósticos según la ubicación del dolor ⁽²⁾.

Tabla 1: Sospecha diagnóstica según localización del dolor ⁽²⁾

Anterolateral	Posterior	Mal localizado
Tendinopatía del manguito rotador, Síndrome de pinzamiento del hombro, Capsulitis adhesiva, Desgarro del labrum, Osteoartritis glenohumeral o acromio clavicular, Tendinopatía del bíceps.	Tendinopatía de rotadores externos (redondo menor e infraespinoso), Distención cervical Radiculopatía cervical	Grandes desgarros del manguito rotador, Necrosis avascular de la cabeza del húmero. Causas extrínsecas*

*Neurológicas (Compresión de una raíz nerviosa, Herpes zoster, Lesión de columna cervical), abdominales (Irritación diafragmática, lesión esplénica, enfermedad hepatobiliar, etc.), cardiovasculares (síndrome coronario agudo), torácicas (Neumonía de lóbulo superior, Embolia pulmonar, Tumor de pulmón).

Por último, nunca olvidar preguntar por las “Banderas rojas” de hombro doloroso. Entre ellas se encuentra la presentación del dolor en contexto de un trauma, forma anormal de la articulación, aumento de volumen de la articulación o inflamación de esta, eritema local en conjunto de una articulación sensible y caliente, restricción severa del movimiento y síntomas sistémicos como sudoración nocturna, fiebre, baja de peso, o nuevos síntomas respiratorios. Estos síntomas y/o signos deben hacer sospechar la presencia de patologías más serias como lo son una fractura o rotura traumática de tendón, luxación de la articulación, artritis séptica, capsulitis adhesiva y sospecha de malignidad ⁽¹⁾.

Examen físico

Inicialmente se debe realizar la inspección del hombro, para lo cual se deben descubrir ambas extremidades superiores para evidenciar asimetrías, deformidades, pérdida de masa muscular y cambios en la piel ⁽²⁾.

El siguiente paso es la palpación, se recomienda comparar ambas extremidades y realizar el examen de manera sistemática, partiendo de medial a lateral (articulación esternoclavicular, la clavícula, la articulación acromioclavicular, la articulación glenohumeral y la escápula) para evaluar sensibilidad, dolor, deformidades, inflamación o calor local ⁽²⁾.

Posterior a la palpación se debe evaluar el rango articular de ambos hombros. En la tabla 2 se detalla el rango de movimientos que tiene la articulación glenohumeral y qué músculos están encargados de ellos ⁽²⁾.

Tabla 2: Rango de movimientos y músculos encargados⁽³⁾.

Flexión (180°)	Pectoral mayor y deltoides. (bíceps braquial)
Extensión (50°)	Deltoides. (redondo mayor)
Abducción (180°)	Deltoides. (supraespínoso)
Aducción (50°)	Pectoral mayor y dorsal ancho.
Rotación interna (90°)	Subescapular. (pectoral mayor y deltoides)
Rotación externa (90°)	Infraespínoso. (redondo menor y deltoides)

Después de haber evaluado el rango articular, se sugiere realizar 4 pruebas específicas para acercarse aún más al diagnóstico:

- 1) Test de “Rotación externa pasiva” (figura número 1). Este consiste en tener el brazo unido al tronco con el codo en 90° y realizar rotación externa. Si el paciente mantiene la postura con el que lo deja el examinador es negativo el test; en cambio si espontáneamente el brazo vuelve a su posición habitual es positivo. El resultado positivo debe hacer sospechar en una capsulitis adhesiva debido a la disminución del rango articular⁽²⁾.
- 2) “Test de Jobe” (figura número 2). Consiste en tener ambos brazos elevados con los codos estirados, brazos abducidos y con los pulgares apuntando hacia el suelo, posterior a esto el examinador ejercerá fuerza hacia el piso cosa que el paciente deberá soportar. El test es positivo si se presenta dolor e impotencia funcional en una extremidad y se debe pensar en una rotura completa de alguno de los tendones del manguito rotador⁽²⁾.
- 3) “Signo de Neer” (figura número 3). Este consiste en tener el hombro en rotación interna y realizar el arco completo de flexión de la extremidad de manera pasiva. Es positivo si en algún momento del movimiento se genera dolor, haciendo sospechar una lesión de los tendones del manguito rotador⁽²⁾.
- 4) “Signo de Hawkins” (figura número 4). Con el brazo en una flexión de 90°, el codo también flectado en 90° y el pulgar apuntando hacia abajo, el examinador procederá a realizar rotación interna del hombro. El test es positivo si genera dolor el movimiento, este hace sospechar de una rotura del tendón del músculo supraespínoso⁽²⁾.

Figura 1: Rotación externa pasiva

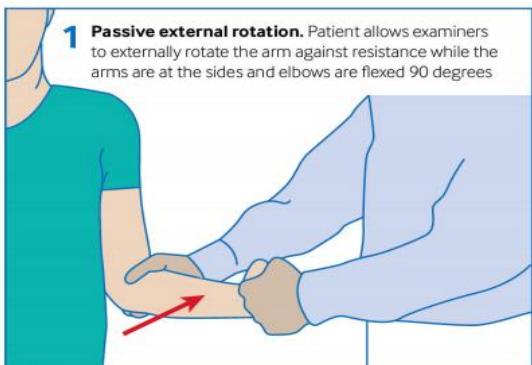


Figura 2: Test de Jobe

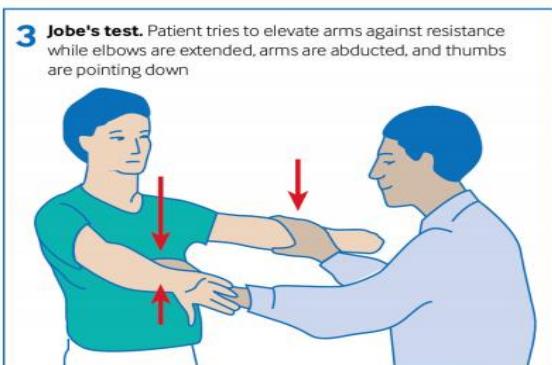


Figura 3: Signo de Neer

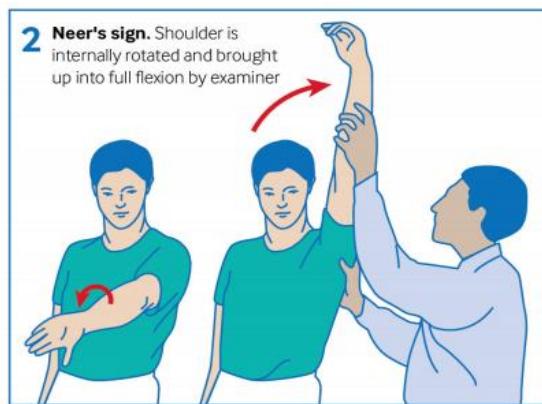
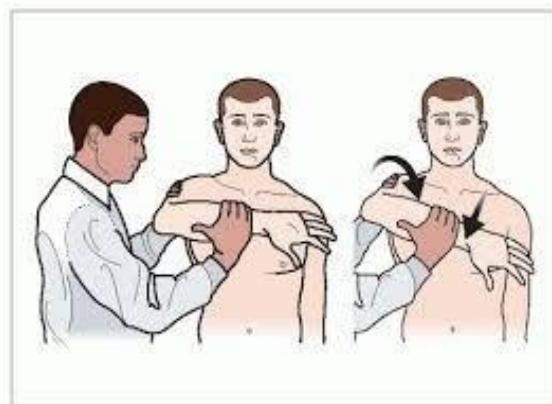


Figura 4: Signo de Hawkins

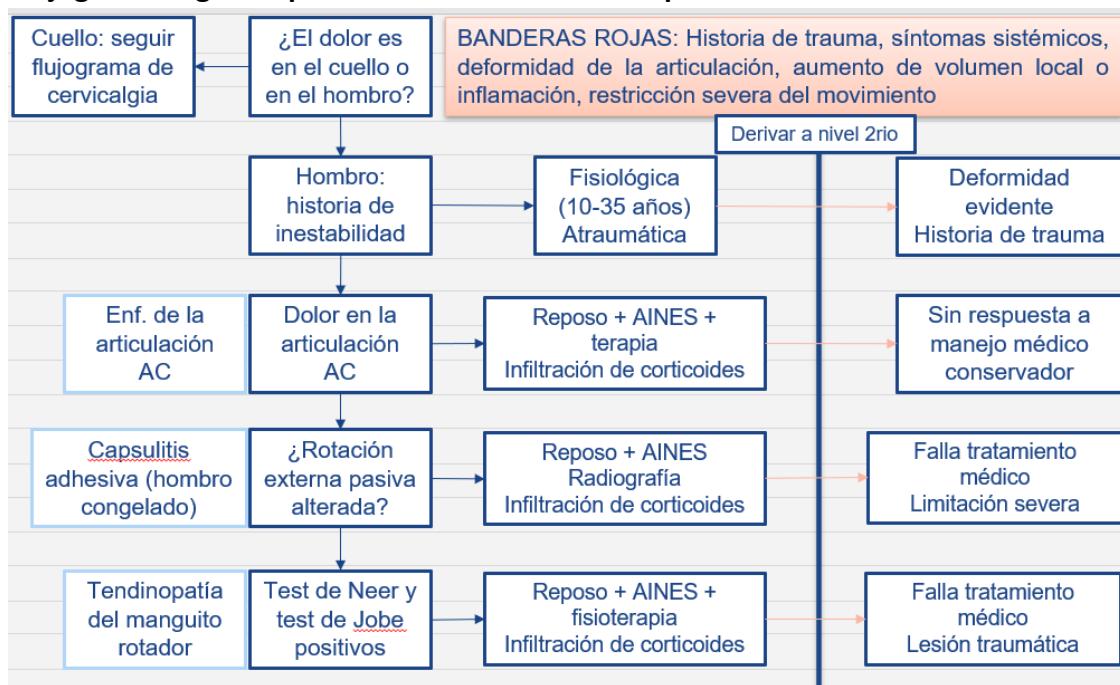


Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios más usados para el estudio de la omalgia son la radiografía, la ecografía y la resonancia nuclear magnética (RNM); sin embargo, poseen limitada utilidad en atención primaria y no se deben solicitar de rutina ya que se ha observado un riesgoso aumento de intervenciones quirúrgicas innecesarias por el exceso de estudios de imagen para esta patología⁽⁴⁾.

Por otro lado, sí deben ser considerados en los casos de pacientes con historia de trauma, duración de síntomas mayor a 4 semanas (con tratamiento), restricción de la movilidad severa, dolor intenso no controlable con fármacos y presencia de banderas rojas⁽⁴⁾.

Flujograma sugerido para la evaluación inicial de pacientes con dolor de hombro ⁽¹⁾.



Conclusiones

- El Hombro doloroso es uno de los motivos musculoesqueléticos de consulta más frecuentes en el ámbito ambulatorio y, por lo tanto, es importante saber cómo abordarlo de manera sistemática y ordenada.
- Se deben tener en cuenta las posibles etiologías del dolor según los hallazgos, tanto en la anamnesis como en el examen físico, para realizar un manejo correcto y derivar de manera oportuna en caso de ser necesario.
- También hay que recordar que a nivel de expertos no se recomienda el uso de imágenes para el estudio inicial ya que no aportan al diagnóstico realizado por la clínica, y se ha observado un aumento importante de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

REFERENCIAS:

- 1) Artus, M., A Holdt, T. and Rees, J. Clinical Intelligence. The painful shoulder: an update on assessment, treatment, and referral. British Journal of General Practice. (2014).
- 2) Gray, M.m Wallace, A., Aldridge, S. Assessment of shoulder pain for non-specialists. Medical British Journal. (2016).
- 3) Anonymous. Clinical Evidence Handbook. American Family Physician. 83(2). (2011).

- 4) Artus. M., A van der Windt, D., Afolabi, E., Buchbinder, R., Chesterton, Hall, A., Roddy, E. and Foster, N. Management of shoulder pain by UK general practitioners (GPs): a national survey. *Medical British Journal*. (2017).