

UTILIDAD DE LA ANAMNESIS EN LA DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS DEL SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO

Autores: Katsuyori Pérez Mola ¹.

Raidel Paz Barthelemy.²

Jesús Daniel de la Rosa Santana ³.

1. Estudiante de 5to año de Medicina. Alumna Ayudante de Oftalmología
2. Residente de 1er año de Medicina General Integral.
3. Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cardiología

Autor de correspondencia: katsuyori@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: El síndrome de hombro doloroso presenta dificultades para encontrar las causas que lo provocan y características diferentes en el anciano.

Objetivo: describir la utilidad de la anamnesis en la búsqueda de las causas del síndrome de hombro doloroso.

Método: Se realizó una revisión de 20 bibliografías actualizadas con el objetivo de describir la utilidad de la anamnesis en la búsqueda de las causas de este síndrome.

Desarrollo: Se lo caracterizó en el grupo de edad más afectado: los ancianos mayores de 65 años, se sistematizaron las causas generales que lo provocan y los indicadores para la realización de una anamnesis efectiva y eficaz. Se recomendó el tratamiento a seguir conforme a los resultados de la entrevista.

Conclusiones: La anamnesis es importante para determinar la probable estructura anatómica que genera el dolor de hombro y su relación con la actividad física, lo que permite indicar el tratamiento, y la mejora del paciente.

Palabras clave: síndrome de hombro doloroso, ancianos, anamnesis.

Introducción

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 es una enfermedad en la 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".¹

Las estadísticas internacionales muestran que el 10% de la población adulta general ha presentado dolor de hombro durante la vida, con una prevalencia de 21% en los mayores de 65 años.² En Cuba dentro de las patologías músculo-esqueléticas, es la tercera causa de demanda de atención médica primaria, después del lumbago y la cervicalgia, considerándose una de las causas frecuentes de discapacidad. .³

En el territorio guantanamero se encuentra en tercer lugar, después del dolor lumbar y de cuello como causa de consulta músculo esquelético en la atención primaria. Además, aproximadamente el 25% de los ancianos de la provincia mayores de 65 años de edad lo ha sufrido.⁴

Cuando una persona consulta al médico clínico por primera vez, las posibilidades diagnósticas son múltiples. La sintomatología puede derivar de lesiones en órganos o sistemas alejados, en cuyo caso se habla de causas extrínsecas o de enfermedades de las estructuras anatómicas propias del hombro, dando origen a las causas intrínsecas.

Son estas las razones por las que se realiza esta investigación, teniendo como problema científico: ¿Cómo determinar las causas que provocan el síndrome de hombro doloroso haciendo uso de la anamnesis? De ahí que esta investigación

tenga como objetivo describir la utilidad de la anamnesis en la búsqueda de las causas del síndrome de hombro doloroso.

Desarrollo

El síndrome de hombro doloroso es un conjunto de signos y síntomas de carácter reumático con dolor regional, manifestado como un dolor unilateral o bilateral de las estructuras que forman el hombro.⁵

En el adulto mayor se presentan más dificultades para hacer un correcto diagnóstico etiológico de la enfermedad que en un joven, debido a dos factores que inciden en forma importante. El primero son los cambios naturales producidos en las estructuras articulares y tendinosas a causa de la edad, las actividades laborales y deportivas, y el segundo son los vicios posturales de la vida diaria, que al mantenerse durante años, condicionan la aparición de dolor en las estructuras intrínsecas del hombro y cuello.

Los cambios naturales causados por la edad, las actividades laborales o las secuelas de actividades deportivas son cambios degenerativos articulares que se observan frecuentemente en el adulto mayor, con o sin dolor de hombro, como alteraciones en las estructuras tendinosas y secuelas de patologías pasadas,⁶ por lo que los estudios de imágenes deben ser interpretados en estrecha relación con la información obtenida en la entrevista y el 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 que se observa frecuentemente en los mayores de 65 años, pero la causa sería una tendinitis aguda, posiblemente por cristales, que es lo que se debe tratar.

Su origen es multifactorial, puede tener causas extrínsecas (dolor referido, enfermedades sistémicas o lesión ósea) o intrínsecas como: enfermedades del manguito de los rotadores (entensopatía del manguito, síndrome de atrapamiento, bursitis subacromial y ruptura del manguito), enfermedades de la articulación glenohumeral (hombro congelado y artritis), padecimiento de la articulación acromioclavicular, infecciones y luxaciones traumáticas.⁷

Cuando el dolor de hombro se presenta en un adulto mayor, hay más probabilidades de que la causa sea extrínseca, ya sea por enfermedades de otros aparatos o sistemas diferentes al músculo esquelético, como cardiopatías coronarias, lesiones proliferativas del pulmón, tumores abdominales que irritan el diafragma, lesiones óseas secundarias expansivas y daños neurológicos cervicales, entre otras.⁸

Para separar estas causas extrínsecas de hombro doloroso del adulto mayor, de las causas intrínsecas, hasta el presente, nada reemplaza a la anamnesis realizada metódica y tranquilamente y al examen físico general y localizado, practicado en forma minuciosa.

Elementos a buscar en la anamnesis

1. La fecha de comienzo de la sintomatología.
2. La acción que se estaba realizando en el momento de inicio del dolor y si es diestro o zurdo.
3. La ubicación y la irradiación del dolor.
4. Limitación del movimiento, diferenciando entre dolor y 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 los vicios posturales. Analizar las posiciones que adopta el paciente 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, lo que 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, síndrome febril, 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 que manifieste sus inquietudes y temores con respecto a su patología. Es frecuente que un paciente mayor tenga temor a una enfermedad invalidante o de pronóstico severo, como "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, por lo que debe ser considerado al explicarle al paciente la enfermedad que padece.

Revisando en detalle los puntos mencionados, la determinación de la fecha de inicio permitirá establecer si el cuadro de hombro doloroso es agudo o crónico, estableciendo como punto de corte arbitrario los 30 días. Este antecedente es importante para el enfrentamiento terapéutico.⁹

En el punto 2, cuando el dolor es desencadenado por un movimiento brusco, acciones repetitivas no habituales o por levantar un peso excesivo para la capacidad física del paciente, se debe pensar en una tendinitis aguda. Un ejemplo de las tres situaciones es el sujetar a un niño que se está cayendo, el limpiar todas las ventanas del hogar en un solo fin de semana o el viajar con una maleta de peso excesivo.

El determinar el lado dominante ayuda a sospechar si la tendinitis es aguda o crónica. Si es del lado dominante, debemos pensar en un factor crónico que culminó en un cuadro agudo doloroso, como el caso de un pintor o un profesor con dolor de hombro, que tiene un roce crónico previo a la tendinitis aguda, que a su vez puede ser por traumatismo o por depósito de cristales.

Si el dolor es del lado no dominante, se debe 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.¹⁰

En el punto 3, al preguntar sobre la ubicación del dolor, el paciente puede señalar un punto anatómico orientador; por ejemplo: si muestra la cara antero externa del hombro, se debe pensar 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 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 angorpepectoris; si el dolor se acentúa con la inspiración, pensar en irritación del diafragma por lesión torácica o abdominal.

Otro elemento a destacar es el número de puntos dolorosos. 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 bursasubdeltoidea. 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 se fueron usando otros músculos en forma complementaria e inadecuada. El número de puntos dolorosos aumenta a medida que el paciente es mayor.¹¹

El cuarto elemento se refiere a que 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.¹²

- Si la limitante del movimiento es el dolor, se deberá establecer la intensidad, que puede ser desde tolerable, como en la tendinitis, hasta “terrible”, como en las bursitis por cristales.
- La falta de fuerzas puede ser secundaria a contractura muscular, defensa o 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.

- La asociación de rigidez con dolor, o rigidez casi pura, orienta a etapas 1 y 2 del hombro congelado.

El ritmo diario del dolor también es importante para el diagnóstico: si el paciente amanece sin dolor, se presenta durante el día y alivia cuando hace reposo, orienta a tendinitis; si se produce esencialmente cuando eleva el miembro superior, en un síndrome de atrición; si aparece cuando comienza el reposo, es una contracción muscular tensional; si se presenta al despertar en la mañana, es un vicio postural nocturno; si despierta a medianoche en forma reiterativa, se debe pensar en un proceso infeccioso óseo, neuropatía compresiva o metástasis ósea.¹³

Las acciones que alivian el dolor pueden ser la aplicación de calor o frío, posiciones para disminuir el dolor, medicamentos. El calor alivia el dolor cuando hay un componente importante de contractura muscular 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 más 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.¹⁴

El trabajo realizado en malas posiciones favorece el hombro doloroso. Un adulto mayor que pasa muchas horas frente a un computador, en 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, y el leer o tejer en cama proyecta los hombros hacia la región anterior, lo que favorece los roces tendinosos de los músculos del hombro, para quien es sedentario y tiene una musculatura subdesarrollada.

Hay posiciones nocturnas que favorecen las tendinitis secundarias a una compresión. Cuando el adulto mayor 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", debido a que se han elongado los músculos cervicales y dorsolumbares que producen cervicalgia y 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. Si 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.¹⁵

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" y presenten somnolencia postprandial, lo que se deberá corregir mejorando hábitos y/o asociando medicamentos que mejoren la estructura del sueño.¹⁶

El noveno punto orienta a que 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.

Las actividades deportivas o recreativas también pueden ser causa de hombro doloroso, por los movimientos propios del deporte, como la atrición que se puede producir durante el servicio del tenis. Se observa en los deportistas de fin de semana, que no hacen acondicionamiento físico a lo menos bisemanalmente y desprecian el precalentamiento al comienzo y al final del acto deportivo.¹⁷

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

Luego de determinar las causas que provocan la enfermedad se deberá tratar el dolor, que es más importante en algunos cuadros que en otros debiendo ocupar el primer punto de la medicación.¹⁸

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 y que debe mantenerse haciendo los ejercicios de hombro 15 minutos diarios indefinidamente.

Consideraciones finales

El síndrome de hombro doloroso es un conjunto de signos y síntomas de carácter reumático que presenta grandes dificultades para establecer las causas que lo provocan de ahí que la correcta realización de la anamnesis puede determinar la causa que le da origen y así poder llevar a cabo una terapéutica eficaz que permita aliviar la condición del paciente.

Referencias Bibliográficas

- 1- Raptopoulou A, Sidiropoulos P, Katsouraki M, Boumpas DT (2011). «Primer on the Rheumatic Diseases of the Arthritis Foundation ». *Crit Rev Clin Lab Sci* 44(4): pp. 339–363.
- 2- Nayeri K, Lopez-Pardo CM. "Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union". (2013) p.213.
- 3- Hawkins RJ. Cervical spine and shoulder pain. *Clin Orthop* (2015); 258:192-196.
- 4- Hopperfeld S. Exploración física de la columna vertebral y de las extremidades, México, Manual Moderno, 2015: 181-231.
- 5- Macnab I. Neck ache and shoulder pain, Baltimore, Williams and Wilkin 2014: 79-98.
- 6- Macnab I. Neck ache and shoulder pain, Baltimore, Williams and Wilkin 2014: 54-65

- 7- Mumenthalen M. Síndrome doloroso cervicobraquial, Barcelona, Ediciones Doyma 2016: 21-28.
- 8- Swartz M. Textbook of physical diagnosis. History and examination. EE.UU: Editorial SAUNDERS; 2011.
- 9- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Hombro Doloroso en Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
- 10- Zitko P, Durán F, Keil N, Monasterio A, Soto R, Leppe J. Programa de Atención Musculoesquelético en atención primaria: Primera evaluación semestral. Rev Chil Salud Pública. 2016 [citado 13 ene 2016]; 12 (1): 26-36.
- 11- Aguilar Padin N. Manual de terapéutica de medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
- 12- Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- 13- Stern S. Symptom to diagnosis, evidence based guide. EE.UU: Editorial MC GRAW HILL; 2013.
- 14- Wasson J. The common symptom guide. EE.UU: Editorial MC GRAW HILL LANGE; 2012.
- 15- House J, Mooradian A. Evaluation and management of shoulder pain in primary care clinics. South Med J. 2016 [citado 12 ene 2016];103(11):1129-35.
- 16- Cisneros J. Utilidad clínica de la artrografía del hombro, Revista Mexicana de Ortopedia, Año 1, Volumen 1, Número 1, 2014.

- 17- Burbank K.M., Stevenson J.H., Czarnecki G.R., and Forfman J.: Chronic Shoulder pain: part II. Treatment. American FamilyPhysician 2008; 77: pp. 493-497
- 18- Vaquer L., Blasco L., Gozávez E., Bayona M.J., Villanueva V., Asensio J., et al: Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16: pp. 275-278