

Hombro Doloroso en el Adulto Mayor

Jaime Valenzuela Mickle
Hospital Fuerza Aérea de Chile

El síndrome de hombro doloroso es un cuadro clínico frecuente que adquiere características diferentes en el adulto mayor.

Como todos los reumatismos de partes blandas, son enfermedades en las que la semiología constituye el pilar del acercamiento al diagnóstico y correcto tratamiento. En *Primer on the Rheumatic Diseases of the Arthritis Foundation* se lee: "Los síndromes reumáticos de dolor regional, por su prevalencia, complejidad y falta de pruebas de laboratorio diagnósticas, presentan un reto para el clínico".

Las estadísticas internacionales muestran que el 10% de la población adulta general ha presentado dolor de hombro durante la vida, con una prevalencia del 21% en los mayores de 70 años. Dentro de las patologías musculoesqueléticas es la tercera causa demandante de atención médica primaria después del lumbago y la cervicalgia.

Cuando un adulto mayor consulta al médico clínico por primera vez, las posibilidades diagnósticas son múltiples. La sintomatología puede derivar de lesiones en órganos o sistemas alejados, **causas extrínsecas**, así como de enfermedades en las estructuras anatómicas propias del hombro, **causas intrínsecas**.

DIFICULTADES DIAGNOSTICAS EN EL ADULTO MAYOR

En el adulto mayor se presentan más dificultades para un correcto diagnóstico etiológico del síndrome de hombro doloroso que en un joven debido a dos factores que inciden en forma importante:

- Los cambios naturales producidos en las estructuras articulares y tendinosas a causa de la edad, las actividades laborales y deportivas.
- Vicios posturales de la vida diaria, los que, mantenidos por años, condicionan la aparición del dolor en las estructuras intrínsecas del hombro y cuello.

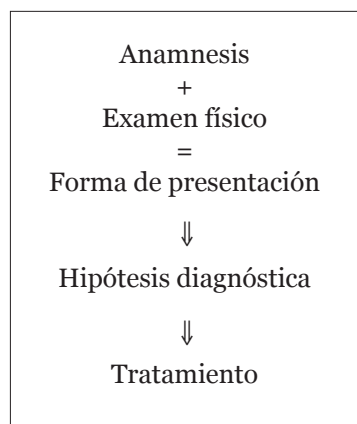
Los cambios naturales causados por la edad, actividades laborales o secuela de actividades deportivas,

son cambios degenerativos articulares que se observan frecuentemente en el adulto mayor con o sin dolor de hombro, alteraciones en las estructuras tendinosas y secuelas de patologías pasadas, todo lo cual hace que los estudios por imágenes requieran ser interpretados en estrecha relación con la información obtenida del examen físico. Por ejemplo, si un paciente consulta por dolor agudo, intenso y muy invalidante en la zona del troquíter y el estudio radiológico muestra artrosis acromioclavicular, este hecho es un hallazgo (*puede observarse frecuentemente en los mayores de 60 años*), y la causa sería una tendinitis aguda posiblemente por cristales (*es lo que se debe tratar*).

Cuando el dolor de hombro se presenta en un adulto mayor, hay más probabilidades que la causa esté determinada por enfermedades de otros aparatos o sistemas diferentes al musculoesquelético, como son las cardiopatías coronarias, lesiones proliferativas del pulmón, tumores abdominales que irritan el diafragma, lesiones óseas secundarias expansivas y daños neurológicos cervicales, entre otras. ¿Cómo separar estas causas extrínsecas del hombro doloroso del adulto mayor de causa intrínseca?

Hasta el presente nada reemplaza a:

1. Anamnesis realizada metódica y tranquilamente.
2. Examen físico general y localizado practicado en forma minuciosa.



1. Anamnesis

Durante la anamnesis se buscarán dirigidamente los siguientes elementos:

1. Fecha de comienzo de la sintomatología.
2. Acción que estaba realizada al momento del inicio del dolor. Si es diestro o zurdo.
3. Ubicación e irradiación del dolor.
4. Limitación del movimiento, diferenciando entre dolor o rigidez.
5. Ritmo diario del dolor.
6. Condiciones que lo alivian o acentúan.
7. Tipos de trabajo que ha realizado durante toda la vida, investigando especialmente sobre vicios posturales. Analizar las posiciones que adopta durante la lectura o al realizar labores manuales como bordar, pintar, tejer.
8. Postura en que duerme el paciente, preguntar si se acuesta temprano y si lee o ve televisión en cama; ello frecuentemente provoca dolores musculoesqueléticos.
9. Preguntar sobre la pérdida de fuerzas en el hombro, si hay adormecimientos o sensaciones parestésicas cutáneas.
10. Deporte o acciones recreativas en las que usa directa o indirectamente el hombro.
11. Preguntar dirigidamente sobre baja de peso, diabetes mellitus, síndrome febril, estado del apetito, sensación de opresión retroesternal, ictericia, trastornos del tránsito intestinal, molestias urinarias, cambio de coloración de la orina.

Cuando se termina de recabar esta información, es conveniente dejar al paciente manifestar sus inquietudes y temores respecto de su patología. Es frecuente que un paciente mayor tenga temor a una enfermedad invalidante o de pronóstico severo: “enfermedad a las coronarias”, “cáncer a los huesos”, “comienzo de una trombosis cerebral”, “quedar con el hombro malo para siempre”. Este temor, frecuentemente injustificado, constituye el elemento más gravitante en el deterioro de la calidad de vida de quien consulta por síndrome de hombro doloroso médico. Ello deberá ser considerado al explicarle al paciente la enfermedad que padece.

La información obtenida a través de la anamnesis determinará:

1. Si el cuadro de hombro doloroso es agudo o crónico, estableciendo como punto de corte arbitrario los 30 días. Este antecedente permite hacer un enfrentamiento terapéutico, como se verá más adelante.
2. Cuando el dolor se produce al hacer un movimiento brusco, acciones repetitivas no habituales o con peso

excesivo para la capacidad física del paciente, orienta hacia una tendinitis aguda. Como ejemplo de cada una de estas situaciones: sujetar a un nieto que tropezó y se está cayendo; en el segundo caso, una persona sedentaria que limpia todas las ventanas de su hogar en un fin de semana, y en el tercer caso, viajar con una maleta de peso excesivo.

3. Al preguntar sobre la ubicación del dolor el paciente, puede señalarnos un punto anatómico orientador, por ejemplo:

Si nos muestra la cara anteroexterna del hombro, pensaremos en una tendinitis del supraespinoso.

Si señala la cara posterior del hombro, en los fascículos posteriores del deltoides,

Si muestra la parte alta de la escápula, en el trapecio superior.

Si muestra la cara anterior del tercio proximal del brazo, en el tendón del bíceps.

Si indica todo el hombro acompañado de una actitud de protección (¡no me toque, por favor!), en una tendinitis por cristales.

Si señala todo el hombro, pero con una intensidad moderada, en una periartritis difusa (comienzo del hombro congelado).

Si muestra la zona retroesternal, las mandíbulas o la cara interna del brazo, pensar en *angor pectoris*.

Si el dolor se acentúa con la inspiración, pensar en irritación del diafragma por lesión torácica o abdominal.

Diferenciar el dolor respecto del lado dominante o el no dominante nos ayuda a sospechar una tendinitis aguda o crónica. Si es del lado dominante, deberemos pensar en un factor crónico que culminó en un cuadro agudo doloroso: un pintor con dolor de hombro orienta a un roce crónico con una tendinitis aguda; ésta, a su vez, por traumatismo o por depósito de cristales. Si el dolor es del lado no dominante, deberíamos pensar en una recarga aguda de trabajo, por ejemplo, cargar un peso excesivo para la capacidad del paciente; el lado no dominante es menos hábil para adaptarse, por lo que se produce una fatiga de material, un daño traumático, y secundariamente se suma una respuesta inflamatoria en el tendón.

Otro elemento a destacar es el número de puntos dolorosos. Con frecuencia cuando el dolor es de reciente comienzo, menos de una semana, lo habitual es encontrar un solo punto de dolor; en este caso, la lesión está ubicada en un tendón o en la bursa subdeltoidea. Cuando el dolor es de evolución crónica, sobre un mes desde el comienzo, es usual encontrar más de un punto doloroso; su posible explicación es que si bien al comienzo fue un tendón el afectado, con las posiciones

antiálgicas otros músculos se fueron usando en forma complementaria e inadecuada. Hay un aumento del número de puntos dolorosos a medida que el paciente es mayor.

4. Es frecuente que los pacientes con dolor tengan limitado el movimiento de la zona afectada; por lo tanto, se debe preguntar dirigidamente si la limitante es el dolor, la falta de fuerzas o la incapacidad para mover dicha zona.

Si la limitante del movimiento es por dolor, se deberá establecer la intensidad, desde tolerable como en las tendinitis a “terrible” como en las bursitis por cristales.

La falta de fuerzas puede ser secundaria a contractura muscular, a defensa, a compromiso de una raíz nerviosa o nervio periférico.

Cuando hay incapacidad para elevar y rotar el hombro, se deberá pensar en ruptura del manguito de los rotadores.

Si se asocia rigidez con dolor o rigidez casi pura, orienta a etapas 1 y 2 del hombro congelado.

5. ¿Qué ayuda al diagnóstico nos entrega el conocer el ritmo diario del dolor?

Si el paciente amanece sin dolor, se presenta durante el día y alivia cuando hace reposo nos orienta a tendinitis.

Si se produce esencialmente cuando eleva el miembro superior, en un síndrome de atrición.

Si aparece cuando comienza el reposo, en una contracción muscular tensional.

Si se presenta al despertar en la mañana, en vicio postural nocturno.

Si despierta a medianoche en forma reiterativa, en un proceso infeccioso óseo, neuropatía compresiva o en una metástasis ósea.

6. Las acciones que alivian el dolor pueden ser: calor-frío, posiciones para disminuir el dolor, medicamentos. El calor alivia el dolor cuando hay un componente importante de contractura muscular, la que puede ser secundaria a un proceso inflamatorio de tendón o bursa del hombro, mientras que el frío alivia cuando hay un proceso inflamatorio muy activo. La posición frecuente para aliviar el dolor es poner el miembro superior en reposo, apoyado en un pañuelo que se anuda alrededor del cuello. Los analgésicos alivian el dolor de cualquier origen, mientras que los relajantes musculares y los tranquilizantes disminuyen el componente afectivo negativo del dolor.

7. El trabajo realizado en malas posiciones favorece el hombro doloroso.

Un adulto mayor que pasa muchas horas en un computador con una silla de altura inadecuada, una bandeja

de teclado alta o baja para su talla, sentado sin apoyar la zona lumbar, favorece la proyección anterior de los hombros y, por ende, el roce tendinoso del manguito de los rotadores como respuesta a cada una de esas posiciones inadecuadas.

Una persona que se sienta a la mesa apoyándose sobre los codos favorece la compresión del manguito de los rotadores, entre la cabeza humeral y el acromion.

Leer o tejer en cama proyecta los hombros hacia anterior, lo que favorece los roces tendinosos de los músculos del hombro para quien es sedentario y tiene una musculatura subdesarrollada.

8. Hay posiciones nocturnas que favorecen las tendinitis secundarias a una compresión.

8.a. Cuando el adulto duerme en decúbito ventral rota el cuello y coloca los miembros superiores debajo de la almohada o a lo largo del cuerpo en rotación interna; lo habitual es que amanezca con “dolor de nuca”, dolor de hombros, miembros superiores dormidos y “dolor de riñones”; se han elongado los músculos cervicales y dorsolumbares que dan la cervicalgia y el lumbago, los nervios de los miembros superiores han sido comprimidos por los pectorales (como en el síndrome de hiperabducción) y se comprime el manguito de los rotadores entre el acromion y la cabeza humeral.

8.b. Si se duerme en decúbito lateral con una almohada que, aplastada por la cabeza, tiene una altura que es inferior a la distancia existente entre el borde externo del hombro y la base del cuello, como son la mayoría de las almohadas de uso actual, se proyecta el hombro hacia adelante o atrás, con lo que se comprime el manguito de los rotadores; igual situación se produce si se coloca el miembro superior debajo de la almohada.

8.c. Se deberá investigar sobre la calidad del sueño. Es frecuente que los portadores de hombro doloroso crónico tengan sueño superficial (“lo despierta el más mínimo ruido”), amanezcan como “si no se hubieran acostado”, presenten somnolencia posprandial, lo cual deberá tratar de corregirse mejorando hábitos y, cuando no sea suficiente, asociarlo a medicamentos que mejoren la estructura del sueño.

9. Si el hombro mantiene los movimientos, pero con poca fuerza, sensación de quemadura en la región y piel hipersensible, es probable que estemos ante una neuropatía sensitiva motora.

10. Las actividades deportivas o recreativas también pueden ser motivadoras de hombro doloroso, algunas por los movimientos propios del deporte, como la atrición que se pudiera producir durante el servicio del tenis, o la tracción al realizar un golpe de golf. Se observa en los deportistas de fin de semana que no hacen acondicionamiento físico a lo menos bisemanalmente y des-

precian el precalentamiento al comienzo y al final del acto deportivo.

11. Las preguntas de este punto están orientadas a la búsqueda de las causas de dolor extrínsecas en el adulto mayor.

En resumen: la anamnesis de la primera entrevista de un paciente que consulta por hombro doloroso médico nos permitirá diferenciar un cuadro clínico agudo del crónico, la probable estructura anatómica que genera el dolor, su relación con la actividad física (mecánica) o si es autónomo (infección ósea, metástasis, neuropatía) y si está condicionada por algún vicio postural de la vida diaria.

En la primera entrevista, la separación de los cuadros en agudos o crónicos, sumado al análisis del dolor, es importante para el médico tratante, ya que puede tipificarlo en una **forma de presentación** que le permitirá hacer una **terapia** más específica, como se verá más adelante.

2. Examen físico

Se deberá realizar con ambos hombros descubiertos, preferentemente de pies.

Inspección

En la inspección se observarán la forma, postura y simetría de los hombros en reposo y movimiento; se buscarán dirigidamente prominencias, abombamientos y alteraciones de color o de la estructura de la superficie de la piel. Normalmente existe mayor desarrollo del lado dominante en las personas que hacen actividad laboral y/o deportiva. Con una inspección detallada se podrán identificar procesos inflamatorios que comprometan la piel, herpes zóster, tumores de partes blandas u óseos y especialmente actitudes de defensa que orientarán hacia el área dolorosa.

La forma práctica de evaluar globalmente los movimientos de los hombros es solicitar al paciente que coloque ambas manos apoyadas en la nuca y proyecte los codos hacia atrás; quien es portador de hombro doloroso tendrá alguno limitado. Si existe alguno limitado se deberá estudiar separadamente cada uno de los movimientos de la articulación del hombro con diferentes técnicas: movimientos pasivos, movimientos voluntarios activos y movimientos activos contra resistencia.

Palpación

Durante la palpación se buscarán contracturas musculares, alteraciones de la sensibilidad cutánea difusa, músculos hipotónicos y especialmente puntos sensibles, tanto en posición de reposo como durante los movimientos del hombro. Los puntos dolorosos corresponden a diferentes estructuras anatómicas, por lo que

se debe mantener el recuerdo de la anatomía regional (Figuras 1 y 2).

En mi experiencia, una maniobra muy útil para acentuar molestias que no son claramente la causa de consulta, o cuando dicha molestia no está presente durante el examen médico, es realizar los movimientos contra resistencia.

Las maniobras, movimientos y puntos dolorosos que se sugiere explorar sistemáticamente en todos los pacientes portadores de hombro doloroso son once (Figuras 1 y 2):

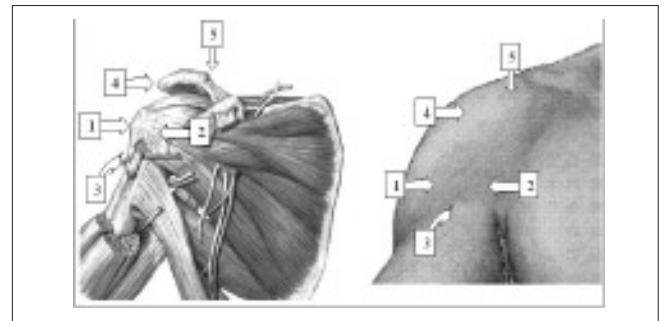


Figura 1. Relación entre anatomía y semiología del hombro en vista anterior. 1. Inserción del manguito de los rotadores en troquíter. 2. Inserción del músculo subescapular en troquíter. 3. Corredera bicipital. 4. Inserción del fascículo 3 del músculo deltoides en acromion. 5. Zona de la articulación acromioclavicular.

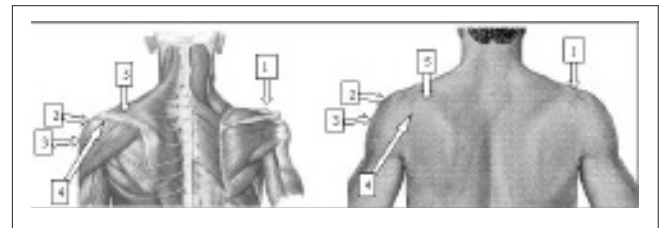


Figura 2. Relación de anatomía y semiología del hombro en vista posterior. 1. Zona de la articulación acromioclavicular. 2. Inserción del fascículo 3 del músculo deltoides en el acromion. 3. Zona de la bursa subacromial. 4. Inserción del fascículo 6 del deltoides en la espina del omóplato. 5. Inserción del trapecio superior en espina del omóplato.

1. Movimiento global de la articulación glenohumeral; si aparece dolor difuso e intenso, sugiere **artritis glenohumeral**; si es moderado, sugiere **periartritis aguda difusa**.

2. Dolor hacia medial del acromion, por la cara superior del hombro, zona de la articulación acromioclavicular; si se acentúa cuando se eleva el hombro o cuando se le proyecta hacia adelante o atrás, pensar en **artrosis acromioclavicular sintomática, menos probable artritis**.

3. Dolor al comprimir el reborde lateral del acromion, se acentúa cuando el examinador opone resistencia con la mano al movimiento de abducción del hombro del paciente. Sugiere **entesitis de la inserción del fascículo 3 del deltoídes**.

4. Dolor al comprimir la cara lateral del hombro, a 2 cm por debajo de borde lateral del acromion, presente en la **bursitis subdeltoídea**.

5. Dolor al comprimir un punto óseo ubicado en la cara anteroexterna del hombro, a 3 cm por debajo del borde acromial anterior, corresponde al troquíter. Para confirmar que es este punto óseo, se debe solicitar al paciente que haga movimiento de rotación interna y externa del hombro y se apreciará una protrusión ósea por fuera de la corredera bicipital. Se observa en inflamaciones de la inserción del manguito de los rotadores en el húmero.

6. Dolor al comprimir por dentro del punto anterior, al otro lado de la corredera bicipital, con el hombro en rotación externa; corresponde al troquín donde se inserta el músculo subescapular. Se encuentra en la **entesitis del subescapular**.

7. Dolor en una zona longitudinal entre el troquíter y el troquín que se acentúa al realizar la flexoextensión del codo. Presente en las **tendinitis de la porción larga del tendón bicipital**.

8. Dolor en el borde posterior del acromion, se acentúa al llevar el miembro superior hacia atrás. Sugiere **entesitis de la inserción de los fascículos 4 y 5 del deltoídes**.

9. Dolor en el borde inferior de la espina del omóplato, zona de inserción del fascículo 6 del músculo deltoídes. Presente cuando hay **entesitis de la inserción del fascículo 6 del deltoídes**.

10. Dolor en el borde superior de la espina del omóplato, especialmente en el tercio medio, zona de inserción escapular del trapecio superior. Es frecuente encontrarlo en el hombro doloroso crónico. Corresponde a **entesitis de la inserción del trapecio superior**.

11. Signo de Neer: dolor subacromial al elevar el brazo contra resistencia a 80-90°.

La confirmación de que alguno de estos puntos de dolor son los causantes del síndrome de hombro dolo-

roso médico se puede realizar al infiltrarlos con lidocaína 2%; su desaparición lo confirmará.

HIPOTESIS DIAGNOSTICAS

La primera información que nos permitirá la semiología es separar los síndromes de hombro doloroso extrínseco de los de causa intrínseca. Los segundos son el motivo de la presente comunicación.

La anamnesis nos permitirá determinar si el cuadro de hombro doloroso es agudo o crónico, tomando como punto de corte 30 días.

La segunda información que nos aporta la anamnesis es si es localizado o difuso. La palpación permitirá ubicar puntos dolorosos. El estudio del movimiento ayudará a precisar si hay uno o múltiples puntos de dolor. Si hay rigidez y/o contracturas.

El comienzo brusco y muy doloroso orienta a una tendinitis o bursitis por cristales.

La incapacidad de realizar un movimiento, sin dolor limitante, orienta a una pseudoparálisis, es decir, a una ruptura tendinosa.

El conocimiento de la actividad laboral permite identificar algunos oficios que facilitan el roce tendinoso crónico.

Las combinaciones de estos hallazgos permiten postular diferentes formas de comienzo, las que servirán para definir la terapia. Las formas de comienzo son agudas o crónicas.

a) Formas de comienzo agudo

a.1. Dolor localizado:

Tendinitis aguda
Tendinitis calcárea
Bursitis subacromial aguda

a.2. Dolor difuso:

Periartritis aguda difusa (inicio del hombro congelado)

a.3. Pseudoparálisis:

Ruptura tendinosa aguda

b) Formas de comienzo crónico

b.1. Hombro congelado

b.2. Tendinitis crónica

Síndrome de atrición
Entesopatía inflamatoria de inserciones óseas

b.3. Artrosis acromioclavicular

ORIENTACION TERAPEUTICA

Existen algunas acciones médicas que son comunes a casi todos los pacientes. La primera parte del tratamiento consiste en explicar al paciente el tipo y probable pronóstico de la enfermedad que está sufriendo; es frecuente que la persona portadora de la enfermedad tenga temores injustificados que crean una mala actitud ante la patología.

El dolor es lo segundo que se deberá tratar; en algunos cuadros es más importante que en otros, debiendo ocupar el primer punto de la medicación.

El sueño no reparador que no mejore con medidas higiénicas podrá tratarse con ciclobenzaprina 2,5 a 10 mg, o con amitriptilina 6 a 25 mg dos horas antes de acostarse; si no mejora, agregar fluoxetina en las mañanas.

Cuando un paciente presenta un síndrome de hombro doloroso médico se debe pensar que ha existido una mala relación entre los requerimientos mecánicos (malas posturas o movimientos) y la estructura del hombro que está despertando dolor, por lo que se deberá indicar rehabilitación física. Se debe explicar al paciente que la mejoría que se obtiene reforzando la musculatura global del hombro debe mantenerse haciendo **los ejercicios de hombro 15 minutos diarios indefinidamente**.

El enfrentamiento terapéutico en la primera entrevista del paciente portador de síndrome de hombro doloroso médico se puede adecuar a la forma de comienzo.

a.1. Formas de comienzo agudo:

Localizado:

Analgésicos
Reposo de acuerdo a la intensidad del dolor
Antiinflamatorios no esteroidales
Infiltración de corticosteroides más lidocaína (puntos hiperálgicos)
Reforzamiento kinésico a la brevedad
Corregir vicios posturales laborales y nocturnos

Difuso:

Prednisona en dosis de 20-30 mg diarios
Antiinflamatorios no esteroidales
Analgésicos al comienzo
Reforzamiento kinésico a la brevedad

Pseudoparálisis:

Tratamiento médico

b.2. Formas de comienzo crónico:

Hombro congelado:

Prednisona 20 mg diarios en período de dolor

intenso

Analgésicos en la etapa 1; corresponde a la forma de comienzo agudo difuso
Kinesioterapia precoz y mantenida
Antiinflamatorios no esteroidales

Tendinitis crónica:

Reposo si el dolor es intenso
Analgésicos
Antiinflamatorios no esteroidales
Corregir minuciosamente los vicios posturales
Reforzamiento muscular programado

Artrosis acromioclavicular:

Antiinflamatorios no esteroidales
Reposo moderado
Corregir vicios posturales.

Cuando estamos atendiendo a adultos mayores deberemos ajustar las dosis de los medicamentos a las pautas propias del grupo etario; por ejemplo, en el caso de antiinflamatorios no esteroidales usar la mitad de la dosis plena; cuando se utilicen fármacos de vida media prolongada, emplearlos día por medio.

Las recomendaciones precedentes constituyen una forma de enfrentamiento terapéutico que cada clínico deberá ajustar a cada paciente en particular.