

HOMBRO. EXPLORACIÓN Y PATOLOGÍA

Dr. Francisco Ripoll Sales

Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología

La cintura escapular está formada por un grupo de articulaciones (glenohumeral, acromioclavicular, suprahumeral, escapulotorácica y esternoclavicular) que permiten que el hombro sea la articulación de mayor movilidad. La articulación glenohumeral es poco congruente para permitir mayor movilidad, pero esto también causa inestabilidad. La cápsula articular es laxa y extensa para tolerar la amplitud de movimientos, por lo que músculos y tendones que movilizan la cabeza humeral deben darle estabilidad.

EXPLORACIÓN

La exploración debe valorar:

- **La inspección:** Valorar la presencia de atrofas, signos inflamatorios y hematomas.
- **Los movimientos activos y pasivos** (reflejar también la amplitud según el método neutral 0) de:
 - Anteversión
 - Rotación interna
 - Rotación externa
 - Esfuerzo contra resistencia en abducción, aducción, rotación externa y rotación interna
- **Finalmente se realizan unas maniobras en función de la orientación diagnóstica.**

PATOLOGIA

La limitación de los movimientos pasivos indica un proceso articular, puesto que los músculos están relajados. Al alcanzar la máxima amplitud de un movimiento pasivo se tensan los músculos que producen el movimiento contrario, pudiendo aparecer dolor al estirar un tendón lesionado. Por otra parte, para realizar un movimiento activo sin dolor es necesario que la articulación que se mueve y las estructuras tenomusculares que la mueven no estén lesionadas.

Cuando se realiza un movimiento contra resistencia doloroso, localiza el tendón o músculo lesionado (si no existe movimiento, el tendón estará roto):

- **Abducción:** deltoides y supraespinoso
- **Aducción:** redondo mayor y menor, dorsal ancho y pectoral mayor
- **Rotación externa:** supraespinoso, infraespinoso y redondo menor
- **Rotación interna:** subescapular, pectoral mayor y dorsal ancho
- **Flexión del codo:** bíceps.

Los pacientes con dolor subacromial por **lesión del manguito** presentan dolor a la palpación sobre el acromion anterior y la zona anterior del troquíter. La movilidad activa está limitada mientras la pasiva suele estar conservada. Entre las maniobras más importantes de cara al diagnóstico está el signo de *impingement* de Neer (abducción pasiva del brazo y a la vez comprimir el acromion; es + si aparece dolor) y el signo de Hawkins y Kennedy (aducción del brazo que se encuentra en anteversión de 90° y en rotación interna).



Neer

Yocum

Hawkins

El arco doloroso en caso de **tendinitis del supraespinoso** aparece entre los 60° y 120°, mientras que en la afectación de la **articulación acromio-clavicular** el arco doloroso aparece al alcanzar los 140°-180° de abducción; en ésta última patología aparece dolor a la palpación a nivel articular y es + el test de aducción horizontal.

En el **hombro congelado** los pacientes presentan una restricción de la movilidad activa y pasiva. Se produce una capsulitis adhesiva como consecuencia de una inflamación crónica. Cualquier entidad que provoque inmovilidad del hombro puede provocarla.

En las **tendinitis y bursitis calcificadas** el paciente presenta un dolor similar al síndrome subacromial, más intenso, que no cede con el reposo. El diagnóstico se confirma con Rx. El tendón más frecuentemente afectado es el supraespinoso.

En la **tendinitis del bíceps** se produce dolor en cara anterior del hombro y al flexionar (movilidad activa) y extender (movilidad pasiva) el codo.