

Bultoma doloroso y limitación funcional en hombro

López Pérez VJ; Quintilla Pueo R¹ y Castillo García F

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Pág. 253

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Centro de Atención Integral Hospital dos de Mayo. Barcelona, España.
1 Residente medicina familiar y comunitaria.

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 88 años, con antecedentes de deterioro cognitivo tipo demencia vascular evolucionada y trastorno del ritmo cardiaco que requirió la implantación de un marcapasos, que es remitida a nuestra consulta por el médico de su residencia para valoración de tumefacción y limitación funcional espontánea en hombro izquierdo.

A la exploración física destacaba una asimetría de hombros con evidente tumoración blanda y dolorosa en hombro izquierdo, asociando un rango activo de movilidad limitado sin déficits neurosensitivos subyacentes. No resultó posible determinar, dado el deterioro cognitivo de la paciente, el origen etiológico ni cronológico de los síntomas.

PREGUNTA:

QUÉ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SOLICITARÍAS, CUÁL ES LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

La imagen de radiología convencional ántero-posterior de hombro objetivó una desestructuración ósea con luxación de hombro asociada con evidente calcificación periférica. (Fig. 1A)

Debido a la gran tumefacción de partes blandas ampliamos el estudio mediante una ecografía músculo-esquelética que confirmó la fractura-luxación de la cabeza humeral informando de imagen ovoide ecoheterogénea de 8x5 centímetros que producía un efecto masa desde la cápsula articular.(Fig. 1B)

Con el objetivo de descartar un proceso infiltrativo tumoral, por incompatibilidad con una RMN al ser la paciente portadora de marcapasos, se realizó una TAC que informó de una imagen de luxación anteroinferior glenohumeral con resorción heterogénea e irregular del extremo proximal del húmero, indentificándose una masa esférica de 77x64mm con calcificación periférica fina con remodelación ósea de la articulación acromioclavicular y de la glenoides (2A).

Se indicó una gammagrafía ósea que confirmó el diagnóstico de fractura-luxación inveterada con desestructuración de la cabeza humeral sugestiva de necrosis avascular y hematoma calcificado, descartándose un proceso neofornativo asociado (2B).



Fig.1A. Radiografía ántero-posterior de hombro en la que se aprecia una desestructuración ósea con luxación glenohumeral anterior (flecha negra), nótese la fina calcificación periférica circundante. (Flecha blanca)

Seguidamente se contactó con la residencia, para complementar la información clínica, explicando la cuidadora referente un antecedente traumático leve en forma de caída casual dos meses antes de la consulta.

Se instauró un tratamiento sintomático con inmovilización durante 2 semanas y visitas seriadas con radiografías de control. Tras un año de seguimiento la paciente siguió una evolución correcta con una disminución significativa de la tumefacción y el dolor a la movilización

Correspondencia

Vicente José López Pérez
Teléfono: 0034- 93 507 27 00
Fax: 0034- 93 507 27 28
e-mail: vxlopez@yahoo.com

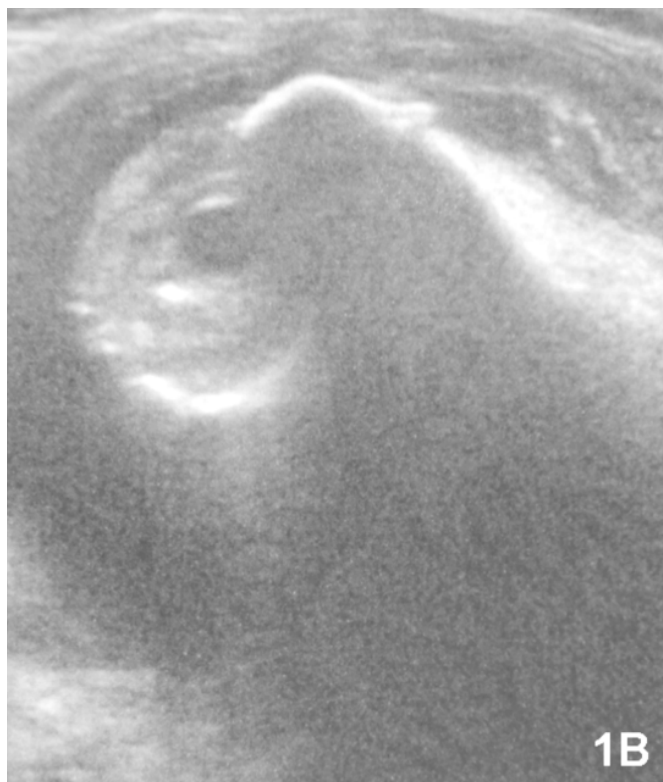


Fig.1B Imagen ecográfica que objetiva una imagen eco-heterogénea de grandes dimensiones que produce un efecto masa desde la cápsula articular.

pasiva, presentando una adaptación funcional que no limita actividades de vida cotidiana.

El interés del caso presentado, además de la espectacularidad de la lesión articular, estriba en la dificultad diagnóstica debido al deterioro cognitivo que comprometía la entrevista clínica.

Al desconocer el antecedente traumático nos planteamos dos opciones en el diagnóstico diferencial, aunque finalmente descartadas por las pruebas complementarias: un proceso infiltrativo tipo osteosarcoma, dada la desestructuración ósea, la tumefacción subyacente y la información proporcionada por la ecografía y la TAC que informaban de una posible lesión ocupante de espacio que eventualmente podría producir el desplazamiento articular y la luxación glenohumeral. La segunda opción diagnóstica que barajamos fue un hombro de Milwaukee u hombro hemorrágico senil¹, que es una artritis de depósito de cristales de hidroxapatita, observada en ancianos con predominio del sexo femenino. El diagnóstico se establece por la aspiración de líquido hemorrágico y la identificación microscópica de los cristales. En la radiografía convencional habitualmente se observa un extenso daño en ambas superficies articulares, con artrosis secundaria, siendo el tratamiento eminentemente sintomático.

En nuestro caso la gammagrafía ósea fue de gran utilidad ya que descartó un proceso infiltrativo e inflamatorio de depósito, informando de un proceso post-traumático cronicado.

Aunque el diagnóstico etiológico definitivo es histológico, mediante punción-biopsia, no consideramos oportuno realizarla dado el contexto clínico de la paciente, demencia evolucionada y la correcta evolución con tratamiento conservador posterior.

Los traumatismos desapercibidos en pacientes demenciados no son infrecuentes² y es fundamental identificar estigmas cutáneos como equimosis, hematomas o tumefacciones y valorar la funcionalidad de las extremidades. Ante la sospecha clínica, exploraciones complementarias accesibles en urgencias como la radiografía convencional o la ecografía pueden resultar de gran utilidad para el diagnóstico. Nos gustaría destacar la importancia de realizar una anamnesis lo más completa posible que incluya antecedentes traumáticos previos con interrogación de los familiares y de los cuidadores habituales.

La luxación inveterada anterior del hombro de causa traumática no es una lesión rara en nuestro medio.^{3,4} Resulta fácilmente diagnosticada mediante radiografías convencionales al contrario que las luxaciones posteriores que pueden pasar desapercibidas radiográficamente en más de un 65% de los casos^{5,6}, por lo que la exploración clínica compatible con limitación de la rotación externa y la posición en rotación interna fija resulta fundamental⁷.

Se considera una luxación inveterada establecida, después de tres semanas de transcurrido el traumatismo inicial, cuando la cicatrización y las adherencias de los tejidos blandos periarticulares ocasionan cambios en la articulación consistentes en ocupación de la misma por tejido fibroso, erosión de relieves óseos, elongación y contractura capsular que dificultan la reducción cerrada y la estabilidad articular a medida que pasa el tiempo requiriendo a menudo una reducción quirúrgica abierta.^{6,7,8} Dado el contexto clínico de nuestro paciente,

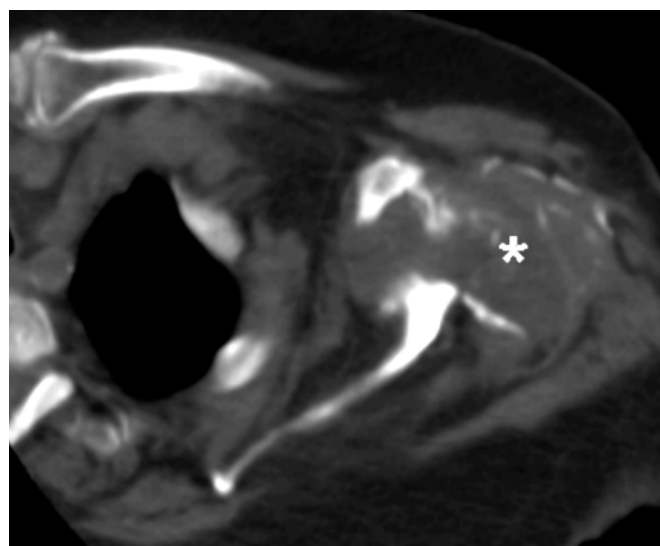


Fig 2A. Imagen de la TAC (corte transversal) que confirma la luxación glenohumeral y la masa esférica calcificada con remodelación ósea de la articulación acromioclavicular y de la glenoides (asterisco).

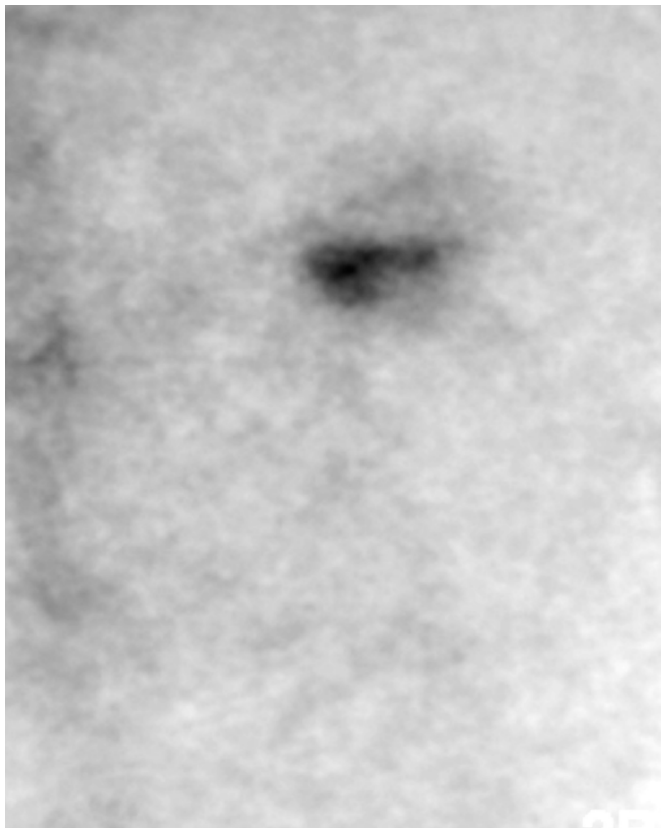


Fig. 2B. Imagen de la gammagrafía ósea que confirma el diagnóstico de fractura-luxación inveterada con desestructuración de la cabeza humeral sugestiva de necrosis avascular y hematoma calcificado.

con escasa colaboración y gran desestructuración osteoarticular por el tiempo de evolución, se descartó una alternativa quirúrgica agresiva siguiendo una evolución correcta en los controles clínicos y radiográficos posteriores disminuyendo la tumefacción y el dolor a la movilización pasiva.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dewachter L, Aerts P, Crevits I, De Man R. Milwaukee shoulder syndrome. *JBR-BTR* 2012; 95:243-4.
2. Monroe TB, Mion LC. Patients with advanced dementia: how do we know if they are in pain? *Geriatr Nurs* 2012;33:226-8.
3. Cattaneo R. On inveterate dislocation of the shoulder. *Arch Ortop* 1959; 72:778-92.
4. Freeman III BL. Luxaciones inveteradas. En: Elsevier España S.A. *Cirugía Ortopédica Campbell*. Madrid 2004: 3200-3206.
5. Braun S, Horan MP, Millett PJ. Open reconstruction of the anterior glenohumeral capsulolabral structures with tendon allograft in chronic shoulder instability. *Oper Orthop Traumatol* 2011; 10:29-36.
6. Rouhani A, Navali A. Treatment of chronic anterior shoulder dislocation by open reduction and simultaneous Bankart lesion repair. *Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol* 2010;2:10-15.
7. Verhaegen F, Smets I, Bosquet M, Brys P, Debeer P. Chronic anterior shoulder

dislocation: aspects of current management and potential complications. *Acta Orthop Belg* 2012; 78:291-5.

8. Savarese E, Postacchini R, Tudisco C. Sequelae of an undiagnosed unilateral congenital fixed anterior shoulder dislocation in a 40-year-old female. *Musculoskelet Surg* 2011; 95:163-9.