

Una lesión crónica que no se cura sin tratamiento

EL ENTRENAMIENTO DE ALGUNOS DEPORTES O LOS MOVIMIENTOS DE CIERTOS TRABAJOS PUEDEN DAR LUGAR A LA LESIÓN TENDINOSA

El hombro doloroso es un cuadro clínico caracterizado por dolor y limitación, más o menos acusada, de la movilidad del hombro. Se trata de un problema que cada día motiva más consultas: afecta hoy a entre un 4% y un 7% de la población, siendo más frecuente en los hombres. Su comienzo suele ser insidioso y lento: el dolor surge tras algunos movimientos concretos o bien por la noche. Las molestias iniciales pueden ser tan leves que no se les conceda mayor importancia, hasta que un día el dolor se agudiza o se hace más acusada la limitación de la movilidad. Es una patología de curso largo, crónica y que en ocasiones precisa de intervención quirúrgica.

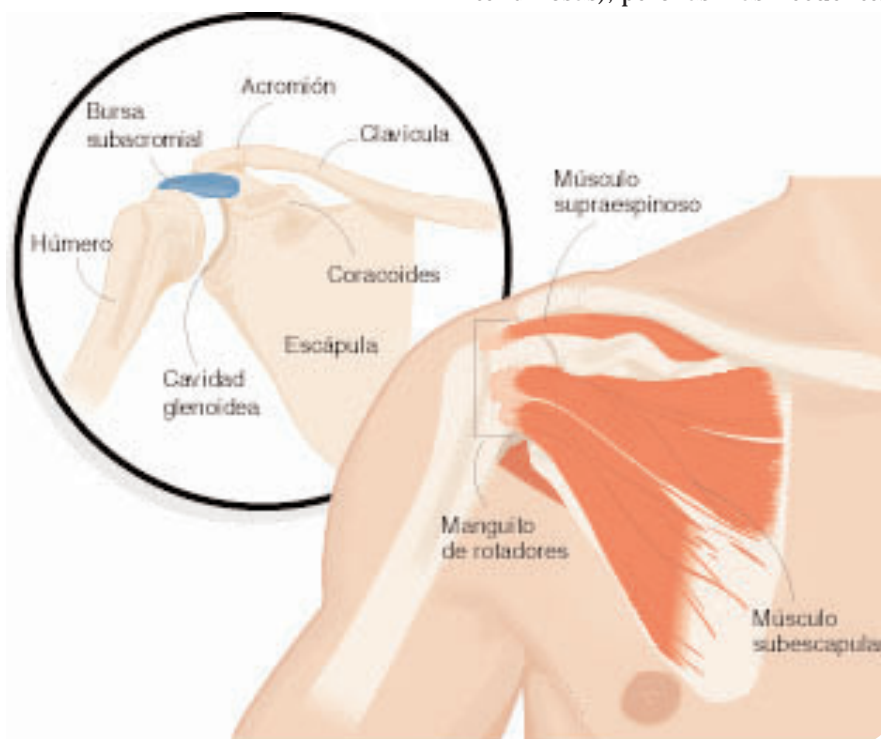
Dolor al levantar el brazo

Las causas del hombro doloroso pueden ser muy diversas (tiene muchas estructuras óseas, musculares y tendinosas), pero las más frecuentes

son las lesiones del tendón del músculo supraespinoso, la tendinitis de la porción larga del biceps, y el llamado síndrome subacromial. El tendón del supraespinoso, junto con los tendones del infraespinoso y redondo menor, forma el denominado manguito de los rotadores, una estructura que protege a la articulación y que se lesiona con frecuencia. Cuando el brazo se eleva por encima del plano del hombro, esta estructura tendinosa tiende a rozar contra el borde inferior del acromion que se sitúa justo por encima, lo que es causa de inflamaciones, desgarros e incluso roturas. El dolor aparece cuando se intenta levantar el brazo. Por las noches, el dolor incluso impide adoptar posiciones cómodas para dormir. Lo habitual es que el brazo se pueda utilizar si no se eleva por encima del hombro.

Por un lado la sobreutilización o sobreentrenamiento que propician algunos deportes (natación, lanzamiento de peso, jabalina,...) o trabajos (movimientos repetitivos del hombro con elevación de los brazos por encima del plano de los hombros realizando fuerza y/o manipulando cargas) dan lugar al engrosamiento del tendón, al roce y a la lesión tendinosa.

Como los tendones son estructuras muy poco vascularizadas, con poca irrigación sanguínea, este tipo de lesiones no muestra tendencia espontánea a la curación; al contrario, tienden a hacerse crónicas y a agravarse, pudiendo llegar a la rotura parcial o total del tendón. Y con el paso de los años pueden aparecer fenómenos degenerativos en la articulación acromioclavicular, el techo del túnel, de tipo artrosis degenerativa, que estrecha el túnel, lo cierra en parte, y provoca el roce del tendón con el hueso. El resultado es la tendinitis.





PREVENCIÓN

La prevención de las lesiones del hombro no es fácil, pues cualquier persona es candidata a padecerla. No obstante, son especialmente susceptibles las que por su trabajo están sometidas a sobrecargas posturales, movimientos repetitivos de la articulación y manipulación de cargas con los brazos por encima del plano de los hombros. Como no siempre resulta fácil eliminar o corregir estos factores laborales, deviene fundamental efectuar pausas en estas actividades y, sobre todo, potenciar la musculatura del hombro mediante ejercicios sencillos de realizar, que se pueden hacer en casa en ratos libres.

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SE APLICA CUANDO TODOS LOS ANTERIORES HAN FALLADO O SI LA AFECTACIÓN ES SEVERA

Síntomas y diagnóstico

El más importante de esta afección es el dolor, que aparece con el movimiento de separación y elevación del brazo y, muy particularmente, en un determinado punto de la maniobra - entre los 70 y 100 grados del arco que hace el brazo-. Al principio se puede utilizar la extremidad sin dolor si no se eleva por encima del hombro, pero con el paso del tiempo las molestias pueden hacerse constantes, hasta impedir adoptar posturas cómodas para dormir por la noche, de modo que acostarse sobre el lado afectado puede resultar muy doloroso.

Otro síntoma es la limitación de la movilidad, que se va acentuando con el paso del tiempo y que incluso puede llegar, si el tendón se rompe, a impedir el movimiento de separar el brazo del cuerpo.

Los síntomas y la exploración que realiza el médico son suficientes para realizar un diagnóstico de presunción que se debe confirmar con una ecografía. Si con esa prueba no fuera sufi-

ciente habrá que optar por una resonancia magnética. Efectuado el diagnóstico y averiguado el grado de severidad de la afección, se plantea el tratamiento para cada caso.

Tratamiento

La tendinitis del supraespinoso tiende a cronificarse y agravarse con la edad sin mostrar tendencia espontánea de curación, por lo que siempre requiere tratamiento. El reposo de la extremidad superior es obligado y al principio es útil aplicar hielo dos veces al día los tres primeros días. Después hay que cambiar y emplear calor, también varias veces al día.

Si la afección es leve o moderada la inflamación desaparece con la aplicación de frío-calor, y es entonces cuando se comienza con la rehabilitación, que consiste en potenciar la musculatura del hombro. En personas jóvenes y sin lesiones tendinosas importantes suele ser suficiente para una total recuperación, pero si las molestias persisten hay que añadir un tratamiento

con antiinflamatorios, si bien su eficacia es escasa debido a que los tendones están poco vascularizados y los medicamentos les llegan muy mal por vía sanguínea. Por ello, a menudo hay que recurrir a las infiltraciones locales con glucocorticoides, analgésicos y anestésicos locales. Se pueden realizar hasta tres infiltraciones con intervalos de una semana entre una y otra.

El tratamiento quirúrgico se aplica cuando todos los anteriores han fallado o si la afectación es severa.

En la intervención quirúrgica se amplía el túnel subacromial para evitar los roces y se reconstruyen los tendones afectados cuando la lesión tendinosa es importante. Unas semanas después de la intervención se podrá iniciar la rehabilitación, que resulta más difícil que la de cualquier otra articulación y que inicialmente proporciona muy pocas satisfacciones al paciente y al fisioterapeuta.

Puede llegar a prolongarse hasta 3 y 6 meses, por lo que se requiere de paciencia y de colaboración entre paciente, fisioterapeuta y traumatólogo. ◀