

SÍNDROME DE PINZAMIENTO DEL HOMBRO.

Una Visión Desde la Perspectiva de la Fisioterapia.

Por: Lic. Geovanny Garita Meneses / Fisioterapeuta
 Director Escuela de fisioterapia UCIMED

Recibido: 31-01-18
 Aprobado: 02-02-18

En la actualidad, numerosos autores concuerdan en que las causas del llamado “Síndrome de Pinzamiento del Hombro” son multifactoriales. Estas se relacionan con eventos mecánicos que comprometen a los tejidos blandos subacromiales. Algunos de los factores etiológicos comunes y que son más frecuentemente encontrados en la literatura son:

- Traumas a repetición.
- Disminución de la actividad de la musculatura estabilizadora local (manguito rotador).
- Variación en la forma del acromion.

Autores como Ludewig y Braman¹, explican que existe evidencia de que la biomecánica normal del hombro está alterada en pacientes que presentan dolor por pinzamiento. En su descripción del movimiento “normal” de elevación:

- La escápula realiza una rotación superior y tilt posterior.
- En la flexión: se pasa de una rotación interna inicial a una rotación externa (movimiento acoplado).
- En la separación: hay una rotación externa al inicio y al final.
- En la articulación esternoclavicular: se debe producir una rotación posterior de aproximadamente 30° y luego una retracción 15°.
- Al final del movimiento de la elevación, 5° de rotación superior de la escápula con respecto a la articulación acromioclavicular.



Además estos autores resaltan la importancia de los movimientos de extensión de las articulaciones de la columna vertebral torácica entre T1 –T6, como parte del acoplamiento necesario para lograr los últimos grados de flexión y separación del hombro.

Por otra parte en el movimiento “anormal” evaluado en pacientes con pinzamiento del hombro:

- Existe una disminución del tilt posterior y rotación superior de la escápula.
- Incremento de rotación interna del húmero.
- Incremento elevación de clavícula.
- Aumentan proximidad de tendones del manguito rotador con arco coracoacromial o glenoides por el ascenso de la cabeza humeral.

Otro de los síntomas típicos del paciente con pinzamiento es el llamado “arco doloroso”, en el que el dolor aparece frecuentemente al movimiento de separación entre los 45° y 120°.

Es importante que el fisioterapeuta realice una evaluación exhaustiva con el fin de determinar que la causa es biomecánica y por lo tanto de su competencia, pues existen muchas patologías que podrían generar dolor referido al hombro.

Según Moseley y Buttler² “el dolor se manifiesta cuando el sistema de alarma corporal alerta al cerebro de un peligro de lesión en los tejidos, ya sea real o potencial”, por lo tanto la interpretación de amenaza es subjetiva y depende de muchos factores como el ambiente, la edad, la cultura y el género, mismos que deben ser tomados en cuenta.

Es frecuente encontrar que en pacientes con dolor de hombro exista un patrón similar al descrito



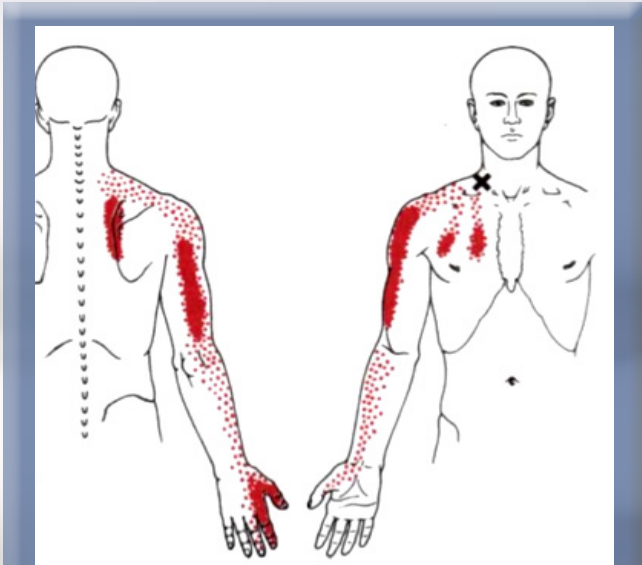


Figura 1. Patrón de dolor referido por puntos gatillo de los músculos escalenos descrito por Travell y Simons en su libro Dolor miofascial y Disfunción publicado en 1999.

por Travell y Simons³ para los puntos gatillo de los músculos escalenos, y que frecuentemente resuelve favorablemente con las técnicas de punción seca. Este es un ejemplo de que no necesariamente donde duele es donde está el problema.

Otro de los abordajes que ha demostrado ser efectivo es la terapia manual ortopédica. Autores como Boyles⁴ han evidenciado que existe una disminución en las medidas de dolor y discapacidad en pacientes con síndrome de pinzamiento al seguimiento de 48 horas después de realizar una técnica de TSTM (toracic spine thrust manipulation) o movilización torácica de alta velocidad y baja amplitud. Lo que demuestra también la interdependencia regional de zonas del cuerpo y su importancia a la hora de realizar la evaluación y tratamiento.

Punto importante a tomar en cuenta es el abordaje

preventivo, el cual debe estar en el ADN de todo fisioterapeuta, especialmente si labora para una empresa. A la hora de analizar qué labores pueden asociarse a alteraciones de hombro los síntomas pueden aumentarse en personas sometidas a labores donde la extremidad se eleve por encima de la cabeza, se transporten cargas pesadas, haya vibraciones, trabajos forzados y repetitivos como por ejemplo choferes, maestros, cajeros de supermercados y trabajadores de la construcción⁵.



Figura 2. Trabajador realizando gesto repetitivo de borrar la pizarra en dirección de horizontal (flecha roja) con el hombro en rotación interna y flexión de más de 90°.

Es recomendable realizar el gesto en dirección vertical (flecha verde).

Para finalizar, es indispensable tener en cuenta que el fisioterapeuta debe jugar un rol de trasmisor del conocimiento, concientizando al paciente de la importancia que tiene asumir el rol protagónico en su propio tratamiento. Autores como Hanratty et al.⁶ (2012), han demostrado que los ejercicios guiados son eficaces en el tratamiento del dolor de hombro por pinzamiento, sin embargo estos no sirven de nada si el paciente no los efectúa por sí solo, con la frecuencia e intensidad que le indique su fisioterapeuta.



Referencias bibliográficas.

1. Ludwig PM, Braman JP. Shoulder impingement: biomechanical considerations in rehabilitation. *Man Ther.* 2011 Feb; 16(1):33-9.
2. Butler, D. Mosley, L. (2010). Explicando el dolor. Noigroup Publications.
3. Simons, D. Travell, J. Simons, L. (1999). *Myofascial Pain And Dysfunction*. 2 edic. vol 1. Williams y Wilkins. USA.
4. Boyles RE, Ritland BM, Miracle BM, Barclay DM, Faul MS, Moore JH, et al. The short-term effects of thoracic spine thrust manipulation on patients with shoulder impingement syndrome. *Man Ther.* 2009 Aug; 14(4):375-80.
5. Linaker CH, Walker-Bone K. Shoulder disorders and occupation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015 June; 29(3): 405-423.
6. Hanratty CE, McVeigh JG, Kerr DP, Basford JR, Finch MB, Pendleton A, et al. The effectiveness of physiotherapy exercises in subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2012 Dec; 42(3):297-316.

