

Sr. COORDINADOR. — Tienen la palabra los Dres. B. Barrós, F. Ferreira, M. Mizraji, M. Dighiero y Br. E. Amado.

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

ALGUNOS ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO DEL HOMBRO DOLOROSO

Dres. B. Barrós, F. Ferreira, M. Mizraji, M. Dighiero
y Br. E. Amado.

Los síndromes dolorosos de hombro poseen una gran importancia en la práctica médica por su alta frecuencia, la multiplicidad de sus formas clínicas, la intensidad del sufrimiento que provocan, y la disminución de la capacidad de trabajo que generan por lo cual se proyectan en el rendimiento de la unidad humana y marcan su influencia en la economía del país. Es por eso que los cuadros dolorosos de hombro aun cuando parezcan ser banales, tienen una significación médico social grande para el hombre, la familia y la sociedad.

Ello hace que los problemas que plantea su tratamiento deban ser analizados estrictamente y resueltos en la forma más favorable para los tres componentes que hemos citado, de la organización social.

La terapéutica deberá ser, eficaz y completa: eliminando lo antes posible el sufrimiento; reintegrando la funcionalidad del miembro; rehabilitando al individuo si existen secuelas.

Se cuenta, para obtener estos resultados, con una serie de elementos cuya elección está supeditada al tipo fisiopatológico del proceso, a su etiología, a las modificaciones que haya provocado en el complejo anatómico funcional del hombro* y al período evolutivo en que se encuentre la afección.

Los elementos activos en los procesos que estudiamos pueden agruparse en:

* Ver en las actas de este último congreso los otros trabajos del Departamento de Reumatología de la Clínica Médica del Prof. F. Herrera Ramos.

a) Clasificación de los hombros dolorosos; b) el componente psico somático en la etiología de algunos hombros dolorosos.

A) Agentes quimioterápicos con acción como tales y bioquimioterapéutica, es decir desarrollando al lado de su influencia como elementos químicos puros una actividad biológica hormono simil.

B) Hormonoterapia.

C) Terapéutica biológica.

D) Tratamiento de los elementos causales, en especial focos.

E) Psicoterapia.

F) Fisioterapia.

G) Modificación de la reactividad general del paciente.

No es posible, dentro de los límites de este trabajo, hacer un desarrollo total del tema, por lo cual sólo realizaremos un rápido comentario sobre los agentes terapéuticos más importantes y de introducción más reciente en la terapéutica, haciendo, con respecto a los demás, sólo alguna acotación.

A) AGENTES QUIMIOTERAPICOS

I) **Antifluxivos, analgésicos y antirreumáticos.**

a) **Grupo del ácido salicílico.**

Uno de los grupos activos más antiguos en la terapéutica antirreumática efectiva.

La acción de sus componentes en estos procesos es sólo antiálgica por lo cual el más eficaz es el ácido acetyl salicílico y después el salicil salicílico.

Los otros compuestos, en especial el salicilato de sodio, poseen una alta influencia en las artritis de la Fiebre Reumática, pero en las periartritis y artritis comunes su eficacia es reducida.

b) **Grupo del pirocatecol.**— No hay todavía experiencia suficiente con estos productos obtenidos en la desintegración de los salicílicos. El pirocatecol carboxilato de sodio, y el ácido pirocatecol carboxílico, introducidos por Michotte poseen una actividad antifluxiva y antiálgica, pero su efecto dominante parece ser la potencialización de los 11 oxiesteroides, en especial la Cortisona.

c) **Grupo del ácido fenilcincónico.**

Medicamentos de uso extendido, analgésicos lentos, antifluxivos. Su actividad tóxica en especial hepática, limita sus indicaciones. La sal más aconsejable es la de litio.

El suministro debe de hacerse en dosis de 0.60 g. a 0.80 por día, dando 3 o 4 días seguidos y otros tantos de suspensión. Es conveniente asociarlos a la Vitamina C.

d) **Grupo pirazolónico.**— Bien conocido por sus componentes clásicos, en especial el piramidón, se ha enriquecido en las últimas décadas con derivados eficaces, pero es dentro de este grupo que ha surgido una de las medicaciones de más reciente introducción en reumatismo y, en general, procesos fluxivos, que por su indudable eficacia y sus probables mecanismos de acción se ha transformado en una de las drogas claves de la terapia antirreumatisal y anti álgica en general.

El miembro nuevo de la familia pirazolónica es el 3,5-dioxo-1,2-difenil-4-n butil pirazolidina conocido con el nombre de fenil butazona que ha dado origen a dos preparados.

α) Una mezcla de dietil amino antipirina y fenilbutazona en la cual esta última actúa como disolvente y da al conjunto propiedades diferentes de la aminopirina sola, y muy semejantes a las que describiremos más adelante para la fenilbutazona.

β) La fenilbutazona pura, que se suministra en dosis de 400 a 1.200 mg. por día, por boca o por supositorios; puede administrarse también en ampollas intramusculares, de 500 mg. a 1 g. diario, o cada dos días y también con mayores intervalos.

La conducción de la terapéutica debe hacerse por un período de ataque, dosis altas, dos a cuatro días; después consolidación con dosis medias de 600 a 800 mg. orales cada dos días, durante 2 u 3 semanas, seguidas de un período de mantenimiento con dosis de 400 a 600 mg. orales, una o dos veces por semana que puede mantenerse tiempo largo.

Conviene siempre asociar a la Vitamina C dando de 250 a 500 mg. diarios durante una de las principales comidas.

La actividad de la fenilbutazona se puede resumir, en el estado actual de los conocimientos, en la forma siguiente:

Efecto antipirético menor que el de la aminopirina y antiflogístico y analgésico mayor.

Acción antihistaminica neta pero menor que la de los antihistaminicos exclusivos.

Disminuye la permeabilidad capilar.

Actividad anti inflamatoria.

Posee cierta función antidiurética, es posible que por influenciar la hormona correspondiente y disminuir la permeabilidad cápilo renal.

Influye el ionograma reteniendo sodio por aumento de su reabsorción tubular.

Desciende la uricemia patológica.

Disminuye la iodo captación del tiroide.

Posee por algunas de estas acciones, en especial antiflogística y permeabilidad una actividad cortisono simil que parece confirmada por algunos de los fenómenos tóxicos.

MANIFESTACIONES TOXICAS

Trastornos gastrointestinales: Nauseas, vómitos, úlceras digestivas y hemorragias a veces mortales.

Edema generalizado, a buscar en cara y miembro inferior.

Reacciones alérgicas.

MANIFESTACIONES CUTANEAS

Granulocitopenia: agranulocitosis a veces mortales.

Oculares.

INDICACIONES

En primer término: enfermedades reumáticas de carácter inflamatorio, metabólico, degenerativo y mixto. También en procesos dolorosos no reumáticos.

CONTRAINDICACIONES

Absolutas: cuando hay antecedentes ulceración digestiva.

Deberan ser usados cuidadosamente en la senectud, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, renal, o cuando hay antecedentes de lesión hepatocítica.

DOSIS

Oscila entre 300 a 1.200 mg. diarios. Por vía oral fraccionada, tomada con las comidas; rectal, inyectable.

La dosis y táctica varía según la afección y su intensidad, teniendo un período de ataque, de consolidación y de mantenimiento como ya ha sido especificado.

A pesar de toda su eficacia la fenilbutazona es también una terapéutica sintomática, no curativa.

Precauciones durante su uso: Hemograma semanal o quincenal. Clínicamente: curva ponderal, diuresis, presión arterial.

Medidas coadyuvantes: Dieta hiposódica.

Cuando haya retención hidrosalina: diuréticos tipo purínico, acidificantes o mercuriales, teofilina.

Protectores de la mucosa digestiva: alcalinos o hidróxido de aluminio.

2) **Espasmolíticos musculares.**

Se utilizan en todo proceso que se acompaña de contractura muscular, que debe ser eliminada, es importante porque contractura es trabajo y estos procesos necesitan reposo inicial.

Tolserol.

Prostigmine.

3) **Medicamentos de acción vasomotora.**

(Para uso local a usar sólo o asociados entre ellos). Eficaces en peri y para artritis.

Priscol.

Histamina.

Acetilcolina.

4) **Revulsivos.**

5) **Antigotosos.**

Cólchico.

Probenecid.

B) TERAPEUTICA HORMONAL

Comprende el uso de la corticotropina o Acth, la cortisona y la hidrocortisona o compuesto F. de Kendall.

Consideraremos en primer término el Acth y la cortisona por ser semejantes sus indicaciones, modo de acción y efectos terapéuticos.

1) El Acth es la hormona adrenocórticotrópica de la anterohipófisis, de naturaleza proteica.

2) La cortisona es la hormona córticosuprarrenal de naturaleza esteroidea del grupo de los glucocorticoides.

Las dos son poderosos medios con los que podemos obtener grandes beneficios, pero que tienen también acciones colaterales indeseables que se manifiestan principalmente en los tratamientos prolongados y con dosis altas.

Sus efectos se obtienen mientras dura su administración, pero la sintomatología puede reaparecer con una intensidad variable, dependiente del potencial evolutivo de la afección, si es que este no se ha agotado al cesar la terapia. No tienen acción etiológica sino sintomática.

INDICACIONES

Fundamentalmente son los procesos reumáticos inflamatorios. Debe destacarse antes de decidir su uso, que en procesos del tipo monoarticular como los que tratamos, son más eficaces las terapias locales que las de acción general.

3) Hidrocortisona o compuesto F.—Es una hormona córticosuprarrenal de naturaleza esteroidea, también del grupo de los glucocorticoides.

Existe en dos formas: hidrocortisona y acetato de hidrocortisona, que es la única disponible en nuestro medio en suspensión a 25 mg. por c.c. para uso exclusivamente local en inyección intraarticular, infiltración tisular y como tópico.

Esta indicada en:

- 1) Procesos reumáticos inflamatorios exclusivos del hombro, o procesos residuales de enfermedad general poliarticular.
- 2) Como coadyuvante del: oro, cortisona, ACTH, ortopedia.
- 3) Cuando están contraindicadas las terapias de acción general.
- 4) En los procesos articulares degenerativos y metabólicos (gota).

CONTRAINDICACIONES

Procesos inflamatorios infecciosos: gonococia, tuberculosis
Artritis traumáticas secundarias a fracturas intraarticulares

DOSIS

12,5 a 37,5 mg. a intervalos variables de 4 a 20 días, según el tipo de proceso y su respuesta.

Debe saberse que en muy raros casos puede verse inicialmente una exacerbación del dolor y a veces producción pasajera de fenómenos fluxivos, para cuyo tratamiento son aconsejables el reposo y el hielo.

C) FISIOTERAPIA

Se usarán:

Iontoforesis.

Infrarrojos.

Ultravioletas.

Onda Corta.

Diatermia.

Balneoterapia.

Masoterapia.

Ejercicios: activos y pasivos.

Roentgenterapia.

D) TERAPEUTICA BIOLOGICA

Se trata con esos elementos de aumentar las defensas del individuo.

Proteinoterapia: de choque, desensibilizante, inespecífica, específica.

E) TERAPEUTICA DEL FOCO

Muy importante en los procesos de tipo inflamatorio a localización peri o para articular. Si es posible se practicará erradicación bajo control con antibióticos; si no, se utilizarán todas las medidas de tratamiento médico adecuadas.

F) TRATAMIENTO DEL FONDO DEL ESTADO GENERAL

G) PSICOTERAPIA

Posee gran valor, sobre todo para eliminar la fijación psíquica sobre un proceso orgánico y evitar su perpetuación por intrincación de factores.

Su importancia es tan grande que se habla de la existencia de una personalidad periartrítica en los síndromes dolorosos del hombro.

Dispone pues, el médico, de un variado arsenal terapéutico para tratar el hombro doloroso.

Debe destacarse que son de mayor eficacia las medidas de acción local que las de acción general.

Sin embargo son muy a menudo potencializadoras de aquéllas; de aquí la utilidad de usarlas conjuntamente.

Entre las diversas medidas será necesario elegir según el proceso a tratar y el periodo evolutivo en que se encuentre.

En el caso de las artritis las armas dependerán de la afec-

ción reumática en causa; lo mismo en el caso de los procesos orgánicos no reumáticos.

En el tratamiento de las lesiones en que el hombro proyecta el sufrimiento de estructuras vecina se usarán medidas adecuadas a la etiología.

Fundamentalmente nos ocuparemos por su frecuencia e importancia de las periartritis.

En las **periartritis agudas**, es aconsejable el siguiente plan terapéutico:

- a) Calmantes: salicilatos, fenilbutazona, piramidón, anti-pirina.
- b) Revulsivos.
- d) ACTH y esteroides del tipo cortisona.
- e) Inmovilización, seguida de periodos de movilización.

En las **periartritis subagudas** se harán:

- a) Analgésicos.
- b) Revulsivos.
- c) Ionizaciones: de penicilina, histamina, salicilicos.
- d) Infiltraciones.
- e) Movilización.

En la **periartritis crónica**, en las agudas en regresión se tratará:

- a) Fisioterapia (sobre todo onda corta).
- b) Kinesiterapia.
- c) Espasmolíticos.
- d) Reeducción.
- e) Infiltraciones.

En formas agudas se hará:

Revisión local; Fenilbutazona 800 mg. a 1.200 mg. el primer día, 600-800 mg. el 2º y 3er. día. Ionización de penicilina. reposo, Vitamina C.

Si el cuadro se prolonga o se hace subagudo con dolor, infiltraciones de procaina al 1%, masaje y movilización suave.

En las formas crónicas o agudas prolongadas, movilización, ionización, infiltración de novocaina con histamina al 1 en 10.000, roentgenterapia.

En esta forma se podrá tratar eficazmente un hombro que duele y devolver a la unidad social que sufre a sus funciones normales.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR.—Se va a iniciar la discusión. —Tiene la palabra el Dr. F. Herrera Ramos.

Dr. HERRERA RAMOS.—Yo quería hacer únicamente unas pocas consideraciones: primero, felicitar al autor del relato quien, en una lucha terrible contra el tiempo pudo exponer en forma muy completa todos los problemas del hombro doloroso en sus diferentes aspectos, dándonos una visión de conjunto de un tema extraordinariamente complejo al cual analizó en todas sus partes. Han podido apreciarse las ventajas que se pueden obtener con el estudio artrográfico, al cual se dedica el Dr. Gandoz desde hace ya un buen tiempo y que le ha dado resultados que es necesario estimar como de importancia muy grande en el análisis de los procesos dolorosos del hombro, sea localizados en la articulación o en el sector periarticular.

La visión del Dr. Gandoz, con una orientación predominantemente ortopédica y traumatológica, fué completada por las contribuciones del grupo del Departamento Reumatológico, de la Clínica a mi cargo con el cual hemos tratado de enfocar el hombro doloroso desde un ángulo predominantemente médico.

En cuanto a la contribución del Dr. Guglielmo, nosotros estamos de acuerdo con él en que el hombre a lo largo de la evolución de su vida, va modificando la estructura de los tejidos que rodean sus diferentes articulaciones, del mismo modo, en general, que modifica todo su organismo. Envejece tisularmente a medida que pasan los años y las superficies de deslizamiento, las superficies que sufren presión y las estructuras sometidas a tracción son aquellas que primero sufren la consecuencia de la alteración del tejido mesenquimal. De ahí que el tejido cartilaginoso discal sometido a presión en la columna vaya a ser uno de los primeros en indicar el envejecimiento del individuo. Es por esta razón que la edad cronológica del individuo no es igual a su edad tisular y que el tiempo interior de cada uno rige la orientación reactiva en forma propia, en cada momento de la vida.

La superficie tendinosa, por ejemplo del supra espinoso es uno de los primeros sectores del organismo que tiene tendencia grande a degenerar. Todos estos tejidos fibrosos, a origen mesenquimal, sufren una modificación muy marcada en el curso de la vida en sentido degenerativo y la anatomía puede mostrar todas las alteraciones absolutamente inaparentes desde el punto de vista clínico. Eso existe, no se puede discutir como alteración inaparente, tolerada por el individuo, pero además existe el proceso inflamatorio localizado en esos mismos sectores y precisamente facilitado en esa localización, porque ese proceso que ha mostrado el Dr. Guglielmoni lo antecede.

Es por eso que la peri artritis del hombro no es una afección de la infancia, ni de la juventud, sino que es una afección, habitualmente

del comienzo de la edad adulta y de la edad adulta avanzada que se inicia por lo común después de los 40 años, desarrollándose en ese periodo de la vida, a expensas, precisamente, de esas alteraciones tisulares que se han mostrado y cuyo conocimiento representa una contribución de alta importancia para la comprensión de todos estos procesos.

Pero no se puede discutir la existencia de la periartrosis. Nosotros podemos decir que la periarticulación del hombro constituye en realidad una parte de la articulación, anatómicamente tan perfectamente aislada, tan perfectamente definida en su estructura, que hasta nos ha permitido hacer una clasificación de las periartrosis.

Si me permiten voy a proyectar.

Por ejemplo, nosotros vemos aquí en una forma clara la estructura del hombro, que nos ha permitido dividir los procesos de él en: procesos articulares, que están en relación directa con la cavidad articular y en procesos peri articulares que son los localizados en las estructuras anatómicas que rodean a la articulación y contribuyen a su ac-

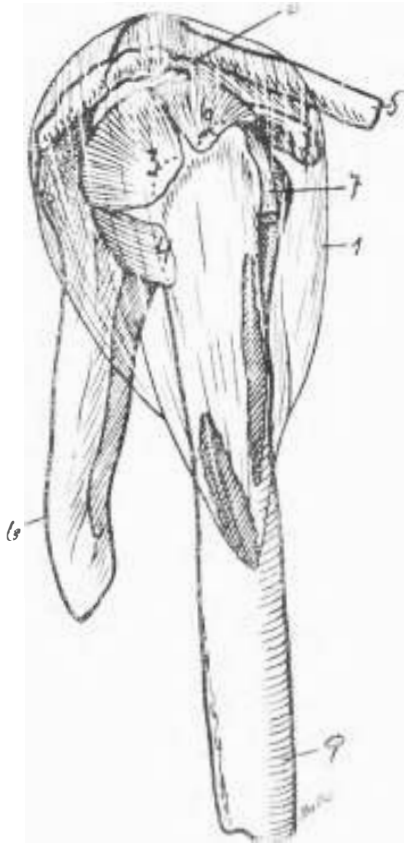


Fig. 1. — Dibujo esquemático mostrando los constituyentes principales de la periarticulación escápulo humeral: 1) Deltoides; 2) Supraespinoso; 3) Infraespinoso; 4) Pequeño redondo; 5, Clavícula; 6) Omóplato; 7) Largo bíceps; 8) Bolsa sub acromio coracóidea; 9) Húmero. Los elementos 2, 3, 4, 7 y 8 forman parte del plano profundo de la periarticulación junto con el subescapular. El plano superficial formado por 8, y la articulación acromio clavicular, con la constelación músculo tendinosa que se implanta en la coracóide.

tividad y que están en contacto anatómico, en relación anatómica con ella, pero no están de ninguna manera en continuidad directa con la articulación salvo este elemento, la bolsa acromial, que como todos sabemos a veces comunica con la cavidad articular.

Esto nos ha permitido hacer una división de los procesos peri articulares en procesos peri articulares profundos, que se localizan yuxta capsulares: por ejemplo, el del supra espinoso que está en relación con la cápsula articular; el del sub escapular, el del largo biceps, la



Fig. 2

Corte esquemático transversal de un hombro. 1) Cavidad articular; 2) Bolsa sub acromio deltoidea; 3) Articulación clavicla acromial; 4) Cavidad glenoide. Por encima de la cavidad sub acromio deltoidea periartrosis superficial entre 2 y 1 corre el supra espinoso. En el plano en el cual se desarrollan las periartrosis profundas.

contacto con la superficie articular y cuya respuesta inmediata al sufrimiento será la contractura precoz, prolongada de las formaciones que rodean a la articulación.

Están además los procesos superficiales que son los que localizan en la inserción del deltoides, inserciones proximales de los redondo, grande y pequeño, etc., en los cuales la limitación del movimiento es menor sin gran contractura, sin gran inmovilización global. Es necesario tener en cuenta al hacer el análisis otros elementos que son las para articulaciones mediante las cuales el hombro amplía su actividad apoyándose en las articulaciones esterno y acromio clavicular y deslizando en la escápulo torácica. Esas para articulaciones tienen continuidad funcional con la escápulo humeral pero no tiene continuidad anatómica con ella, pero sus alteraciones interfieren también profundamente con la función del hombro.

Como estamos ya pasados del tiempo, quería marcar estos hechos para mostrar que en el fondo de lo que ha dicho el Dr. Guglielmoni co

mo en todo lo que ha mostrado el Dr. Gandós hay unidad de concepto y que las afecciones del hombro pertenecen unas veces al campo médico y otras al quirúrgico y hay otras ocasiones en las cuales el médico no puede tratar solo sin la ayuda del cirujano y el cirujano no puede tratar sin la ayuda del médico .

Los procesos crónicos necesitan a menudo la acromiectomía, la acción quirúrgica directa sobre la bolsa o la acción directa sobre el supra espinoso.

Sin esta colaboración no se podría tratar correctamente los procesos que cursan con largo sufrimiento y que como el hombro helado son capaces de invalidar al individuo.

Sr. COORDINADOR.- Tiene la palabra el Dr. R. Caritat.

Dr. RICARDO J. CARITAT. --En el año 1951, designados por la Sociedad de Cirugía, presentamos a los VIIIº Congreso Interamericano y XXIIº Congreso Argentino de Cirugía, nuestro relato sobre "Secuelas de los traumatismos del hombro", que giró sobre todo alrededor de lo que estamos estudiando con el nombre de Hombro Doloroso". Mantene mos hoy los mismos conceptos que sustentábamos en aquel relato: no tenemos modificaciones fundamentales que introducirle y nos reafirmamos en los buenos resultados del tratamiento incruento en más del 90 % de los casos, (seguramente), con métodos terapéuticos sencillos, de simple sentido común. Afirmamos que el tratamiento quirúrgico fué administrado en demasía y que entendemos que tiene indicaciones limitadas y precisas.

En la actual revision vamos a comenzar por el problema de la designacion: mientras los anteriores relatores exponían sus ideas, estaba pensando que los que hacemos Ortopedia y Traumatología, cuando decimos "Hombro Doloroso" nos referimos a algo muy concreto. En cambio, cuando es un médico general el que habla de "hombro doloroso", entonces el capitulo es mucho más confuso.

Cuando nosotros, los que hacemos Ortopedia decimos "Hombro Doloroso", nos referimos a esos hombros dolorosos, porque son asiento de proceso patológico de tipo degenerativo traumático, (o traumático degenerativo), es decir, generado por la función y que, localizado con pre dominio fundamental, en el complejo anatómico funcional constituido por cápsula, ligamentos y tendones corto rotadores, a nivel del supra espinoso y de la bolsa subacromio deltoidea, puede extenderse hasta arriba hasta la cara inferior del acromio, o hacia abajo hasta hacer participar la epifisis humeral superior. Es decir, que como en todas las circunstancias de la patología, cada enfermo hace la enfermedad a su manera, de acuerdo, en este caso particular con la actividad, o la exigencia funcional a que somete su hombro, y con su fondo biológico más o menos personal.

Entonces entendemos eso, comprendemos ese conjunto de lesiones, y cuando decimos los Ortopedistas "Hombro Doloroso", entendemos que

queda ya absolutamente excluido todo lo que se relacione sea con otras afecciones locales del hombro, del tipo de la luxación o subluxación recidivante de la larga porción del biceps, la subluxación recidivante de la articulación escapulo humeral, etc.; queda también excluido totalmente, todo lo que sea en el hombro traducción o proyección de un sufrimiento alejado, es decir, de columna, de tórax, de cavidad abdominopelviana.

De manera que cuando los ortopedistas decimos: "Hombro doloroso", nos referimos a lo que personalmente llamamos Artrosis del hombro; y entonces visto el alcance que le damos al término "Hombro doloroso", que es un poco distinto o bastante distinto y más restringido, de la acepción que le asignan el Prof. Herrera Ramos y colaboradores, se me ocurre que, manteniendo la designación de "hombro doloroso", porque es muy expresiva, porque los pacientes vienen a consultar precisamente porque les duele el hombro, de manera que lo de "hombro doloroso" es una realidad clínica extraordinariamente frecuente, yo diría, para quedarnos dentro de lo que los ortopedistas designamos como "hombro doloroso", que se puede aceptar la clasificación del Prof. Herrera Ramos y colaboradores y entonces habrá que hacer constar en un sub-capítulo muy especial, uno que se llame "artrosis del hombro" que es lo que nosotros significamos habitualmente como "hombro doloroso".

La naturaleza de la lesión, es, decimos, (refiriéndonos al Hombro doloroso de los ortopedistas), de tipo traumático degenerativo, es decir, que la lesión es habitualmente desencadenada por el traumatismo mínimo que representa la función repetida al infinito, sobre la cual puede incidir algún traumatismo accidental que puede ser: a) directo, contusión de hombro, fractura de extremidad superior de húmero, luxación escapulo-humeral, etc., o b) traumatismo indirecto, tipo de los esfuerzos rápidos y violentos que exigen bruscamente a la musculatura del hombro y que entonces pueden, si se trata de un sujeto joven, provocar una lesión paracelular que prepara el terreno para la llegada más temprana de la lesión de tipo degenerativo traumático o que, si incide sobre un hombro que ya es asiento de esa patología, a veces revelan las lesiones y muy frecuentemente las magnifica, las exagera y pone el síndrome doloroso en un marcado estado de rebeldía al tratamiento.

Sobre esta lesión de tipo degenerativo traumático se injertan a veces, o no, procesos de tipo fluxionario agudo, manifiestos. El lugar de iniciación habitual, decimos, es el supra espinoso; no es exacto decir el supra espinoso, es más correcto decir el manguito capsular ligamentoso y tendinoso, porque la porción tendinosa del manguito de los corto rotadores del adulto, es absolutamente indivisible de la cápsula, la división hay que hacerla artificialmente, con bisturí. Por razones de fisiología que no vamos a entrar a analizar en éste momento, pero que desarrollamos en nuestro relato de 1951, se inician y predominan en la zona correspondiente al supra espinoso. De él pueden, localizadas, extenderse hacia arriba, a la superficie, participar la bolsa, participar la cara inferior del acromio y a veces la articulación acromio-clavicular; o

extenderse en profundidad, tomando predominantemente la cápsula y hasta la epifisis superior del húmero. Es decir que la afección, como dice muy bien el Dr. Guglielmo, puede seguir el ciclo o secuencia, pasando por las calcificaciones y rupturas de diversos tipos, hasta llegar hasta el hombro rígido o endurecido, que es la traducción de "Frozen Shoulder" que encontramos más correcta que la de hombro congelado, pero no es obligatorio que se siga esta secuencia hasta el final; a veces la afección puede limitarse a determinado grado de lesión y no progresa más y todo dependerá de las exigencias a que se siga sometiendo ese hombro y de las otras condiciones biológicas del individuo. El grado máximo sería lo que se llama hombro endurecido.

Se ha insistido en que al hombro endurecido se puede llegar por el camino de la inmovilización. Es cierto, exacto; pero al hombro endurecido también se puede llegar y se llega, por el camino de la movilización, sobre todo de la movilización mal indicada e incorrectamente efectuada, es decir, movilizar en grados no compatibles con la lesión, ni con el dolor, sea por la frecuencia, o por el grado de amplitud del movimiento; entonces se exageran las lesiones y, la función, que fué el elemento desencadenante de la lesión, es el elemento que la mantiene, es el elemento que la mantiene, es el elemento que la agrava; entonces, por ese camino de la contractura y agravación de las lesiones también se puede llegar al hombro endurecido: como ven, es un aspecto importante desde el punto de vista terapéutico.

Este cuadro o esta lesión es la que en nuestro medio, creo haber sido el primero, en aquel relato que citaba, en designarla con el nombre de "Artrosis del hombro". El Dr. Lapido, en una comunicación de la clínica del Prof. Herrera Ramos, dijo que la artrosis es poco frecuente a nivel del hombro. Discrepamos; precisamente estos "hombros dolorosos" tan frecuentes que estamos estudiando, esto, es para nosotros la artrosis del hombro.

Artrosis del hombro que, por especialización de funciones, predomina en partes blandas porque, a nivel de la raíz del miembro superior, las partes blandas tienen en algunos aspectos, una mayor responsabilidad funcional que el segmento esquelético, en tanto que en el miembro inferior que soporta peso (o presión), el mayor responsable es el esqueleto, en el miembro superior, en el hombro el mayor responsable son las partes blandas.

A nivel del hombro hay también una función de soportar peso, función de sustentación que es soportar el peso del miembro superior, pendiente a nivel del hombro.

Como en la escapulo humeral el encaje esquelético es precario y como el único punto de apoyo es la articulación esterno costo clavicular, todo el peso del miembro superior en reposo y en movimiento, gravita a nivel de la extremidad superior del húmero, es decir, justamente encima de la cabeza, donde está el supra espinoso y creemos que es por ello que las lesiones predominan a ese nivel: a más de que puede haber conflicto por fricción entre él y la bóveda sub-acromio coracoidea.

De manera que esto es un tipo de artrosis de hombro: el tipo de lesión es exactamente el mismo que se encuentra en las otras articulaciones artrósicas, sólo que predomina en partes blandas. Es el proceso traumático degenerativo como en la artrosis de la rodilla, como es la artrosis de la cadera, sólo que en éstas predomina en el esqueleto por la mayor responsabilidad funcional del hueso: como en el hombro la mayor responsabilidad funcional es de las partes blandas, la lesión predomina entonces en ellas. Se trata de un simple problema de patología, (anatomía, función, noxa, anatópatológica), que se interpreta cuando se conocen bien las exigencias funcionales distintas que gravitan sobre los miembros superiores e inferiores en razón de la especialización y la especificidad de sus funciones.

Nosotros también, en un tiempo, hasta el año 1951, cuando ahondamos en el tema para confeccionar nuestro relato, también entendíamos por artrosis, o decíamos que una articulación era artrósica, cuando existía el cuadro clásico, clínico, radiog. y anatómo patológico, de lesiones óseas y cartilaginosas, que es lo único que todavía aceptan como artrosis el Prof. Herrera Ramos y colaboradores.

Pero desde aquella fecha creemos lógico, correcto, hablar de artrosis frente a estas lesiones del hombro que estamos estudiando: nos parece que no existe ninguna razón anatomofisiológica para no considerarlas como artrosis. Solo la rutina y un cierto aspecto atrevido del concepto se oponen a su aceptación; pero nos parece que el conocimiento de las exigencias de la función específica del hombro hace gravitar sobre las partes blandas, explica el matiz patológico regional que, insistimos, es la traducción de un matiz anatómo funcional también regional.

En lo que se refiere a la función del hombro, (lo vamos a repetir porque tiene importancia desde el punto de vista terapéutico) no es solo la función de movilidad, sino que es también, como decíamos, función de sustentación: soportar el peso del miembro superior desde la raíz, en tracción y no en presión, como sucede en el miembro inferior.

Sobre el diagnóstico no vamos a entrar.

En lo que se refiere al tratamiento creo que hay algunas cosas interesantes que decir. A raíz de los trabajos de Codman, y de los que lo continuaron, se aprendió mucho en lo que se refiere a la fisiología del hombro: se aprendió mucho por un lado y se cayó en excesos de interpretación y en excesos terapéuticos, también por otro lado.

Se cayó en excesos terapéuticos desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, que sostenemos que tiene escasas indicaciones en este cuadro de afecciones: y se ha caído además en exageraciones desde el punto de vista de la interpretación funcional y así, el supra espinoso que al principio estaba en el segundo plano, pasa al primer plano y se transforma casi en lo único importante del hombro. Se llegó casi a desconocerse la importancia del deltoides, y hasta se han publicado casos de supencias (que por supuesto las hay como en todos los casos), en las que se le otorga el rol fundamental del punto de vista de la

realización de los movimientos a los músculos vicariantes, olvidando o dejando de lado que en ese enfermo hay un resto de deltoides, un deltoides medio o un deltoides posterior, cuya función y cuya importancia no se puede dejar de reconocer. Es decir, que se tomaban por parálisis totales del deltoides, casos de parálisis parciales.

En lo que se refiere al tratamiento, decíamos, más del 90 % de los casos seguramente, mejoran con tratamientos incruentos, desde el punto de vista de desaparición o atenuación grande del dolor y mantenimiento o recuperación de una movilidad suficiente, por el mecanismo de la readaptación y de suplencia.

No es que la lesión cure, que desaparezca totalmente, porque ella lleva una marcha, como decía el Dr. Guglielmone, prácticamente progresiva y crónica, si entendemos o aceptamos por ellas las del tipo degenerativo traumático, es decir, las lesiones de envejecimiento de las estructuras.

Para nosotros las indicaciones de la cirugía serán escasas y limitadas a las siguientes circunstancias: 1º) roturas amplias del supra espinoso o largo biceps, pero en sujetos jóvenes que tienen que exigirle mucho a sus hombros por la índole de sus ocupaciones, y sujetos jóvenes en los cuales por el hecho de ser jóvenes se puede aceptar que la lesión de tipo degenerativo sea pequeña (porque tiene que existir, porque es excepcional que se rompa un tendón completamente sano), cuando un tendón se rompe bajo la influencia de los esfuerzos, hay que aceptar que es por lo menos asiento de un proceso degenerativo parcial. En estos sujetos jóvenes entonces, decíamos, puede aceptarse que los procesos degenerativos sean más o menos incipientes y entonces existe paño en cantidad y en calidad como para realizar una sutura satisfactoria. En estos casos, estaría indicado hacer la sutura del supra espinoso, o del biceps, o en el segundo citado resecar el cabo proximal y sepultar en el hueso o suturar a la coracoides su cabo distal. En cambio, en las personas de mayor edad, en las cuales el proceso degenerativo traumático es más profundo y más extenso, no habrá paño en cantidad y en calidad para hacer un sutura en buenas condiciones, porque no son extremadamente raros los casos, como mostraba el Dr. Guglielmone, en los cuales exista una amplia brecha en la base del biceps (o en la cabeza del supra espinoso), en la cual como decía, la cabeza humeral va a apoyarse en la cara inferior del acromion, sobre una osificación que es una nueva articulación que se ha hecho; 2º) indicado en los casos de luxación o sub-luxación recidivante del tendón del largo biceps, o en casos de sinovitis rebeldes a la terapéutica. En los casos de síndrome del supra espinoso con calcificación o no, podría estar indicada la extirpación de la calcificación o la acromiectomía cuando el dolor es muy rebelde al tratamiento ruento bien realizado, o cuando la calcificación es muy grande y el extirparla supone agregar más lesiones, más traumatismos a la cápsula y manguito. En cambio yo estoy de acuerdo con el Dr. Guglielmone que no debe hacerse acromiectomía en esos casos en que el acromion con la calcificación que está por debajo se ha

transformado en el único tope para la cabeza del húmero, es decir en la nueva articulación, donde juega la cabeza del húmero.

El tratamiento incruento, dos aspectos: local y general.

Hay algunas facetas de ese tratamiento que se hacen muy bien, yo diría que excesivamente bien. En lo que se refiere al tratamiento médico, desde el punto de vista general, se prodigan todas las medicaciones anti-reumáticas y analgésicas, los iódicos y los azufres y todos los preparados que se encuentran en el mercado. Desde el punto de vista local, se prodigan toda clase de irradiaciones, de ondas pero queda siempre sin hacer o se hace mal, el único tratamiento que existe, que pueda tener fundamento fisio-patológico, es decir la inmovilización del hombro. Porque si aceptamos que lo traumático, lo nocivo, lo que desencadenó las lesiones, las mantiene y las agrava es la función, entonces lo que hay que hacer, es suprimir de manera temporaria la función. Siempre nos llamó la atención ver como los médicos generales que proceden con tanto criterio y sentido común, cuando se trata de un cardíaco o de un gástrico, es decir que si el sujeto tiene un úlcus con episodio agudo le ponen en reposo el tubo digestivo, limitando las funciones y mismo suprimiendo durante determinadas horas las ingestas y después recomenzándolas según el grado de tolerancia y mejoría de la lesión, o cuando atiende a un cardíaco, ya que no puede inmovilizarle el corazón, porque es la muerte, por lo menos limita su función, la exigencia, pone al enfermo en cama, es decir limitándole los esfuerzos, se olvidan de esa noción cuando se trata de una articulación. Y en general pasa con el hombro como con las lumbociatalgias, y es entonces sumamente frecuente, ver enfermos y en general enfermas, que arrastran su sufrimiento a través de tres o cuatro meses, en los cuales se ha prodigado toda clase de radiaciones, onda corta y radioterapia y medicación de orden general y no se ha cumplido con el precepto fundamental de toda terapéutica, que es el reposo del órgano enfermo. De manera que, frente al hombro doloroso de mediana intensidad o rebelde, hay que hacer el reposo del hombro; reposo del hombro, inmovilización del hombro, quiere decir supresión de su función función de movilidad. No basta con aconsejarle al paciente que evite los movimientos amplios, hay que evitar hasta los pequeños movimientos porque el supra espinoso, está demostrado, trabaja desde los primeros grados de movimiento del hombro; y suprimir la función del hombro, no quiere decir suprimir solamente la movilidad, porque el hombro cumple función de sostén y entonces hay que eliminar la tarea de sostén que se cumple a su nivel; se concilia la supresión de las dos funciones colocando el brazo del paciente en un cabestillo, que lo toma desde el codo a la muñeca, en el cual movilizará la mano y antebrazo, quedando quieto el hombro; se mantendrá el número suficiente de días para que el cuadro retroceda, acompañado de la medicación de orden general que crean conveniente. No es que nos opongamos a ella; lo que decimos es que ella se prodiga en exceso, en tanto que no se hace el tratamiento fisio-patológico que es el reposo del órgano enfermo, sea la supresión total o parcial según gravedad, pero temporaria, de su función.

Y desde que hay que movilizar porque está el otro peligro, y es que la inmovilización prolongada lleva por el camino del hombro endurecido; entonces aquí es donde hay que hacer equilibrio, porque indicarle al paciente que haga el la movilización, es la posición que yo me encuentro, de pie, es decir contra la gravedad, supone muchas veces una nueva exageración de la lesión, porque es demasiado exigencia funcional.

Entregarlo a las manos de un colaborador, con mucha frecuencia, se traduce en resultados nefastos. Hemos visto hombros rígidos, dolorosos, que eran la consecuencia de la movilización efectuada de manera pasiva y amplia, y aún forzada, con la intención muy plausible por cierto de devolverle la movilidad al hombro; pero como ese hombro sólo tolera de terminado grado de movilidad, cuando se lo desborda se agravará el cuadro, y entonces no hay que hacer la movilización pasiva.

Hay que hacer la movilización activa a la manera llamada pendular, es decir que el paciente acostado en la rodilla de una mesa alta o de una cama, deja pender el miembro superior como el badajo de una campana o la manga de un saco, y entonces lo mueve pendularmente, que eso requiere el mínimo de esfuerzo y no exajera ni agrava las lesiones. Hay que enseñar al paciente que tiene que movilizar sí, pero que no debe forzarse ni debe provocarse dolor, porque por ese camino se entra en círculo vicioso y se entra en agravación de la lesión que puede terminar en el hombro rígido; que tiene que tener paciencia, que el cuadro puede ser rebelde, que a veces se necesitan meses para suprimir el dolor de "un hombro doloroso", y para devolverle su movilidad, aún parcial.

Dos palabras al Dr. Gandós, autor del excelente relato escuchado.

Tengo que hacerle notar que en sus citas, hizo como que olvidó que existen dos trabajos del Dr. Caritat, uno de 1949 sobre fisiología del hombro, que creemos bastante completo, porque en aquel momento ponía al día las cosas que estaban diseminadas en muchas publicaciones; y se olvidó que existe un trabajo del Dr. Caritat que es el relato al Congreso Interamericano y Argentino de 1951. Ambos trabajos han sido publicados y son fáciles de obtener.

Cuando el Relator hablaba de la función de sostén del hombro, nos pareció reconocer no solo nuestro conceptos, sino que nos pareció reconocer hasta las mismas palabras que hemos empleado para explicar cómo se cumple, y a expensas de qué elementos se cumple esa función; lo cual demuestra que leyó nuestros trabajos pero que se olvida de confesarlo en el lugar correspondiente de su relato, que es cuando casi reproduce nuestras frases. Y se olvidó también de citar un trabajo del Dr. Nozar, muy completo, sobre el valor de los espacios funcionales peri-articulares en lo que refiere a la función del hombro.

Discrepto con mi amigo el Prof. Herrera Ramos, que sigue hablando de peri-artritis. Yo creo que no debe hablarse de peri-artritis, que es una noción errónea. Personalmente no aceptamos lo de peri-artritis para esas lesiones de partes blandas del hombro. La bolsa sub-acromio deltoidea forma parte de una gran articulación; (si me hiciera el favor de pro-

yectar ese diapositivo que mostró el Prof. Herrera Ramos, veríamos que desde el punto de vista anatómico-funcional existe una gran articulación que va desde la cara inferior de la bóveda sub-acromio coracoidea hasta el cuello quirúrgico del húmero donde se inserta la cápsula). Todo eso es solidario desde el punto de vista anatómico y funcional y por consiguiente lo es también desde el punto de vista patológico; y la patología demuestra que es así, porque en estas lesiones del tipo de la artrosis, participan en general todos los elementos, desde la bóveda sub-acromio coracoidea hasta la epifisis superior del húmero; lo que sí que, como pasa en todas las afecciones: en un paciente predomina en un lugar, en un paciente predomina en otro, es decir que hay matices dentro de la afección y en la predominancia, en la localización; pero cuando el cuadro se completa, comprende lesiones extendidas desde la bóveda sub-acromio coracoidea hasta el cuello quirúrgico del húmero.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Barros.

Dr. BARROS.— Lo que yo quería recalcar es otra discrepancia con el Dr. Caritat, y es el distinto concepto que tienen reumatólogos y traumatólogos de la artrosis. Para nosotros y éste es el concepto universal: artrosis es un proceso degenerativo exclusivo del componente condro óseo de la articulación. Pero para él no. Recordando el concepto global de órgano articular que hemos expuesto, el proceso artrósico está localizado en el cartilago que recubre las superficies óseas articulares: repercute secundariamente sobre el hueso y mucho más secundariamente sobre el resto de las estructuras de la articulación. De manera que la artrosis es fundamentalmente un proceso del cartilago y del hueso. Ahí están siempre las lesiones iniciales que son las principales, y nunca están en la peri articulación. De modo semejante una artritis, proceso de tipo inflamatorio localizado en la articulación con lesión anatómico-patológica distinta de la artrosis puede repercutir sobre todo el órgano articular e incluso la piel puede estar tomada, pero la lesión fundamental no está en la periarticulación. Para nosotros, vuelvo a repetir, en la artrosis, la alteración principal de carácter degenerativo es del cartilago y del hueso. Esa es la diferencia de concepto que tenemos. Nada más.

Sr. COORDINADOR. — Corresponde proceder al cierre de la discusión. Tiene la palabra el Dr. Gandós.

Dr. GANDÓS. — Agradezco en primer lugar las expresiones de los correlatores y de los contribuyentes al tema. Al Dr. Gugliemone, que estoy de acuerdo en general con sus estudios anatómicos tan exhaustivos que él ha hecho, pero debo decirle que esos estudios anatómicos, en la gran mayoría de los casos, es la expresión final de lo que nosotros encontramos a nivel de los hombros dolorosos. En los hombros dolorosos la lesión hay que tratarla desde su iniciación y en ese momento creo que existen lesiones localizadas estrictamente al tendón del supra espinoso, en el manguito rotador, ya en la larga porción del biceps. Lo que nos ha

mostrado el Dr. Gugliemone es quizás un proceso, un proceso difuso, que se extiende a toda la articulación, muy interesante y que se encuentra, como él lo ha dicho, en un gran porcentaje de las personas que pasan los 40, 50 años como también lo han demostrado los estudios anatómicos realizadas por de Palma. Lesiones degenerativas que se van acentuando con la edad, llegando en las personas que tienen 60, 70 años, a encontrarse digamos así, más o menos en un 70, 80 %.

Respecto al tratamiento de los procesos crónicos que él dice que da poco resultado, no estoy de acuerdo. Yo creo que en los procesos crónicos se obtiene con un buen tratamiento buenos resultados, depende de la manera de cómo y cuándo se realiza. En tercer lugar, respecto al signo de choque, hemos tenido oportunidad de verlos juntos, estoy completamente de acuerdo con él y lo considero muy interesante.

Al Dr. Saenz, que estoy completamente de acuerdo con el valor de la psiquis en los enfermos con un hombro doloroso. El estudio de la Medicina psicosomática complementará indudablemente el estudio ortopédico y reumatológico de esta afección. La clasificación del Dr. Lapido la creo muy interesante, es una clasificación muy extensa, muy importante, que nos indica también la necesidad de la cooperación especializada.

Desde luego que con un criterio ortopédico, como el que tenemos nosotros, la consideramos demasiado amplia para nuestro estudio. El tratamiento médico encarado por el Dr. Mizraji lo considero muy interesante. Estoy completamente de acuerdo en que el hombro doloroso debe ser considerado y tratado como una afección mon-articular; la eficacia de las medidas locales, como lo afirma, son mucho más importantes que la de las medidas generales.

Al Dr. Herrera le agradezco su contribución y felicitaciones. Estoy de acuerdo con él en la necesidad del trabajo con equipo especializado.

Al Dr. Caritat, en primer lugar le voy a decir que no me he olvidado de lo que él me ha reprochado. En cuanto al trabajo del año 1949, la culpa la tiene él y no yo que fui dos veces a la casa a buscarlo y no me lo dejó, quedó en llevármelo y no me lo llevó. Respecto al trabajo del año 1951 lo he leído, lo he apreciado; efectivamente algunos de los conceptos que digo en mi trabajo están de acuerdo a lo que él dice y lo he hablado con otros compañeros, el Dr. Torres, al respecto. La bibliografía yo no la voy a leer, ella vendrá al final de la publicación. El Dr. Caritat verá que esté citado ese trabajo. Así que se quede tranquilo.

Con el Dr. Caritat, estamos en primer lugar de acuerdo completamente, en la necesidad de un tratamiento médico incruento previo que da gran resultado en la gran mayoría de los casos, y de acuerdo también con las indicaciones precisas del tratamiento cruento, indicaciones verdaderamente urgentes, digamos así: la luxación del biceps, la rotura del biceps, las osteitis reaccionales graves del acromio indican imperiosamente la necesidad de ir a la intervención quirúrgica, pero como lo he dicho en el trabajo, hay que considerar también al enfermo y no sólo a la enfermedad.

El concepto de la artritis que tiene el Dr. Caritat y que nos reprocha a los ortopédicos el Dr. Barros, es un concepto personal del Dr. Caritat. Yo estoy de acuerdo con el Dr. Barros respecto a la artrosis. El Dr. Caritat le da un nombre a la artrosis del hombro que puede tener su razón, pero es un concepto personal.

Respecto a las neoartrosis subacromiales que habla el Dr. Guglielmoni y el Dr. Caritat, yo no creo que hay que aceptarlas como tal y dejarlas así. Yo creo que esas neoartrosis implican lesiones de destrucción grave de la articulación que es necesario tratar y frente a neoartrosis un tratamiento médico me parece inútil. Creo que hay que ir al tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico estará de acuerdo a lo que se encuentre en el acto operatorio. Vamos a encontrar con seguridad una rotura, o una avulsión masiva de la cápsula, lesiones en el biceps. Habrá que tratar de ir a la sutura del manguito rotador, a la extirpación de la bolsa previa acromiometomía. Si se puede hacer sutura término-terminal, como dije en mi trabajo, se hará; pero en estos casos va a ser muy difícil, casi con seguridad, lo que habrá que hacer es la reimplantación, ya sea a la manera de Jones o a la manera de Mc Langhlin. En fin, hay casos tan rebeldes y tan difíciles del punto de vista quirúrgico que la única solución, como lo dije en el trabajo también, es la artrodecés, pero, desde luego, que para considerarla, habrá que tener en cuenta el valor del enfermo.

Respecto a las palabras del Dr. Caritat, sobre el valor del reposo que tiene en cualquier afección del hombro lo considero importante. Quizas yo no lo dije en el trabajo por falta de tiempo, pero considero que hay que tener mucho cuidado con el reposo en la articulación del hombro, sobre todo con el reposo en cabestrillo: es una posición que no es una posición de función, es una posición a la que el enfermo se adapta muy fácilmente, es una posición de la cual va a ser después muy difícil, si no se tiene cooperación grande del enfermo, sacarla de ella. Por lo tanto yo creo que el reposo habrá que hacerlo, pero habrá que hacerlo muy vigilado, por poco tiempo si es posible, y es mucho mejor, me parece, la posición de función en abducción.

Ahora ese reposo controlado, posteriormente será seguido de la movilización pendular, como dice el Dr. Caritat muy acertadamente, y poco a poco se activara la contracción del deltoides pues que si nosotros dejamos la inmovilización varios días, tendremos siempre el peligro de que la afección del hombro doloroso, evolucione hacia el hombro congelado.

**ELECCION DE TEMAS EN LA SECCIONAL DE ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA PARA EL V CONGRESO URUGUAYO DE
CIRUGIA**

Sr. COORDINADOR. — Entre los 8 temas propuestos, he apartado 5 para que la Asamblea elija el tema para el próximo Congreso. Esos temas son los siguientes:

- 1º Síndromes cervicales ósteo-arteriofriticos;
- 2º Complicaciones vasculares en los traumatismos de los miembros;
- 3º Tratamiento de las artritis;
- 4º Traumatismo obstétrico del hombro;
- 5º Diagnóstico de los tumores de los huesos.

Sr. COORDINADOR. — Se va a votar por su orden los temas propuestos, procediéndose posteriormente a una segunda votación entre los dos temas más votados (Se vota).

Sr. COORDINADOR. — Habiendo obtenido mayoría absoluta de votos de la Asamblea el tema "Tratamiento de las artrosis", queda elegido como tema para el V Congreso a realizarse en 1954.