

**CONTRIBUCIONES:**

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Oscar Guglielmono.

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS  
LLAMADAS PERIARTRITIS DEL HOMBRO**  
OBSERVACIONES ANATOMO PATOLOGICAS  
MACROSCOPICAS

**Dr. Oscar Guglielmono.**

El 80 % de los cadáveres cuyas edades oscilan entre 40 y 85 años presentan lesiones en los hombros. Estas lesiones se observan fundamentalmente en un sitio: a nivel de la bolsa serosa sub-acromio deltoideo. Con menos frecuencia a nivel de la bolsa sub-coracoidea y más raramente en la corredera bicipital. Radican al nivel de la bolsa sub acromio deltoidea, pero no son lesiones exclusivas de ésta, sino que constituyen un complejo lesional que compromete fundamentalmente a la cápsula, participando además la bolsa serosa, la sinovial, la aponeurosis sub deltoidea, los músculos y el hueso.

Las lesiones que se encuentran son siempre del mismo tipo. En la forma más simple observamos que la serosa aparece con aspecto despulido, rugoso o veloso, sobre todo en la hoja que cubre la cápsula. La cápsula al corte se presenta aumentada de espesor pero la sinovial no presenta mayores alteraciones.

En otros casos la cara superficial de la cápsula en el sector que corresponde a la bolsa serosa presenta un aspecto foliáceo, con bridas o láminas que saltan en puente desde una a otra hoja. La cápsula presenta al corte un aspecto hojaldrado y sobre la cara sinovial a menudo aparecen fisuras o rupturas parciales.

El sitio de mayor alteración capsular coincide con la zona de contacto de la cápsula con el acromio y esta parte corresponde al sector capsular que está cubierto por el tendón del supraespinoso.

En lesiones de mayor grado se observa una solución de continuidad en la cápsula, una fisura transversal irregular de borde festoneado, localizada generalmente en la proximidad de la inserción del supraespinoso, es frecuente también observar ori-

ficios de contornos irregulares de mayor o menor diámetro a través de los cuales aparece la superficie articular de la cabeza humeral.

Finalmente se encuentra con cierta frecuencia en los cadáveres, desaparición total de la cápsula en toda la parte superior. Una gran ventana con bordes bien netos por donde sale la cabeza, para apoyarse debajo del acromion. La cabeza humeral toma contacto directo con la cara superior del acromion. La aponeurosis subdeltoidea muy engrosada hace de cápsula. Forma así un verdadero manguito que va desde el borde del acromion hasta la cápsula verdadera, sobre la que se adhiere íntimamente.

A veces la aponeurosis también sufre el proceso de desgaste, por lo que observamos a la cabeza apoyada discretamente sobre el músculo deltoides. Las mismas lesiones que describimos en la bolsa subacromiodeltoidea, se observa en las subcoracoideas pero aquí se encuentran siempre los mismos procesos que hemos descrito: despulimiento, flecos, bridas y hipertrofia de la cápsula.

#### LAS CALCIFICACIONES

En las radiografías, se observa fundamentalmente estos hechos:

1º En los huesos: "desmineralización".

2º En las partes blandas: "calcificaciones".

En el 5 % de los cadáveres con lesiones, se observa calcificación. Estas son simplemente testigos de las lesiones que describimos en el hombro. Aparecen por tanto allí donde se localizan estos procesos: en la vecindad de la bolsa subacromial de la bolsa subcoracoidea. Y mejor, vecina del troquíster o vecina del troquín. Aparecen además en cualquiera de las etapas que hemos descrito y se observa bajo dos formas: como papilla cretácea rica en calcio o como calcificación dura con estructura trabecular. Hemos encontrado dichas calcificaciones en el espesor de la cápsula, de la aponeurosis subdeltoidea, del músculo deltoides y el subescapular. Hemos observado casos en que la calcificación contribuye a formar parte de la cavidad de recepción de la cabeza humeral situada en el espesor de la aponeurosis subdeltoidea.

#### OBSERVACIONES CLINICAS

El 80 % de las personas que han pasado los 50 años de edad ya tienen lesiones, sin embargo el número de los que sufren es muy bajo. Se trata de una enfermedad crónica, evolutiva, progresiva e indolora en su evolución. El dolor aparece como una

contingencia, en algunos casos solamente. Otras veces se presenta como un sufrimiento crónico, o bajo forma de crisis aguda. Claro está que hay formas intermedias, es decir el dolor aparece en cualquiera de las etapas. Hemos visto enfermos en la última etapa de luxación, que jamás habían tenido el menor sufrimiento; otros en cambio con lesiones que creemos iniciales presentan episodios agudos de marcada intensidad.

Hemos examinado personas de edad sin ningún sufrimiento con signos evidentes que atestiguan la existencia de lesiones más o menos groseras: crepitaciones, atrofia muscular, calcificaciones, etc. Las crisis agudas las hemos visto con mayor frecuencia en personas jóvenes; a veces de extrema intensidad; dolor de tipo causálgico con un conjunto de caracteres que nos revelan la participación del neurovegetativo. El dolor en forma de crisis, la exacerbación durante la noche, el calor local y circulación venosa colateral marcada.

#### CONCLUSIONES SOBRE PATOGENIA

Se trata de un proceso alterativo necrobiótico, degenerativo, situado en las zonas del hombre que hemos descrito. Las características anatómicas tan especiales de esta articulación, tal como hemos hecho notar más el factor funcional produciendo un micro-trauma repetido, en forma permanente, son los factores fundamentales. Pero indudablemente esto sólo no es suficiente para explicar los hechos; es decir interviene otro factor: el factor irrigación. Las condiciones anatómicas en que se encuentra la cápsula a ese nivel, más el factor funcional, más el tiempo hacen que en determinado momento la circulación se empobrece y esta isquemia relativa explica el comienzo y la evolución de este proceso de carácter fundamentalmente degenerativo. El proceso es único, evolutivo y progresivo, y lo que se describe como entidades distintas son etapas del mismo proceso. Las diferentes lesiones que hemos encontrado en el cadáver son las distintas etapas que va sucesivamente atravesando la zona enferma en el curso de los años bajo la acción de una función que se ha hecho patógena. Empieza por un simple despulido de la bolsa serosa, seguido de hipertrofia de la cápsula, luego laminación, exfoliación, después fisura de la cápsula y finalmente abertura de una ventana que aumentando el diámetro determina la salida y la creación de una nearticulación bajo el techo acromio córacodeltoideo es decir

que se produce una luxación patológica; el traumatismo grosero que inicia una historia de sufrimiento no hace más que poner en evidencia la existencia de un proceso que ya existía previamente. Cuando el dolor es a nivel de la bolsa interna es difícil determinar si es por un proceso de la bolsa subcoracoidea o es un síndrome bicipital. En los procesos externos es sobre todo la abducción la que provoca dolor, y en la interna es sobre todo la antepulsión y la rotación interna. Otro signo importante es la impotencia funcional. Puede ser por dos causas: 1º. Por el dolor, 2º. Por rigidez.

En general es por dolor, si se quita este, la movilidad reaparece. En otro caso es por rigidez —por adherencia periarticulares. La causa es la movilización, es la inmovilización prolongada que el enfermo hace para evitar el dolor o por indicación médica. Generalmente la rigidez del hombro es secuela de un hombro doloroso el dolor lleva a la inmovilidad, ésta a las adherencias y éstas crean la rigidez y la impotencia. En las formas de sufrimiento crónico el dolor espontáneo que se presenta generalmente a nivel del hombro. El enfermo señala el máximo de dolor en la zona que corresponde a la bolsa subacromio deltoideo y con más frecuencia que sobre la región coracoidea. A menudo irradia hacia el brazo a veces a la región escapular pectoral o cervical. No es raro ver que presentan el dolor a distancia únicamente y el examen nos muestra que la causa está en la periarticulación del hombro. Palpando cuidadosamente encontramos siempre que la zona dolorosa corresponde en topografía y extensión a una de las bolsas serosas. Si dibujamos sobre la piel la zona dolorosa vemos que corresponde exactamente a la proyección de la bolsa y haciendo rotar hacia afuera el húmero vemos que dichas zonas se desplazan en el mismo sentido. El sufrimiento a nivel de la bolsa externa es mucho más frecuente que en la bolsa interna. Por ello la mejor profilaxis de la rigidez es el tratamiento del dolor. Un signo constante es la crepitación. En los casos de luxación es posible encontrar dos signos que permiten hacer el diagnóstico de estas etapas. 1º La sensación de choque se produce al proyectar la cabeza humeral sobre la cara inferior del acromio. Para ello es necesario que se halle ampliamente abierta la cápsula y que haya cierto grado de derrame. 2º Más raramente se observa un resalto al movilizar el miembro, producido por la cabeza al franquear el reborde de la glena.