

adhesiva de hombro: Reporte de un caso

Dr. Óscar Santamaría Ruiz,¹ Dra. Ismenia Castillero,² Dr. Ricaurte Hernández
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
HOSPITAL REGIONAL RAFAEL HERNANDEZ, CSS, CHIRIQUI, REPÚBLICA DE PANAMA

La capsulitis adhesiva o más comúnmente conocida por algunos autores como hombro congelado (HC) con una prevalencia de 1-2% en personas de mediana edad (50-70 años) y más habitualmente en mujeres que hombres(1). El HC es un desorden caracterizado por el incremento gradual del dolor de inicio espontáneo y limitación en el rango de movimiento de la articulación glenohumeral. La fisiopatología del HC es bien comprendida como un proceso de inflamación sinusal seguido de fibrosis capsular pero la causa de la fisiopatología del HC es incierta (2). El cuadro clínico presenta clásicamente 3 etapas, la primera denominada "Freezing Phase", que es de inicio gradual, pero que determina dolor intenso, especialmente nocturno, sin gran rigidez articular, que puede durar de 2 a 9 meses, la segunda fase llamada "Frozen Phase", que puede durar de 4 a 12 meses en que el dolor se hace más tolerante, la tercera, que es de inicio rigidez en diferentes movimientos, se considera una disminución de 30 grados en 3 planos como caraterístico de esta lesión. La tercera fase es la de la regresión, "Thawing Phase", que puede durar entre 5 a 26 meses las modalidades de tratamiento del HC incluye medicación, corticoides intraarticular, fisioterapia, hidrodilatación, manipulación bajo anestesia, liberación artroscópica capsular y liberación capsular abierta, manejo conservador consigue a mejoría en la mayoría de los casos. (2). A continuación presentamos uno de los primeros casos tratado con éxito en nuestra institución



Capsulitis adhesiva de hombro

Masculino de 69 años jubilado con historia de que hace 4 meses luego de realizar movimiento brusco y rápido presenta dolor subito de intensidad 4/10 el cual ha ido en aumento hasta 6/10 a la movilización pero no en reposo con limitación de la movilidad articular de manera progresiva. Reiere que no ha mejorado con analgésicos orales y presenta dolor de predominio nocturno.

Historia

Masculino de 69 años jubilado con historia de que hace 4 meses luego de realizar movimiento brusco y rápido presenta dolor subito de intensidad 4/10 el cual ha ido en aumento hasta 6/10 a la movilización pero no en reposo con limitación de la movilidad articular de manera progresiva. Reiere que no ha mejorado con analgésicos orales y presenta dolor de predominio nocturno.

Se observa atrofia cintura escapular Izquierda

Examen físico: Dolor al realizar los movimientos de rotaciones

7/10
Flexión: 100°
Extensión y rotación externa:
Abducción: 100°
Rotación interna: completa
Arcos activos
Arcos pasivos
Flexión: 110°
Extensión y rotación externa: bloqueadas

Inflamed & Contracted Capsule



Materiales y procedimiento:

Se utilizo la técnica de manos libres (con una mano se introduce la aguja y la otra se controla el transductor o sonda).

-2ml de anestésico local
-15 ml de SSN
-aguja bloqueo espinal de 3,5"
-> ampolla de corticoides (acetato de metilprednisolona 40mg)



Materiales requeridos

Abordaje posterior:

Abducción posterior:

Flexión:

Extensión:

Previa colocación de 2ml de anestésico local se realiza abordaje posterior y fuera de pleno con el paciente sentado hasta alcanzar la articulación glenohumeral visualizando el la aguja en la tolerancia del paciente. Se instilan 15ml aproximadamente de SSN dentro de la articulación glenohumeral dentro de la articulación sin complicaciones

Posterior al procedimiento paciente

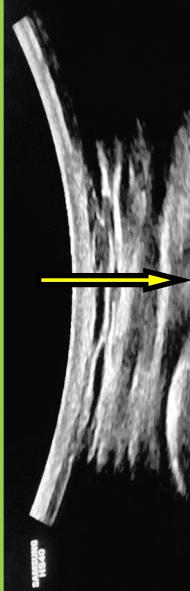
Majoría inmediata del dolor hasta -110 en la escala numérica y con aumento significativo de los acos de movilidad articular

Flexión: 160°

Abducción: 100°

Rotaciones: Rotaña completa y extrema (0°

Sale a enseñar al paciente ejercicios de estiramiento de la capsula anterior y posterior, además de ejercicios isométricos para cuadros exenos e internos de hombro así como también estabilizadores de escapula (trombones, trapézio y angular de la escapula) para que realice en su casa a tolerancia, se le seguimiento en la consulta externa.



Punta de la aguja entrando a la articulación glenohumeral: vista posterior



Abducción luego del procedimiento

Flexión luego del procedimiento

- Técnicas básicas de Rehabilitación intervencionista ecoguiadas: SOGARMEF Coordinadores: Dr. Jacobo Formigo Couceiro, Dr. Francisco Javier Juan García
- Treatment Strategy for Frozen Shoulder Chul-H , Daegu, Korea: Review Article Clinics in Orthopedic Surgery 2019;11:249-257
- An evaluation and comparative study between a novel site injection and single-site injection of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments Hal E.L., 2 Shreuder Puspitasari, Narendran P., 3 Praveen K., 4 Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments 921-927
- Treatment Strategy for Frozen Shoulder Chul-H , Daegu, Korea: Review Article Clinics in Orthopedic Surgery 2017; Vol. 9(2), pp. 75-84
- Treatment Strategy for Frozen Shoulder Chul-H , Daegu, Korea: Review Article Clinics in Orthopedic Surgery 2019;11:249-257 • https://doi.org/10.4055/cos.2019.11.3.249