



Hombro Doloroso con 'Impingement'. Ecografía: Luz en la oscuridad.

Código: 6 234

Autores:

1. Jaime Roca Pujol
2. Maria Nieves Mendieta Lagos

Caso Clínico

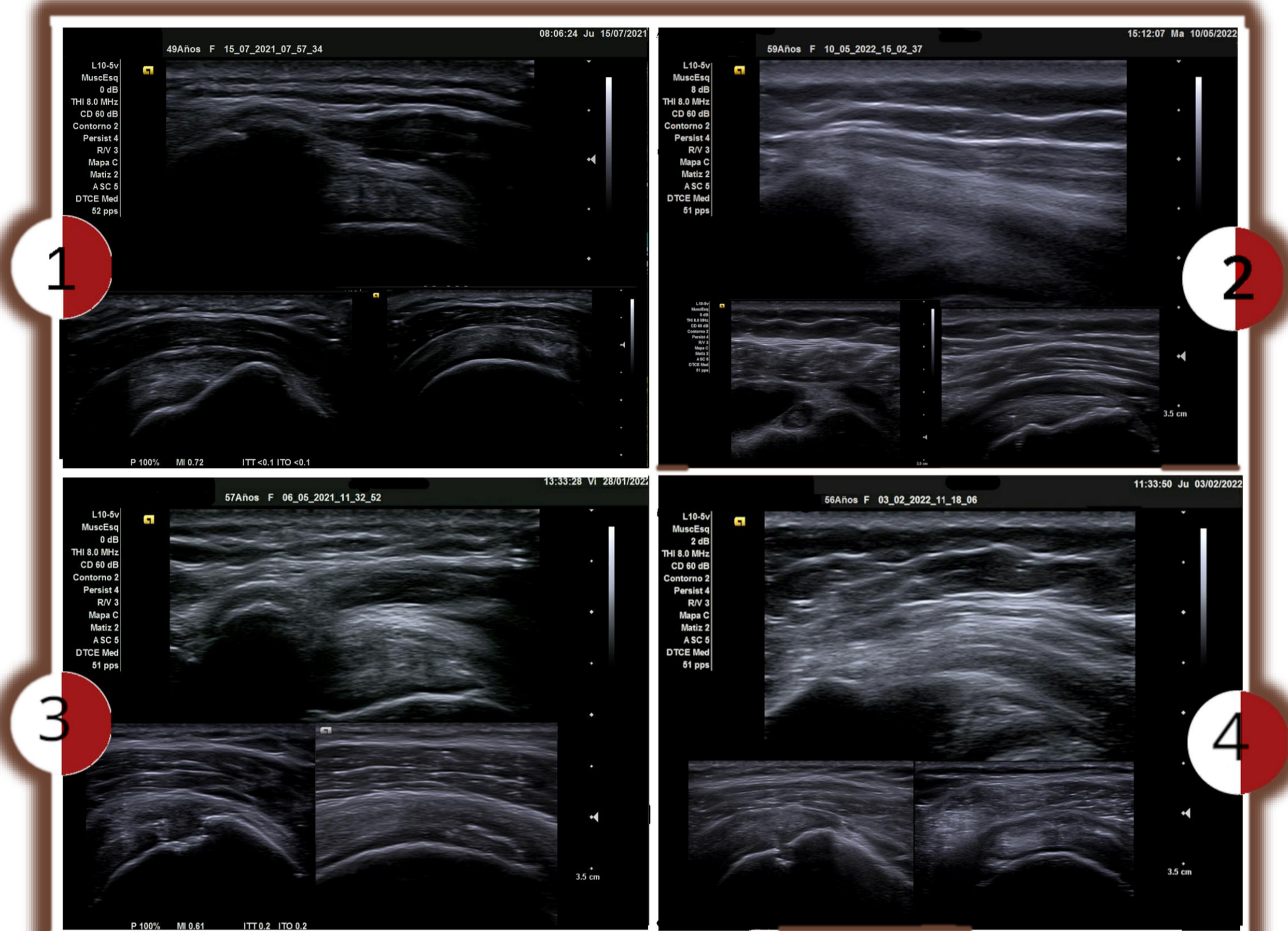
Medicina Familiar y Comunitaria
C.S. Martí Serra (Illes Balears)

Anamnesis, Exploración y Pruebas complementarias:

Cuatro pacientes de diferentes edades consultan por **hombro doloroso** de características mecánicas sin traumatismo desencadenante. El primer caso(1), mujer de 49 años de edad con rinitis alérgica a pólenes que practica 'fitness' de manera regular. El segundo caso(2), se trata de una mujer de 59 años con dislipemia y gonartrosis. El tercer caso (3), mujer de 57 años de edad sin antecedentes reseñables. El último caso (4), se trata de un mujer de 56 años de edad con glucosa basal alterada (GBA), dislipemia (DLP), s. piernas inquietas y lumbalgia crónica.

Se da la circunstancia que la exploración física es similar en todos ellos. Arco doloroso con Appley positivo tanto en rotación interna (RI) como en rotación externa (RE), 'Full can' y 'Empty can' positivas con **maniobras de impingement positivas**: Yocum y Hawkins.

Ecografía clínica en los cuatro casos.



Juicio clínico:

1. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Tendinosis** SupraEspinosa(SE).
2. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Bursitis** SubAcromio SubDeltoidea.
3. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con Tendinosis **Calcificante** SupraEspinosa.
4. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Ruptura** parcial del SupraEspinosa.

Diagnóstico diferencial:

Tras anamnesis y exploración física se orienta como s. subacromial sin traumatismo conocido. La **ecografía clínica** nos permite valorar los tendones del hombro. En el primer caso, el tendón supraespinoso está engrosado con estructura heterogenea. Las **maniobras dinámicas** del SE ponen de manifiesto el 'impingement' donde se objetiva la imposibilidad para la abducción. Al estar engrosado el tendón no puede "pasar" por debajo del acromion durante el movimiento.

En la segunda paciente, durante la valoración ecográfica se visualiza imagen anecoica sin captación por encima porción larga del bíceps (PLB) y SE que corresponde a una bursitis de gran tamaño. Durante las maniobras dinámicas del SE, le resulta imposible la abducción por la presencia del líquido.

La tercer paciente presenta una imagen hiperecogénica con sombra posterior en el interior del SE por tanto el diagnóstico es una tendinosis calcificante.

Por último, la ruptura parcial del SE se entiende como degenerativa. La fisioterapia se indica para mejorar movilidad y control del dolor.

Plan de acción y evolución:

El manejo es diferente según los hallazgos. Así, en el primer caso se indica tratamiento conservador con reposo deportivo, en relación al tendón afectado, frío local y AINEs con control en 15 días en los que la paciente ya mejoró. En el segundo caso, se plantea la infiltración tanto evacuadora como terapéutica por la bursitis. En el tercer caso, por la presencia de la calcificación intratendinosa del SupraEspinosa se remite a Traumatología. Si la calcificación fuera "blanda" se podría plantear la técnica del barbotaje para eliminación. En el cuarto, caso, se aconseja fisioterapia.

Conclusiones:

Es importante explicar en que consiste cada proceso así como informar de posibilidades de recuperación. En una o dos consultas, el médico de familia puede manejar de manera más precisa el **síndrome subacromial** siendo la ecografía clínica fundamental. La ecografía clínica permite mejorar la aproximación **diagnóstica** y plantear **tratamiento** específico como la **infiltración ecoguiada** evacuadora y terapéutica.

Palabras clave: 'Shoulder pain', 'shoulder Impingement', 'echography'.