



Servicios de
Salud
Araucanía Sur
Ministerio de Salud

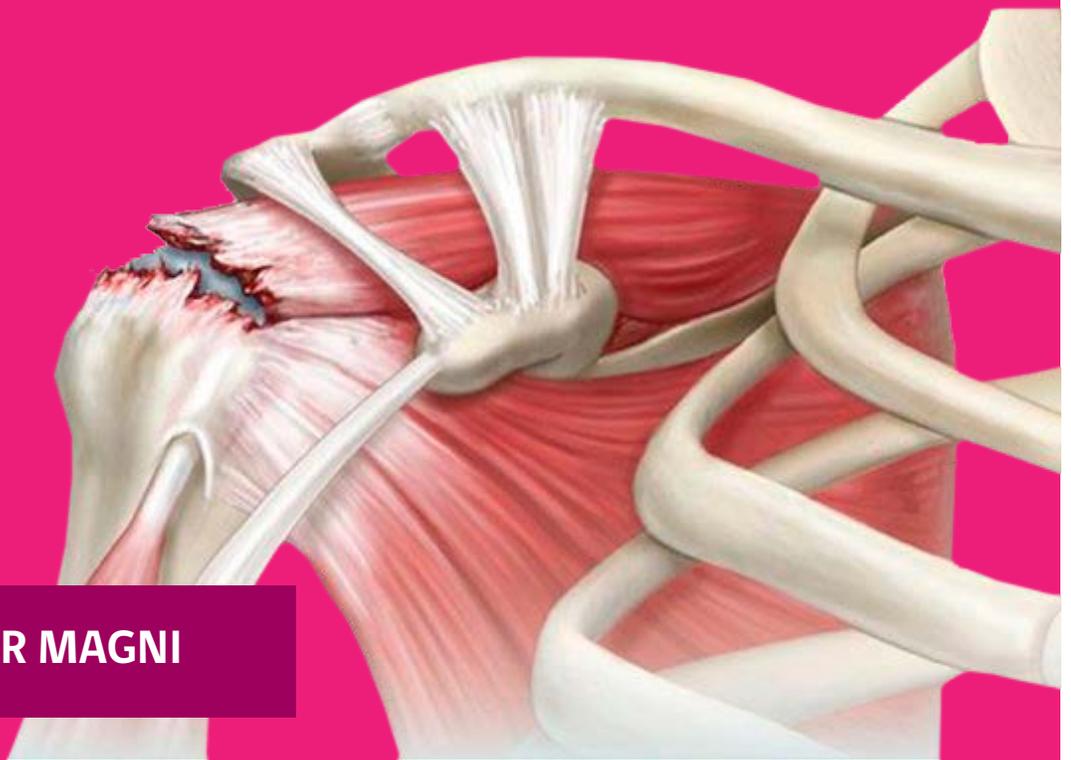
Gobierno de Chile



GUÍA CLÍNICA MANGUITO ROTADOR

SINDROME
DE HOMBRO
DOLOROSO

DR. MARTIN ZECHER MAGNI



ROTURAS DEL MANGO ROTADOR

Las roturas del mango rotador son la principal causa de hombro doloroso en el adulto, pero no se deben olvidar otras patologías como tendinitis bicipital, pellizcamiento subacromial, artrosis acromio clavicular, tumores, tendinitis cálcica, capsulitis adhesiva y diskinesia escapular. Es común que varias patologías se presenten en forma simultánea.

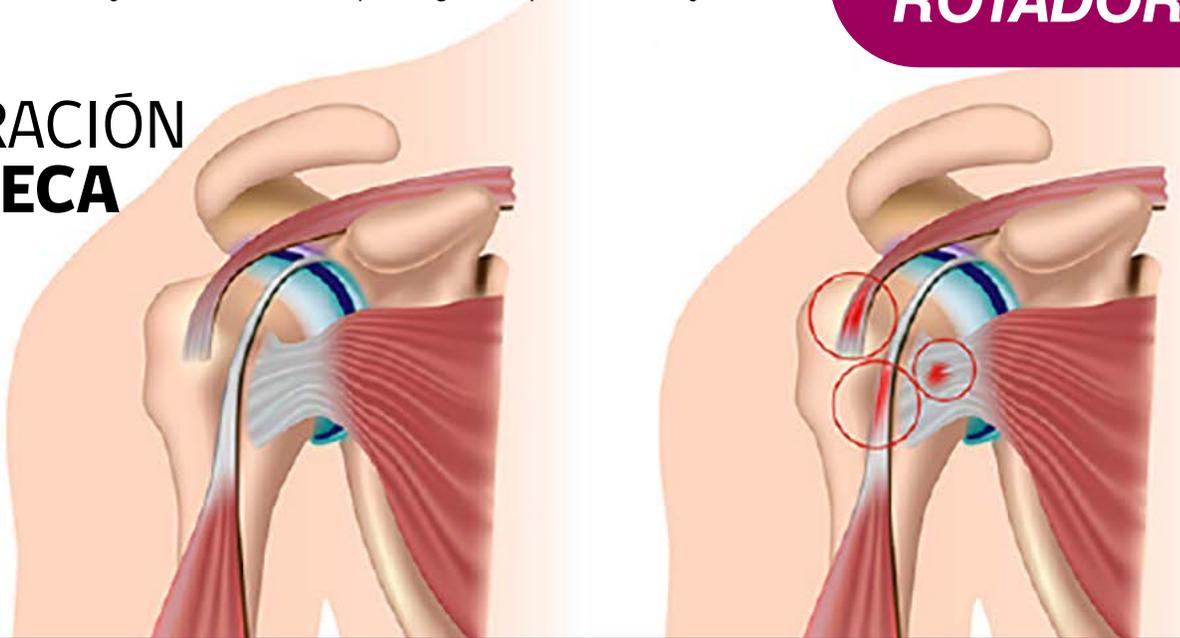
3^o
GUÍA
CLÍNICA



La mayoría de las roturas comprometen al supraespinoso y pueden ser parciales o completas según si afectan el espesor completo de los tendones. La tendinosis es un proceso degenerativo normal y no es considerado patológico en pacientes mayores de 40 años.

MANGUITO ROTADOR

DEGENERACIÓN INTRÍNSECA



La mayoría de los casos son por degeneración intrínseca de los tendones lo que significa que se rompen sin causa identificable, por factores que desconocemos. Tienen fuerte asociación con edad y menor con tabaquismo, historia familiar, compromiso contralateral y postura cifótica torácica. No tienen asociación con sexo ni dominancia.

PREVALENCIA

ROTURAS

Las roturas del mango rotador son muy frecuentes y probablemente obedezcan a un proceso degenerativo normal.

PREVALENCIA GLOBAL

39% de prevalencia en personas asintomáticas

64% de prevalencia en personas sintomáticas



CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIONES PARA ROTURAS DEL MANGUITO ROTADOR

En general, se considera normal que una persona asintomática presente:

TENDINOSIS

40 AÑOS

ROTURAS PARCIALES

50 - 60 AÑOS

ROTURAS COMPLETAS

60 AÑOS

PROGRESIÓN

40% ROTURAS PARCIALES ASINTOMÁTICAS SE COMPLETAN EN **2 AÑOS**

40-50% DE LAS ROTURAS COMPLETAS ASINTOMÁTICAS SE VUELVEN SINTOMÁTICAS EN **3 AÑOS**

25-50% AUMENTAN DE TAMAÑO EN **3 AÑOS**, ESPECIALMENTE **>60 AÑOS**



DIAGNÓSTICO

83% DOLOR NOCTURNO

41% DEBILIDAD

DISMINUCIÓN DE RANGOS ARTICULARES

Siempre revisar rangos pasivos con escápula estable, especialmente rotación externa. Una limitación de rotación externa orienta a capsulitis adhesiva.



RADIOGRAFÍA

Es el estudio básico inicial de cualquier articulación.

Permite descartar lesiones tumorales, artrosis, artropatía del mango rotador (ascenso de la cabeza por una rotura masiva crónica), tendinitis cálcica, etc.

Pedir al menos proyecciones AP verdadera y outlet.

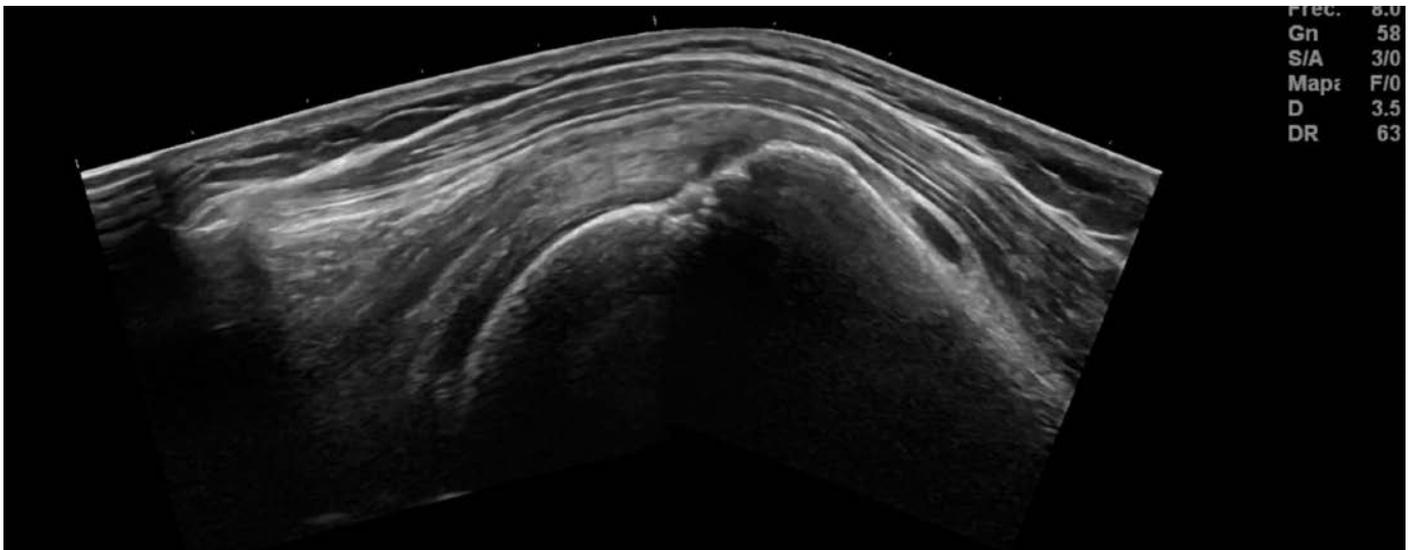
Espacio subacromial normal en proyección AP es >8mm. Una distancia menor orienta a cronicidad y es un criterio de irreparabilidad, por lo que debe insistirse más en kinesiterapia en estos casos.



ECOGRAFÍA

Estudio inicial de elección para evaluar mango rotador. Si es realizada por un operador competente tiene excelente rendimiento para roturas completas. En caso de roturas parciales, se debe exigir informar si corresponde a lado bursal, articular o intratendínea.

En roturas completas se debe informar el tamaño (anteroposterior).



ECOGRAFÍA

	ROTURAS PARCIALES		ROTURAS COMPLETAS	
	Sensibilidad	Especificidad	Sensibilidad	Especificidad
ECO	52%	93%	92%	93%
RM	74%	93%	94%	93%
ARTRO RM	71-80%	88-100%	94%	93%



TRATAMIENTO

ROTURA NO ES
SINONIMO DE CIRUGÍA

60% DE PACIENTES CON ROTURA
RESPONDEN A MANEJO CONSERVADOR

70% de patología del mango rotador
ASOCIA DISKINESIA ESCAPULAR.

El movimiento sincrónico de la escápula con el hombro es fundamental para lograr una cadena cinética efectiva, por lo que siempre debe incluirse la escápula en cualquier terapia física. Se debe ser prudente con la analgesia, limitar uso de AINES.

KINESITERAPIA

ENFOCADA PRIMERO A
ANALGESIA

LUEGO A TRABAJO FÍSICO
DESDE PROXIMAL A DISTAL

1

CONTROL ESCAPULAR: FORTALECER PRINCIPALMENTE SERRATO ANTERIOR Y TRAPECIO INFERIOR

2

CORREGIR POSTURA CIFÓTICA TORÁCICA Y ELONGAR CONTRACTURAS (CÁPSULA POSTERIOR, PECTORAL MENOR, BÍCEPS)

3

FORTALECIMIENTO ROTADORES, PRIMERO ISOMÉTRICO Y LUEGO ISOTÓNICO

4

ENTRENAR CADENA CINÉTICA

RECOMENDACIONES

No es conveniente que los pacientes vayan al kinesiólogo a diario. Por el contrario, se recomiendan 2 - 3 sesiones semanales en que el paciente aprenda los ejercicios y los realice en su domicilio diariamente.

NO INDICAR FISIOTERAPIA.



DERIVACIÓN	INMEDIATA	<p>ROTURA AGUDA EN MENORES DE 70 AÑOS 3 MESES DESDE EL TRAUMATISMO</p> <p>ESTE PACIENTE DEBE SER EVALUADO POR TRAUMATÓLOGO ANTES DE 3 SEMANAS</p>
	PRIORITARIA	<p>COMPLETAS Y PARCIALES LADO BURSAL EN MENORES DE 60 AÑOS</p>
	SIN URGENCIA	<p>MAYORES DE 60 AÑOS QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO CONSERVADOR</p>

No se debe derivar a pacientes asintomáticos u oligosintomáticos.

En estas roturas se recomienda seguimiento ecográfico cada 1 - 2 años y derivar en caso que crezca la rotura o se vuelva sintomática.

REQUISITOS MÍNIMOS

Todos los pacientes deben ser derivados a Traumatología Hombro con **radiografía y ecografía** y se les debe indicar llevar los exámenes a la atención.

Sólo se permite derivación sin ecografía a <70 años con pseudoparálisis aguda. La resonancia magnética, de ser necesaria, será solicitada por el equipo.



TABLA RESUMEN

	Pellizcamiento	Rotura MR	Artropatía	Tendinitis cálcica	Artrosis AC	Tenosinovitis bicipital	Capsulitis
Edad	30 - 60	>60	>70	♀ 30-60	>40	cualquiera	♀ 40 – 60 años
Ex Físico	Signos de pellizcamiento (Neer, Hawkins) Fuerza conservada	Disminución fuerza de elevación y rotaciones en roturas grandes Signos de pellizcamiento	Pérdida de fuerza, dolor variable en todos los planos	Puede presentar dolor intenso súbito dependiendo de la etapa	Dolor AC Cross arm	Dolor surco bicipital	Asociado a DM e inmovilización Rigidez RE Dolor todos los planos
Imágenes	Rx normal Eco sin rotura, eventual bursitis	Rx normal Eco: rotura	Rx: ascenso cabeza, ↓ESA	Rx AP y axilar: calcificación SSP e ISP Eco: calcificación, sin rotura	Rx: ↓espacio AC	Rx y ecografía normales	Rx normal Descartar otras causas de rigidez
Manejo	KNT motora: control escapular, cadena cinética fortalecimiento rotadores	>70: KNT <60: derivar TMT hombro	Analgesia	Analgesia Intensa (opioides) en fase dolorosa	Sintomático	Sintomático	Analgesia Iniciar KNT rangos una vez disminuido dolor



BIBLIOGRAFÍA

01. Goldberg, Nowinski, Matsen - Outcome of nonoperative management of full-thickness rotator cuff tears 2001
02. Yamaguchi et al. - Natural history of asymptomatic rotator cuff tears A longitudinal analysis of asymptomatic tears detected sono - 2001
03. Maman et al. - Outcome of nonoperative treatment of symptomatic rotator cuff tears monitored by magnetic resonance imaging - 2009
04. Mall et al. - Symptomatic progression of asymptomatic rotator cuff tears a prospective study of clinical and sonographic variable - 2010
05. Safran et al. - Natural history of nonoperatively treated symptomatic rotator cuff tears in patients 60 years old or younger - 2011

CREDITOS EDITORIAL

JUAN PABLO CARCAMO - PROCESOS CLINICOS

JOSE LUIS NOVOA - DISEÑO GRAFICO