

Sr. COORDINADOR. — Tienen la palabra los Dres. A. Sáenz, F. Ferreira, M. Mizraji, G. Lapido y B. Barrós.

Departamento de Reumatología de la Clínica Médica del Prof. F. Herrera Ramos

CLASIFICACION DE LOS HOMBROS DOLOROSOS

Dres. A. Sáenz, F. Ferreira, M. Mizraji, G. Lapido y B. Barrós.

Al adquirir el hombre la posición erecta, el miembro superior deja de ser un órgano de apoyo y fuerza propulsiva para convertirse por adaptaciones sucesivas a lo largo de la evolución filogénica en un complejo de movimiento en continua actividad que interviene en múltiples expresiones de la vida humana.

La finalidad de la articulación escapulo humeral deja pues de ser fundamentalmente la de sostén para transformarse en primer término, en un centro de movimiento en el cual la mayor parte de la actividad consciente se realiza en función del órgano especializado que es la mano.

El miembro superior debe ser considerado como una unidad funcional, a múltiples facetas, siendo necesaria la integridad de todos sus componentes que están fisiológicamente coordinados, para obtener un amplio rendimiento y una plena efectividad. Es esta sinergia de acción la que da una tan grande significación a las alteraciones de cualquier sector pues todas repercuten sobre el conjunto activo.

La importancia médico social de los procesos patológicos que se desarrollan en la mano, es sumamente grande, por la significación que ella posee en la actividad directa del hombro en todos los planos en que desarrolla sus funciones.

Las alteraciones del hombro son capaces de provocar invalideces tan importantes como las de la mano.

En el período agudo, por el dolor y la contractura que limitan la actividad del miembro superior. En el período crónico, por las atrofas, las contracturas y el dolor que, en orden de importancia, inciden sobre la función del miembro. En el período secuar por la limitación muy marcada de la función de la escapulo humeral y su atmósfera, debido a las retracciones múscu-

lo tendinosas o aun a la anquilosis fibro retráctil o mismo ósea del centro funcional escápulo humeral o del complejo fibro sinovial de la periarticulación. Todo esto es perfectamente explicable si se tiene en cuenta la función del centro de conexión con el tronco que llena el hombro.

La extraordinaria frecuencia con que se encuentra al hombro doloroso en la clínica, frecuencia que está ligada a la pluralidad de formaciones capaces de ser afectadas en esta región y a la multiplicidad de etiologías que pueden incidir en esas formaciones anatómicas, potencializa la trascendencia de estos sufrimientos.

El hombro es un complejo anátomo funcional que constituye la saliente lateral y superior del tórax.

Está formado por un sistema articular complejo, compuesto por una articulación principal de tipo enartrosis, la escápulo humeral y tres articulaciones satélites: una ántero interna, la esterno claviclar; una súpero externa, intermedia, con respecto a las otras dos satélites, la acromio claviclar; y otra posterior, más que articulación, superficie celular de deslizamiento, la escápulo torácica.

La articulación principal está conectada a la caja torácica por elementos óseos dispuestos en horquilla: la clavícula a desarrollo torcogental y el omóplato con posición mística, y por elementos músculo aponeuróticos que la unen a la columna cérvico dorsal y al tórax y que la mantienen sobre el plano inclinado que constituye la pared torácica lateral.

Todo este complejo de unión hombro tórax tiene un solo apoyo óseo constituido por la articulación esterno claviclar. Todo el resto son superficies de deslizamiento mantenidas en situación por las láminas musculares espino escapulares y tóraco humerales, lo cual le da una amplia motilidad y permite los grandes cambios de posición conscientes e inconscientes que el hombro es capaz de realizar alrededor del eje que lo vincula al tronco.

Es así que el complejo funcional que describimos no puede concebirse sólo como la articulación gleno humeral y las formaciones sinoviales y tenosinoviales que la rodean, sino que es necesario incluir en él a los músculos que actúan como motores y al mismo tiempo como ligamentos activos de todo el complejo, así como las bolsas serosas y sinoviales que facilitan el desliza-

miento de unas porciones sobre otras y naturalmente que deberá utilizarse la significación que poseen los vasos arteriales, venosos y linfáticos, así como los nervios del sistema espinal y vegetativo, aun cuando desde el punto de vista de la mecánica del sistema son los grandes grupos músculo artro sinoviales que poseen la significación mayor.

Desde el punto de vista funcional hay concordancia entre este concepto anatómico y el modo de cumplirse la función. Los movimientos del miembro superior que tienen como centro el hombro se realizan fundamentalmente en la articulación principal, la escapulo humeral y secundariamente en las articulaciones satélites, que permiten llevar el brazo al límite extremo de los movimientos que le son posibles. Los elementos activos que lo unen al tórax le dan una gran posibilidad de desplazamiento y además le permiten accionar frente a múltiples estímulos conscientes o inconscientes, reflejos o voluntarios.

Los procesos de Hombro Doloroso pueden clasificarse de la siguiente manera:

CUADRO I

	{ Con localización en el complejo anató-	{ orgánicos
	} mo funcional del hombro	} funcionales
Procesos		
dolorosos	{ Por proyección del sufrimiento de es-	
de hombro	{ tructuras que le están anatómica, fun-	
	{ cional, neural u ontogénicamente vin-	
	{ culadas.	

CUADRO II
PROCESOS ORGANICOS

Mesénqui- mopatias reumáti- cas domi- nando	en el órgano articular	Inflamat.	esenciales	P.A.C.P.	} típica	
		Degener.	secundarias:	Artritis focales	} atípica	
		Metaból.	atrosis	E.A.C.P. rizomiélica		
		Mixtas	gota y ocrónosis			
	en la periarti- culación	Inflamat.	esenciales	(raras)	} Superf.	} Bursitis
			secundar.		} Profund.	} Fibromiosit.
			(habit.)		} Totales	} Sinovitis
					} simple	} Tenosinovit.
	en la para arti- culación	Degener.	tendinos.	} calcárea		
			gota (rara)			
Metaból.						
Mixtas			esencial.	} P.A.C.P		
Procesos no reumáticos	inflamatorios	Artritis	específicas:	Tuberculosis		
			} secundar.	} Brucelosis		
			} inflam.	} mesenquimo-	} Lupus erite-	
			} degener.: artrosis	} patias no	} matoso	
			} metaból.	} reumáticas	} Periarteritis	
Traumas	Alteraciones posición:	} posterior	} luxación	} tendón	} largo biceps	
			} anterior	} traumáticos		
			} superior	} inflamatorios	} primitivos	
			} inferior	} necrósicos:	} secundarios	
			} mixtas	} mesenquimopatias	} típicas o no	
Procesos de las formaciones	Oseas constituyentes:	} superior	} sistémicas:	} granulematos	} nudosa, etc.	
			} metaból.	} mielomatosa		
			} inferior	} leucósicas.		
			} mixtas			
			} superior			

CUADRO III
 FUNCIONALES, SECUNDARIOS A:

Alteraciones de la actitud	{ cifosis { cifoescoliosis { grandes asténicos { anterodislocación del hombro		
Alteraciones de la mímica	{ tics { hábitos de postura forzada		
Proyecciones psicósomáticas	{ contracturas prolongadas { hipotonías	{ preocupados { ansiosos { angustiados { melancólicos { deprimidos	{ puros o asociados a cervicalgias o cervicocefaleas

CUADRO IV

Por proyección del sufrimiento de estructuras anatómica, funcional, neural u ontogénicamente vinculadas	{ músculos { hernias celulares torácicas { columna cervical { costillas { vértice pulmón { corazón (coronarias) { aorta { pulmón { inflamatorio { neósico { pleura { neumotórax { mediastino { esófago en su tercio inferior { diafragma y espacio subfrénico { hígado y vías biliares { páncreas { bazo { estómago (cardias y gran tuberosidad) { distensión tubaria { ruptura embarazo ectópico { pelvis { torsiones genitales { anexitis { pelviperitonitis { miembro superior { vida relación: hemiplejia { sistema nervioso { vegetativo: síndrome trófico
--	--

Comentamos sólo algunos de los procesos citados, los que poseen mayor jerarquía reumatológica.

PROCESOS AUTOCTONOS DE LA ARTICULACION

I) ORGANICOS:

A) Reumáticos:

1) **Inflamatorios.**— La localización de las mesenquimopatías inflamatorias a tipo reumático en los distintos componentes del hombro permite aislar diferentes cuadros clínicos de pronóstico, evolución y terapéuticas distintos, según sea la localización:

Artritis escápulo humeral: cuando toma la articulación principal.

Periartritis: cuando toma los elementos periarticulares.

Paraartritis: cuando toma las articulaciones satélites.

La **artritis escápulo humeral** forma parte del cuadro general de la poliartritis crónica evolutiva, siendo cuando el proceso es típico, la última articulación del miembro superior que se afecta, ya que como recordamos, la poliartritis es un proceso centrípeto y bilateral de los miembros.

Puede ser una de las primeras articulaciones tomadas en la poliartritis crónica atípica por la evolución de su secuencia articular.

Pueden verse también artritis focales.

Las periartritis son muy frecuentes: generalmente relacionadas del punto de vista etiológico a focos sépticos, aunque pueden verse con mucha menor frecuencia en procesos reumáticos de tipo esencial (A. R.) o metabólico (gota).

En las para artritis, como ya se dijo, el proceso se localiza en las articulaciones satélites de la escápulo humeral que le están relacionadas funcionalmente pero no en contacto anatómico, es decir las acromio clavicular, esternoclavicular y escápulo torácica.

Pueden ser tomadas aisladas o en conjunto asociadas a las periartritis.

2) **Degenerativas: Artrosis.**— Son poco frecuentes, porque es una articulación que no soporta pesos. Puede verse sola o asociada a la periartritis o a la artritis.

3) **Metabólicas y mixtas:** Entre las **metabólicas** la gota, en su forma aguda y crónica; se ve con poca frecuencia. Puede tener las formas clínicas de artritis o periartritis.

Las formas mixtas están formadas por combinaciones de los procesos anteriores.

B) No reumáticos:

1) **Inflamatorios:** artritis infecciosas: específicas e inespecíficas.

Las inespecíficas constituyen las mesenquimopatías no reumáticas, típicas o atípicas. (lupus eritematoso, periartritis nudosa).

2) **Traumas.**

3) **Alteraciones de posición:** como tipo señalamos la luxación del tendón de la larga porción del biceps.

4) **Procesos de las formaciones óseas constituyentes:** Pueden ser de naturaleza traumática, inflamatoria, parasitaria, neoplásica primitiva o secundaria, o localizaciones de mesenquimopatías sistémicas.

La razón por la cual estas últimas pueden localizar en los huesos del hombro es porque se trata de afecciones de la médula ósea que repercuten secundariamente sobre el hueso y es en estas extremidades óseas que persisten en la vida adulta todavía elementos medulares activos.

II) **Los funcionales** pueden ser secundarios a alteraciones de la actitud, de la mímica o a proyecciones psicósomáticas.

El objeto de esta clasificación de los hombros dolorosos es facilitar su ordenación práctica en la clínica y que de cada tipo, surja una orientación terapéutica definida que permita la recuperación del paciente.

Así en los procesos inflamatorios se reunirá a los antiálgicos, antifluxivos, espasmolíticos; si se está en período de contractura reposo inicial, después movilización.

En los cuadros degenerativos fisioterapia, masoterapia, esteroideos locales.

En los cuadros de causa metabólica a la terapéutica que corresponda según la alteración desencadenante.

En el resto de las entidades clasificadas de su sola especificación surge cuál deberá ser la conducta del terapeuta frente a ellas.