

SINDROME SUBACROMIAL - HOMBRO DOLOROSO

El síndrome subacromial representa un conjunto de patologías del complejo articular del hombro que engloba la bursitis subacromial, tendinopatía y rotura de los músculos rotadores de los manguitos y la tendinitis calcificante. La afección más común es la tendinopatía del manguito rotador y el músculo que más frecuentemente se afecta es el supraespinoso.

El síndrome subacromial es una lesión por uso excesivo del hombro que provoca dolor en la parte frontal o al lado del mismo, y con frecuencia irradiado a la cara lateral del húmero. El dolor suele ser más intenso por la noche al acostarse, dificultando mucho el sueño, y también suele existir mucho dolor al levantar el brazo.

El dolor de hombro afecta a una gran parte de la población creando impotencia funcional en las actividades de la vida diaria, desde la más simple como el peinarse hasta la ausencia laboral de larga duración en empleos que hacen uso prolongado y repetitivo del hombro y este dolor tiene un gran impacto en la calidad de vida física y mental del paciente.



¿Qué Causa el Dolor de Hombro Subacromial?

La causa de este síndrome es un estrechamiento del espacio que hay entre la cabeza del húmero y una parte de la escápula denominada acromion. En este espacio (subacromial) se encuentran los tendones del manguito de los rotadores (principalmente el tendón supraespinoso) protegidos del hueso acromion por una bolsa para que deslicen: la bursa subacromial, y al existir un menor espacio en este hueco existe un roce con los tendones y se produce la inflamación y el dolor.

La disminución de este espacio está causada o bien por la constitución de su hombro (acromion en forma de gancho) o por el desarrollo de artrosis en la articulación del acromion con la clavícula, entre otras, o por inflamación progresiva de los tendones del hombro por movimientos repetitivos. El uso repetido del hombro durante años (especialmente en personas que trabajan con los brazos por encima de la cabeza) lleva a una inflamación en la bursa primero, y una afectación de los tendones después (lo más frecuente el supraespinoso).

La historia natural de este síndrome es pasar por tres fases:

- 1) **Bursitis** en los pacientes más jóvenes, con dolor sólo después del esfuerzo.
- 2) **Tendinopatía** del Supraespinoso en los pacientes de mediana edad: el tendón se inflama y fibrosa por el roce continuo. El paciente tiene dolor durante el esfuerzo y dolor nocturno al acostarse.
- 3) **Rotura de Manguito**: Se rompe el supraespinoso aisladamente, o acompañado del resto de tendones del manguito (infraespinoso, subescapular..). El paciente puede tener dolor permanentemente en el hombro.

¿Qué síntomas tiene el Síndrome Subacromial?

El síntoma inicial es un dolor en la parte anterior y lateral del hombro. Este dolor se puede irradiar por el brazo llegando incluso hasta el codo.

Este dolor aumenta al levantar los brazos por encima de la cabeza, al dirigir la mano hacia la espalda (por ejemplo al abrocharse el sujetador) y al acostarse.

Conforme la enfermedad avanza el dolor se desplaza por el brazo, sobre todo en la zona anterior si hay afectación del tendón del bíceps, que pasa justo por al lado de donde se produce la inflamación. Si el cuadro avanza, se suelen producir contracturas musculares de los músculos del cuello, que pueden llegar a ser muy molestas. En los casos evolucionados

en los que se rompe el supraespinoso aparece junto al dolor una pérdida de fuerza y movilidad.

¿Cómo se diagnostica el Síndrome Subacromial?

Con la historia clínica de la consulta ya sospechamos de este síndrome, debido a su frecuencia y a sus típicos síntomas de dolor nocturno y luego con la exploración clínica donde pedimos una serie de movimientos del brazo podemos saber qué tendón puede tener afectado, según la limitación del movimiento en cada uno de los gestos que le pedimos hacer. Es importante hacer el movimiento solicitado a pesar del dolor que se pueda sentir. En función de esta exploración podremos pedir alguna prueba complementaria, como :

- Ecografía + Radiografía: sirven para ver el espacio y las calcificaciones, así como la bursa y ver las roturas en los tendones del manguito
- Resonancia Magnética: nos valora además de las roturas, el estado del tejido de cara a una reparación quirúrgica.



¿Cómo es el Tratamiento del Síndrome Subacromial?

El tratamiento inicial del síndrome subacromial es conservador (no quirúrgico), excepto en aquellos pacientes con un dolor exagerado que no quieran, o puedan, someterse a los meses que dura este tratamiento. La combinación de terapia anti-inflamatoria + hielo + un programa correcto de musculación y fisioterapia puede mejorar el dolor en alrededor de un 80-90% de los casos.

Hay que ser paciente, porque la mejoría tarda en aparecer.

Además de un ciclo corto de anti-inflamatorios orales y el hielo, la base de este tratamiento va a ser:

- Correcciones posturales o biomecánicas: se evitarán actividades en que se trabaje con los brazos por encima de la cabeza, dónde el pinzamiento es máximo. En caso de necesitar trabajar por los brazos en alto será siempre mejor subirse en algo para estar más alto, y con ello los brazos no tendrán que subir. Lo ideal es que los brazos no tengan que subir más allá de los 90°.

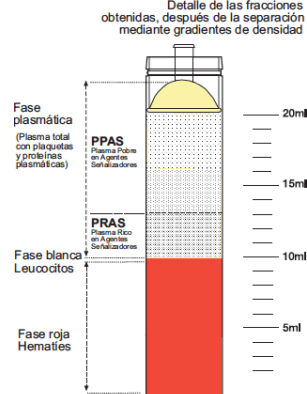
- Ejercicios: Se combinan ejercicios de movilidad para evitar la fibrosis de la cápsula articular (pérdida de movimiento) con ejercicios de musculación para el manguito de los rotadores, los cuales aumentan la resistencia y calidad de los tendones que lo forman. Ver más adelante ejercicios a realizar.

- **Infiltración** : En aquellos casos que no se produce mejoría progresiva o que el dolor es muy incapacitante, podemos ofrecerle una infiltración de corticoides o de factores de crecimiento plaquetario - P.R.P <https://www.drrevalgagiertych.com/prp-6>) siendo esta última una técnica que permite regenerar y tratar las lesiones de una forma más fisiológica al utilizar las propias células existente en las plaquetas.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es una novedosa herramienta terapéutica que ha revolucionado el mundo de la medicina deportiva y la traumatología. Consiste en la aplicación de **plasma autólogo con una concentración superior a la normal de las plaquetas** , que son activadas para que liberen los **factores de crecimiento y sustancias activas de sus gránulos**. El objetivo de esta terapia es **favorecer, estimular o iniciar el proceso de cicatrización, regeneración o curación del tejido** dañado, aplicándose localmente de forma ambulatoria o bien como complemento a una técnica quirúrgica.

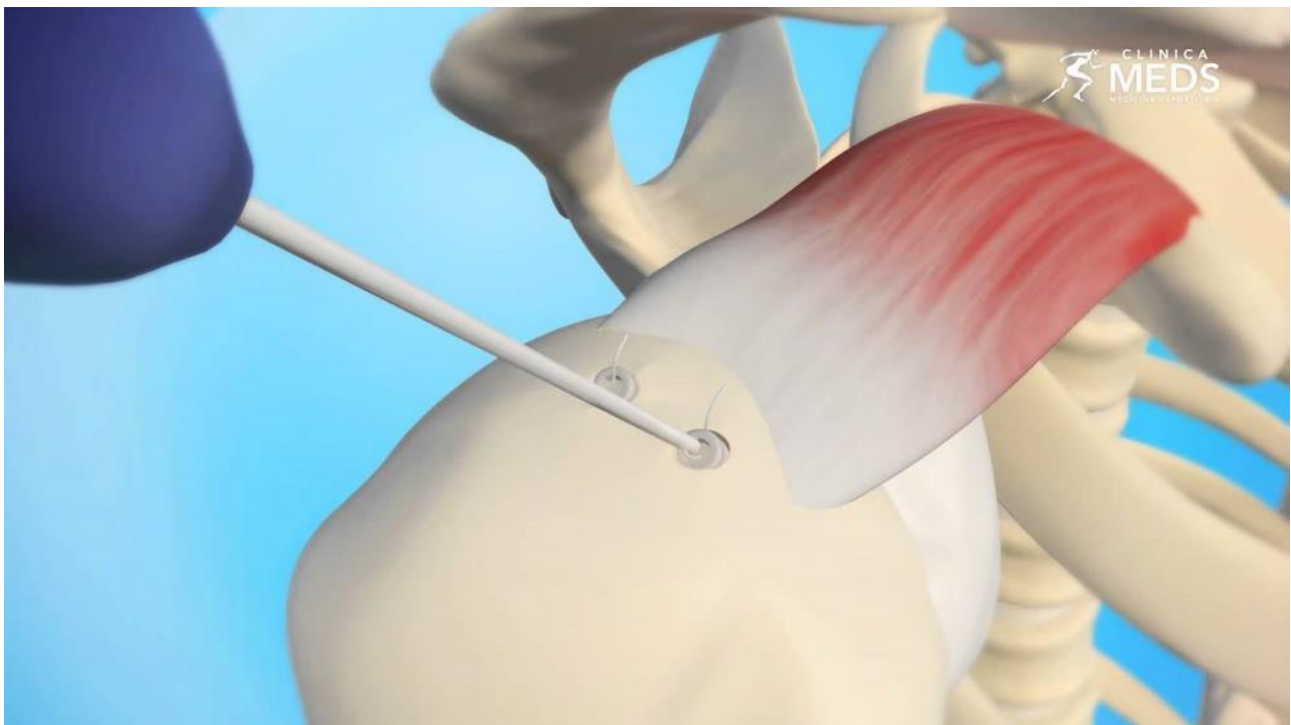
El sistema de tratamiento que utilizamos viene en un sistema estéril de 1 solo uso, por lo que cada vez que se pone un tratamiento no se puede volver a utilizar y cada inyección exige abrir un kit esteril, por lo que si se tiene que repetir el tratamiento a las semanas o meses habría que adquirir otro kit específico de PRP. En caso de estar interesado es

necesario contactar con una empresa especializada que tras confirmar la cita con ellos acudiría un enfermero especializado que se encargaría de la extracción de la sangre, su centrifugado y una vez preparado el concentrado me lo entrega a mi para infiltrarse en el mismo momento en la consulta.



Cirugía del Síndrome Subacromial

En casos que no mejoran, con dolor superior a 6 meses o casos de dolor muy intenso, ofrecemos un tratamiento quirúrgico, que podría realizarse por cirugía artroscopia o por



abordaje abierto del hombro.

EJERCICIOS PARA EL HOMBRO DOLOROSO

**¿Qué hacer?
Dolor de...**

Hombro



Fisio



 **EJERCICIOS
SD SUBACROMIAL
FASE AGUDA**







EJERCICIOS DE HOMBRO

Estos ejercicios están destinados a recuperar la movilidad del hombro tras un periodo de inmovilización o un traumatismo. También son útiles para eliminar el dolor de hombro debido a una tendinitis o a un mal uso, posturas forzadas.....

Se recomienda realizar 10 repeticiones de cada ejercicio una vez al día.

1) Ejercicios pendulares: de pie junto a una mesa, nos apoyamos en ella con la mano sana, nos inclinamos y realizamos movimientos hacia delante-detrás (**Fig 1**), hacia los lados (**Fig2**) y circulares en ambos sentidos.

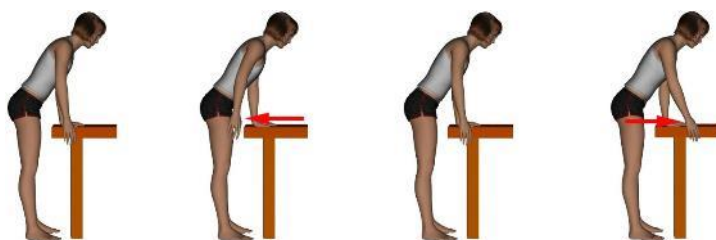


Fig. 1

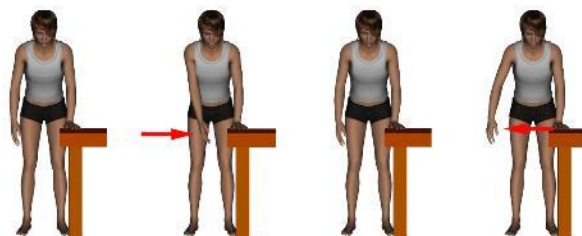


Fig. 2

2) Elevación: Nos colocamos frente a una pared y vamos reptando con los dedos de las manos hacia arriba hasta llegar lo más alto posible (**Fig. 3**). Descender lentamente hasta la posición inicial.

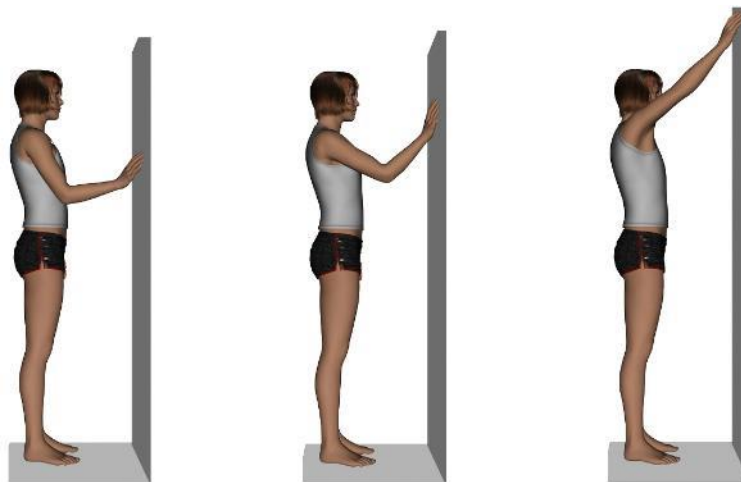


Fig. 3

3) Estiramientos posteriores: Pasamos la mano del brazo afectado por encima del hombro contrario, colocando la mano del brazo sano sobre el codo (**Fig. 4A**). Nos ayudamos con el brazo sano para intentar llegar a tocar la barbilla con el brazo afectado (**Fig. 4B**).

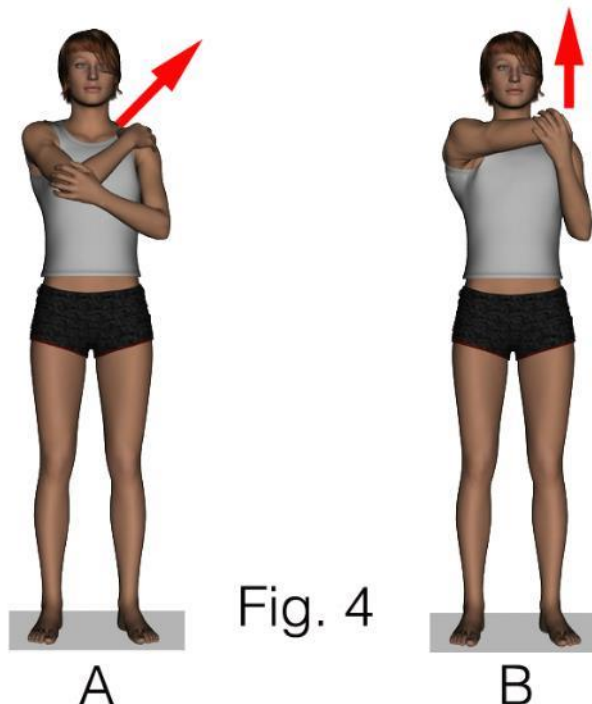


Fig. 4

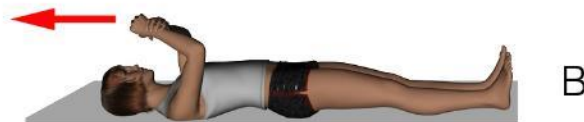
4) Elevación: sentado en una silla y ayudándonos de una polea puesta en el techo o en el marco de una puerta, se utiliza el brazo sano (izquierdo en este caso) para ayudar a levantar el otro por encima de la cabeza (**Fig. 5**). Mantenemos en la posición máxima 10 segundos y bajamos lentamente.



5) Estiramientos tumbado: tumbado en la cama, tomamos con el brazo la muñeca del brazo afectado, y nos ayudamos a subirlo, elevándolo por encima de la cabeza (**Fig. 6**). También podemos ayudarnos sujetándolo a nivel del codo.



A



B



C



D

Fig 6

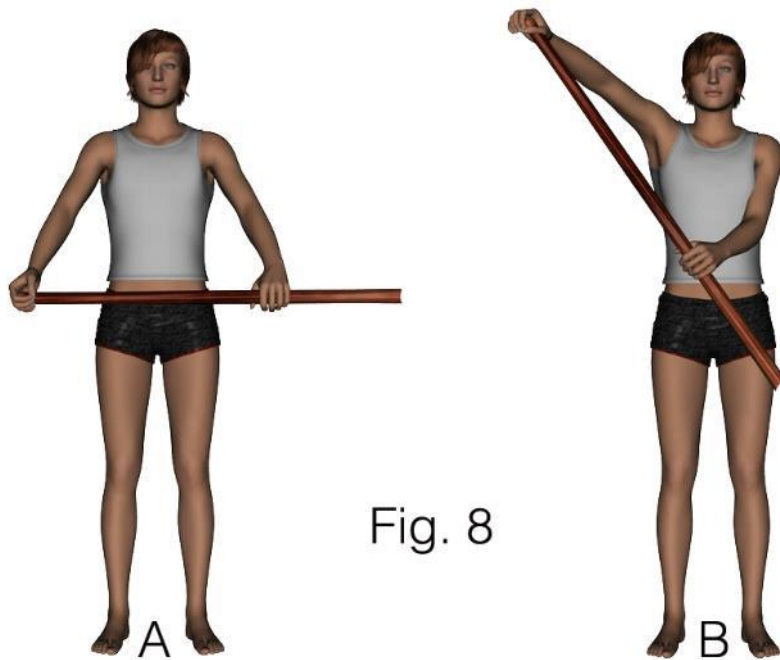
6) Mariposa: Tumbado en la cama con las manos detrás de la cabeza (**Fig. 7A**), se dejan caer los brazos para intentar tocar la cama con los codos (**Fig. 7B**).



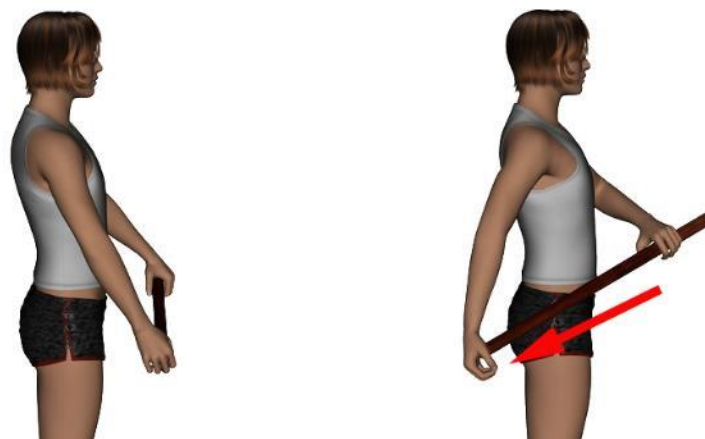
A



7) Abducción: Con ayuda de un palo o bastón (sirve un palo de fregona o de escoba), empleamos el brazo sano para ayudarnos a separar el brazo afectado del cuerpo e ir subiéndolo poco a poco (**Fig. 8**); mantenemos la posición máxima 10 segundos y descendemos lentamente



8) Estiramientos posteriores: Con ayuda de un palo o bastón, igual que en el ejercicio anterior, empleamos el brazo sano para ayudarnos a llevar el brazo afectado hacia detrás (Fig. 9); mantenemos la posición máxima 10 segundos y volvemos lentamente a la posición inicial.



9) Rotación interna: Con ayuda de un palo o bastón, que sujetaremos por detrás de la espalda, se utiliza el brazo sano para girar y subir el brazo afectado (**Fig. 10**), tratando de tocarnos la escápula ("paletilla") del brazo contrario.

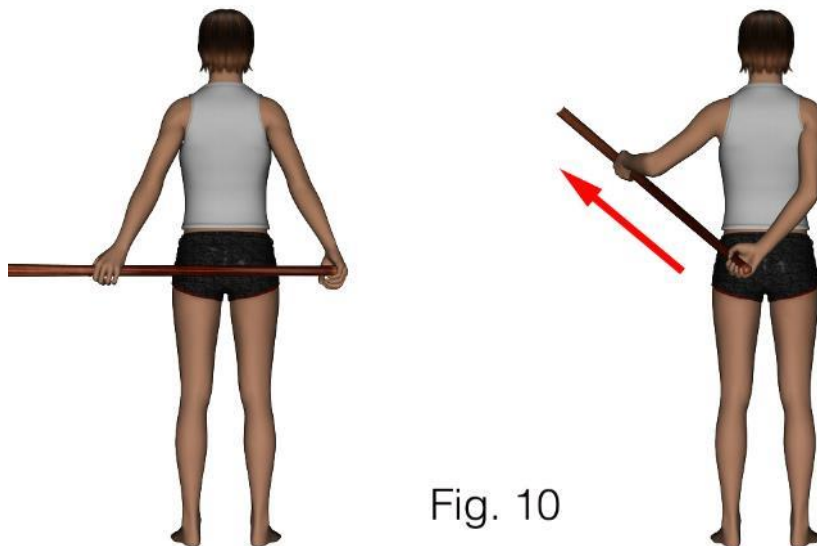


Fig. 10

10) Rotación externa: Con ayuda de un palo o bastón, y manteniendo el codo afectado (el derecho en este caso) pegados al cuerpo, nos ayudamos con el brazo sano para girar el brazo afectado hacia fuera (**Fig. 11**).

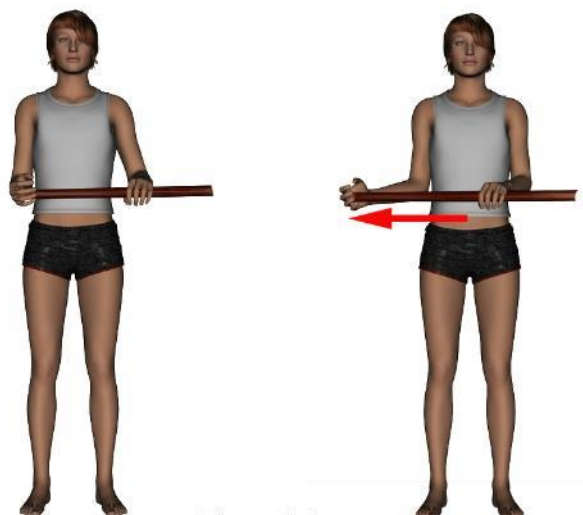


Fig. 11

Podemos ayudarnos a no separar el brazo afectado del cuerpo atándolo al cuerpo con ayuda de una bufanda o cinturón.

