



**SESIONES CLINICAS  
CENTRO DE SALUD DE VENTANIELLES**

---

# ■ HOMBRO DOLOROSO

Ainara Alonso Valbuena  
R3 C.S.Ventanielles

---

# Anatomía hombro

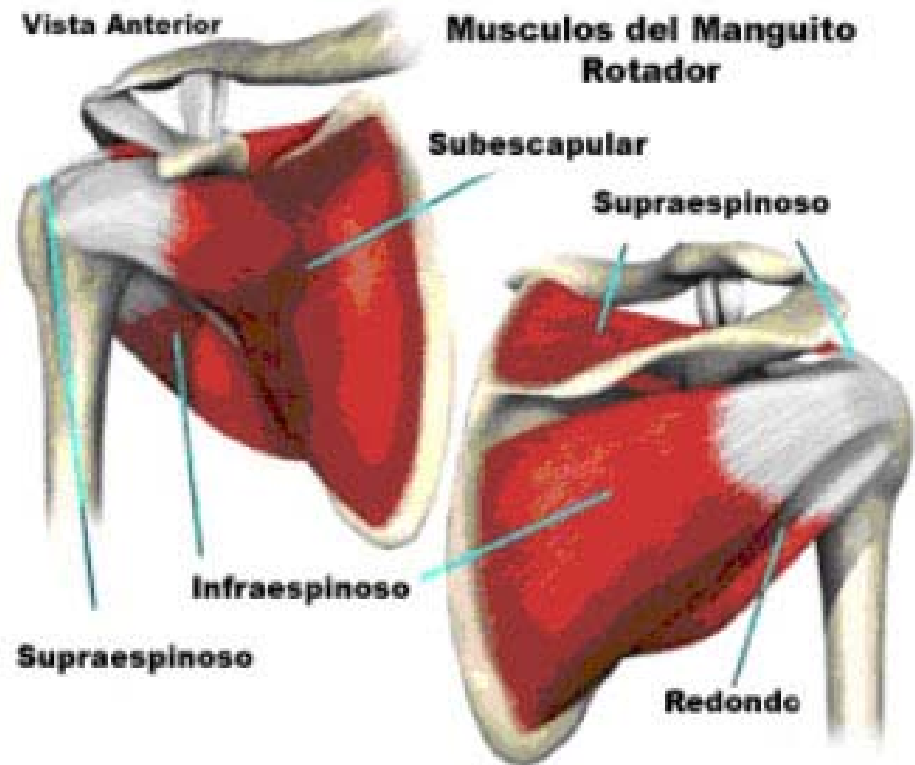
La cintura escapular comprende:

- articulación gleno-humeral
- articulación acromioclavicular)
- articulación esternoclavicular)



# Estructuras musculares

- “Manguito articular” compuesto por músculos escapulares cortos:
  - ❑ Supraespinoso
  - ❑ Infraespinoso
  - ❑ Redondo menor
  - ❑ Subescapular.
- Estos músculos se originan en la escápula y se insertan en las tuberosidades de la epífisis proximal del húmero (troquíter y troquín).



---

# Diagnóstico

## Historia clínica:

- Forma de comienzo: Agudo o insidioso
  - Características del dolor: localización, cronología, carácter inflamatorio o mecánico
  - Factores que desencadenan o alivian el dolor
  - AP: traumatismo, alteración en otras articulaciones
  - Respuesta a ttos anteriores
  - Otras enfermedades: DM, hipotiroidismo, hipertiroidismo
  - Actividad profesional o deporte que practica
  - Grado de repercusión en la vida del paciente, en sus actividades normales o profesionales
-

---

## Exploración Física:

-Inspección: postura antiálgica, luxación, atrofia muscular, signos inflamatorios locales, asimetría.

-Palpación puntos dolorosos:

>Art. Esternoclavicular

>Art. Acromioclavicular

>Tuberosidad mayor o menor del húmero

>Corredera bicipital

>Masas musculares

-Exploración movilidad: >Activa

>Pasiva

>Contraresistencia

---

# Exploración movilidad

## **PASIVA:**

- Abducción: 180°
- Aducción: 45°
- Flexión: 160°
- Extensión: 60°
- Rotación Interna: 70°
- Rotación Externa: 70°



## **ACTIVA:**

- Maniobra de Apley superior (abducción y rotación externa)
- Maniobra de Apley inferior (aducción y rotación interna)



---

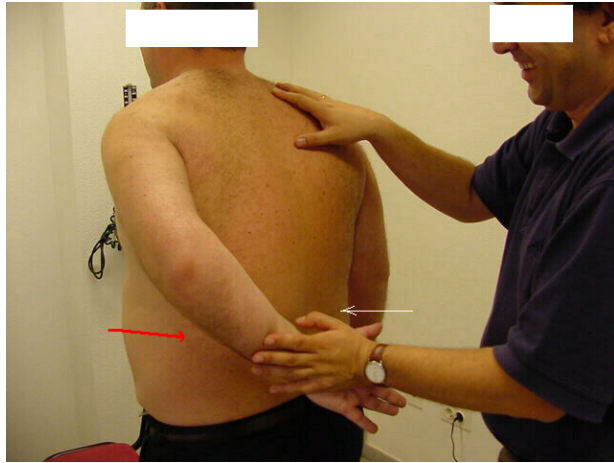
# Relación entre el movimiento limitado y músculo afecto

- Abducción: deltoides ( $100^{\circ}$ - $180^{\circ}$ ) y supraespinoso ( $60^{\circ}$ - $100^{\circ}$ )
  - Aducción: ambos redondos, dorsal ancho, pectoral menor
  - Rotación externa: infraespinoso, redondo menor
  - Rotación interna: subescapular, pectoral mayor y dorsal ancho
  - Flexión codo y supinación mano: bíceps
  - Extensión : tríceps
  - Patología articulación gleno-humeral : abducción, rotación externa y rotación interna.
-

# Movimientos contra resistencia

- **Maniobra de Patte:** se explora al músculo infraespinoso partiendo de  $90^{\circ}$  en abducción y  $30^{\circ}$  de antepulsión se pide al paciente que realice la rotación externa contra resistencia.
- **Test de Jobe:** con el brazo en abducción de  $90^{\circ}$  y con el codo extendido y los pulgares hacia abajo se pide al paciente que eleve los brazos contra resistencia. Explora el músculo supraespinoso





- **Prueba de Gerber:** se explora el músculo subescapular, se realiza la separación de la mano desde la columna lumbar contra resistencia
- **Maniobra de Impigement :** el paciente lleva la mano hacia el hombro sano y realiza elevación del miembro superior contra resistencia. Se produce por roce o compromiso en el espacio subacromial del tendón del supraespinoso y otras estructuras.

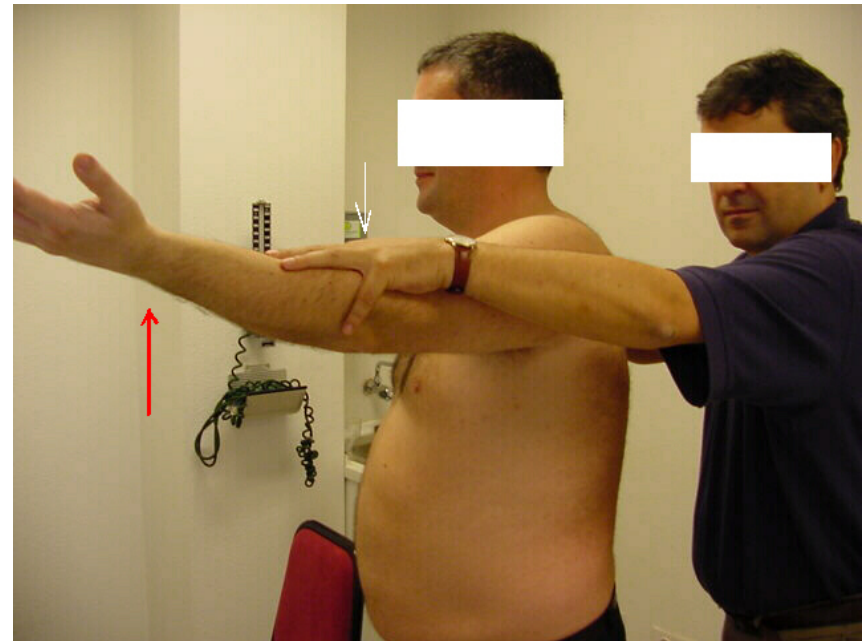


- **Extensión resistida:** Con el codo flexionado se realiza extensión del miembro superior contra resistencia; explora el músculo redondo menor y deltoideos.



- **Maniobra de Yergason:** Supinación contra resistencia con el antebrazo junto al tronco y el codo en flexión de 90°. Explora la estabilidad del tendón largo del biceps.

- **Palm up test (prueba de la palma hacia arriba):** sirve para explorar la porción larga del bíceps, con el codo extendido y el brazo en supinación se pide al paciente que eleve el brazo contra resistencia.
- **Prueba de la caída del brazo:** Brazo en abducción total y pedimos al paciente que baje el hombro lentamente. Si existe desgarró en manguito de los rotadores el brazo caerá rápidamente.



---

## Patología periarticular

- La movilidad activa está limitada por el dolor
  - La movilidad pasiva casi nunca está limitada
  - La movilidad resistida es dolorosa según el tendón afecto
- Síndrome subacromial
  - Tendinitis Cálctica
  - Tendinitis bicipital

## Patología cápsulo-articular

- Hay limitación de los movimientos activos y pasivos
  - Nunca son dolorosos los movimientos resistidos
- Afectación de la articulación gleno-humeral y/o su cápsula
  - Artropatía de la articulación acromio-clavicular
  - Artropatía de la articulación esterno-clavicular
-

---

# Síndrome subacromial

- Tendinopatía degenerativa crónica que afecta en mayor o menor grado a todos los elementos del espacio subacromio-deltoideo
  - Etiología: Deterioro vascular en DM o alcohólicos; circunstancias laborales: microtraumatismos producidos por la abducción repetida del brazo. El tendón supraespinoso se pinza entre el troquiter, acromion y ligamento acromiocracoideo → proceso inflamatorio agudo/ crónico
  - Hombres mayores de 50 años con antecedentes laborales
  - Etapas:
    - Edema y hemorragia del tendón.
    - Fibrosis de la bursa subacromial y tendinitis del manguito.
    - Degeneración tendinosa e incluso rotura.
-

- 
- Clínica: Dolor sordo, recidivante y crónico que se agrava en la abducción.
  - EF:
    - arco doloroso a la abducción 70°-120°,
    - dolor a la abducción contra resistencia → supraespinoso;
    - rotación externa → infraespinoso;
    - rotación interna → subescapular
  - Si rotura del tendón del manguito de los rotadores: prueba de la caída del brazo + (RX: luxación acromial cabeza húmero)
  - DX: clínico, Rx con esclerosis troquiter, RMN, eco...
  - TTO: reposo, AINES, crioterapia (agudo), infiltraciones
-

---

# Tendinitis cálcica

- Depósito de cristales de hidroxapatita cálcica en la bursa subacromial y/o en el tendón del manguito de los rotadores
  - Mujeres sedentarias 40-60 años, bilateral
  - Dolor de inicio brusco más intenso que S. subacromial ; limita todos los movimientos del hombro
  - Crisis aguda de dolor después de factor desencadenante. Puede asociarse febrícula
  - RX: depósito de calcio en región tendón supraespinoso
  - TTO: reposo, AINES, crioterapia (agudo), infiltraciones
-

# Tendinitis bicipital

- Suele asociarse a bursitis subacromial, tendinitis del manguito o inestabilidad de la articulación gleno-humeral.
- De forma aislada en deportes o posturas que se sometan al músculo bíceps a un fuerte estrés
- Clínica:
  - Tendinitis: dolor en cara anterior que se irradia hacia brazo y antebrazo
  - Luxación: fácil desplazamiento del tendón en la cara anterior y lateral del húmero mediante palpación
  - Rotura: Dolor brusco y hematoma. Se palpa masa arrugada y desplazada hacia zona distal del brazo
- EF: Exacerbación del dolor con la palpación corredera bicipital colocando el brazo en rotación externa. Signo de Yergason +
- RX.: anomalías en el surco de la corredera bicipital

# Afectación de la articulación gleno-humeral y/o su cápsula:

## 1 Artropatía inflamatoria y/o degenerativa

(artrosis, artritis reumatoide o psoriasica, artropatías metabólicas...)

### Artrosis:

- Acromio-clavicular (+ frecuente); Dolor difuso en la zona superior del hombro que se exacerba con la abducción por encima de 90°. Palpación de la articulación y encogimiento de hombro doloroso
- Gleno-humeral: dolor selectivo a la presión en la cúpula axilar.
- Esternoclavicular: se extiende desde clavícula a ECM.

Etiología: degenerativa y postraumática, Espondilitis anquilosante

---

## 2. Capsulitis adhesiva o retráctil o hombro congelado

- Clínica: dolor y rigidez progresiva del hombro afecto con importante limitación de la movilidad activa y pasiva
- Mujeres menores de 40 a mayores de 70; en relación a inmovilizaciones prolongadas; personalidad determinada
- Fases:
  - 1ª Dolor importante que aumenta progresivamente (2-9 meses).
  - 2ª Dolor es menos persistente, aunque gran rigidez de la articulación (4-12 meses)
  - 3ª Fase de deshielo o de recuperación funcional (5-26 meses)
- EF: Bloqueo escapular total con predominio a la movilidad activa
- RX: atrofia ósea por inactividad con áreas de osteoporosis

### 3. Distrofia simpático refleja o causalgia o algodistrofia o atrofia de Sudeck

- Factores desencadenantes: Traumatismos, tromboflebitis...
- Fases:
  - 1º Dolor, limitación de movimiento y rigidez como capsulitis refleja. Mano: dedos congestivos, calientes, enrojecidos, hiperhidrosis, semiflexión.
  - 2º Hombro poco doloroso , con rigidez que va cediendo, matiz fibrosos y retráctil con menor inflamación y mayor vasoconstricción. Mano: atrofia en piel, descamación, retracción palmar, atrofia eminencia tenar, frialdad, palidez.
  - 3º Recuperación con discreta motilidad de mano y hombro.
- RX: osteoporosis difusa o moteada.
- Ganmagrafía: áreas de hipercaptación

---

# Tendinitis supraespinoso

vs

# bursitis subacromial

- Tendinitis del supraespinoso:
    - Abducción activa dolorosa
    - Abducción pasiva indolora
    - Dolor contraresistencia
  
  - Bursitis subacromial:
    - Abducción activa dolorosa
    - Abducción pasiva dolorosa
    - No Dolor contraresistencia
-

- 
- Movilidad activa limitada + M. pasiva conservada → debilidad muscular, patología neurológica o rotura manguito
  - Movilidad activa limitada + M. pasiva conservada + M. contraresistencia dolorosa → patología tendinosa
  - Movilidad activa limitada + M. pasiva limitada → bloqueo óseo (intraarticular) o tejidos blandos (extraarticular)
  - Movilidad activa conservada + M. pasiva conservada → dolor referido
-

---

## TTO General

- ✓ Reposo en descarga en el episodio agudo. Conforme disminuye el dolor comenzar rehabilitación lo más pronto posible
  - ✓ Aines para control del dolor. Aines tópicos y corticoides orales o im. no tienen utilidad terapéutica
  - ✓ Infiltraciones con corticoides, mejoran la movilidad 4-12 semanas. En dolores que no ceden con tto convencional
  - ✓ Fisioterapia: medidas físicas para disminuir el dolor, recuperar movilidad activa y pasiva y tonificación muscular
  - ✓ Cirugía en rotura del manguito
-

---

# Criterios de derivación

- TRAUMA:
    - Indicación cirugía
    - Rotura total manguito o bíceps en jóvenes
    - Rotura o tendinitis que no mejora con tto. Médico
    - Bursitis subacromial crónica
    - Inestabilidad glenohumeral
    - Tendinitis calcificada que no responde al tto.
  
  - REUMA:
    - No mejora con el tto.
    - Sin respuesta a infiltraciones
-

---

- REHABILITACIÓN:

- Hombro congelado
  - Inestabilidad glenohumeral
  - Rotura manguito rotadores en mayores
  - Tendinitis no calcificante del manguito de los rotadores
  - No respuesta al tto
  - Limitación a la movilidad pasiva
-