CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Pinzamiento subacromial y bursitis

Pinzamiento subacromial: el manguito rotador queda comprimido debajo del acromion.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

El síntoma principal del pinzamiento subacromial es el dolor en la parte delantera del hombro. A menudo aparece al levantar el brazo, al estirarlo por encima de la cabeza o al usar el brazo separado del cuerpo. Muchas personas también notan debilidad en el hombro y el brazo.

El dolor tiende a seguir un patrón. Puede intensificarse durante un “arco doloroso”, una franja de movimiento en la que levantar el brazo duele, aproximadamente entre los 40 y los 120 grados hacia el costado o frente a usted. Fuera de esa franja, el movimiento suele resultar más fácil. El dolor nocturno es frecuente, y el hombro puede doler después de la actividad o al despertar. Entre las tareas que se vuelven difíciles están tender la ropa, alcanzar una repisa alta o levantar un hervidor.

Su hombro suele conservar un rango de movimiento normal, es decir, todavía puede moverlo a lo largo de todo su arco aunque algunas partes de ese arco duelan. Es frecuente la sensibilidad al tacto en la parte delantera del hombro.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

Otros problemas del hombro pueden sentirse de forma parecida, como el hombro congelado, un desgarro completo del manguito rotador (un tendón roto de lado a lado) y la inestabilidad (un hombro que se desliza o se siente flojo). Una evaluación cuidadosa permite determinar cuál de ellos tiene usted.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

Su hombro se sitúa bajo un arco óseo. El arco está formado por el acromion, una repisa de hueso en la parte superior del hombro, unido a otro hueso de la parte delantera mediante un ligamento. Por el hueco que queda bajo ese arco se deslizan los tendones del manguito rotador, el grupo de cuatro tendones que mantienen centrada la bola de la articulación mientras usted se mueve, y un pequeño cojín lleno de líquido llamado bursa subacromial. La bursa funciona en cierto modo como una junta: permite que los tendones se deslicen con suavidad bajo el hueso en lugar de rozar contra él.

En esta afección, ese cojín se inflama y se hincha, y los tendones también pueden engrosarse. Un tendón más grueso ocupa más espacio en el estrecho hueco bajo el arco, de modo que queda menos sitio para deslizarse. Esto coincide con lo que usted siente: dolor en la parte delantera del hombro al levantar el brazo, peor en el arco doloroso descrito antes, porque es precisamente entonces cuando el espacio bajo el arco está más reducido. El espacio es más estrecho cuando el brazo está levantado a unos 90 grados, aproximadamente a la altura del hombro.

Conviene saber que en todos los hombros, incluso en los sanos, se produce cierto roce entre el arco y los tendones. La presión simplemente aumenta con determinados movimientos, como estirar el brazo hacia el costado o hacia atrás. También existe debate sobre si la forma del hueso situado por encima del tendón es realmente la causa, ya que la relación entre la forma del hueso y los problemas del tendón no está establecida. Muchos especialistas describen ahora esta afección como síndrome de dolor subacromial, un nombre que indica dónde duele en lugar de afirmar que se sabe por qué.

Por eso, el tratamiento suele empezar sin operación, con ejercicio y otras medidas no quirúrgicas. La cirugía para limar hueso de la cara inferior del arco, llamada descompresión subacromial, puede ofrecerse a un pequeño grupo de pacientes seleccionados cuyo dolor no se ha calmado. Lo honesto es decir que los ensayos que compararon esta operación con un procedimiento simulado, en el que el cirujano mira dentro del hombro pero no elimina hueso, encontraron poco beneficio añadido de la eliminación del hueso en sí.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, realizamos una historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios por imágenes cuando es necesario. Para un problema de larga evolución como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y solo consideramos la cirugía cuando este no ha aportado suficiente mejoría.

El primer paso es modificar la forma en que utiliza el brazo y fortalecer el hombro con un fisioterapeuta. El objetivo es calmar el tejido irritado y recuperar un movimiento cómodo, no forzar a pesar del dolor. Dele a este enfoque una oportunidad adecuada durante varios meses antes de juzgarlo. Añadir una gran cantidad de

ejercicios de fortalecimiento del hombro a su tratamiento habitual no mejora los resultados, de modo que lo que cuenta es un ejercicio constante y bien guiado.

Los analgésicos y antiinflamatorios pueden ayudarle a mantenerse activo mientras los ejercicios hacen su efecto. No utilizamos inyecciones de cortisona para esta afección.

Si el dolor le sigue limitando después de haber probado de verdad el tratamiento no quirúrgico, hablamos de la cirugía. La operación es una descompresión subacromial, que lima hueso de la cara inferior del arco para dar más espacio a los tendones y, al mismo tiempo, extirpa la bursa inflamada. Es una decisión que usted toma junto con nosotros, sopesando lo que implica la operación frente a lo que puede y no puede cambiar.

Qué esperar

Para la mayoría de las personas, esta afección se calma con el tiempo y con ejercicio constante, más que con cirugía. Dele al tratamiento no quirúrgico una oportunidad adecuada durante varios meses antes de juzgarlo. Muchas personas mejoran lo suficiente como para volver a sus actividades normales sin una operación. Si el dolor no se ha calmado después de haber probado de verdad el ejercicio y otras medidas no quirúrgicas, puede plantearse la cirugía, pero los ensayos que la compararon con un procedimiento simulado encontraron poco beneficio añadido de la eliminación del hueso en sí.

La recuperación de esta afección se gestiona, no se apresura. La mayoría de las personas que se operan vuelven a trabajar en un plazo de 6 semanas, y más del 90 % consiguen volver a conducir en un plazo de 4 semanas, aunque no debe conducir durante al menos seis semanas después de una cirugía de hombro y solo cuando su cirujano le haya dado el alta para ello. La mayoría de las personas también retoman los deportes que practicaban, incluido el 90 % de quienes practican deportes por encima de la cabeza y todos los que practican deportes que no exigen el hombro o que son de contacto. La función del hombro percibida por el paciente tarda casi 3 meses en promedio en recuperarse. El ligamento coracoacromial, la banda de tejido situada bajo el arco, puede volver a formarse con bastante rapidez después de la cirugía, aunque tarda en recuperar su resistencia.

Si la afección no se trata, algunas personas siguen teniendo un dolor que va y viene, sobre todo con las actividades por encima de la cabeza. Un tratamiento con ejercicios específicos puede reducir la necesidad de cirugía, con resultados que se mantienen 10 años después. Los resultados son más lentos y, en general, peores en las personas con una lesión por latigazo cervical. Un desgarro parcial del manguito rotador que se detecte durante la cirugía puede no necesitar tratamiento, ya que ambos grupos tuvieron un resultado final similar.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayor parte del dolor de hombro de este tipo no es una urgencia, pero algunas señales requieren atención rápida. Acuda a un servicio de urgencias ese mismo día si el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados. Lo mismo se aplica si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento del brazo después de una lesión.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Acuda a su médico de cabecera si el dolor no se calma, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar el brazo. Solicite una evaluación especializada si las medidas sencillas no le han ayudado después de varios meses, o si el patrón se parece al arco doloroso descrito antes.

Una evaluación especializada también puede descartar otras causas, como un desgarro del manguito rotador o el hombro congelado, antes de tomar cualquier decisión.

En mayor profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La compresión subacromial merece una lectura adicional, ya que es la patología del hombro para la cual se han realizado dos ensayos aleatorizados a gran escala comparando la cirugía con una operación placebo; los resultados de dichos ensayos modificaron la práctica médica en todo el mundo.

DOS ENSAYOS QUE COMPARARON LA OPERACIÓN CON UNA SIMULACIÓN DE LA MISMA

La mayoría de las pruebas quirúrgicas comparan una operación con otra, o con la ausencia de tratamiento. En muy pocas ocasiones, un ensayo compara una operación con un procedimiento *simulado*: el paciente recibe anestesia, se introduce el artroscopio, pero no se realiza ninguna descompresión; ni el paciente ni el evaluador saben qué procedimiento se aplicó. Este diseño elimina el efecto placebo derivado de haberse sometido a cirugía, el cual es considerable.

En el ensayo CSAW se randomizaron **313** pacientes en tres grupos: descompresión subacromial artroscópica, artroscopia puramente diagnóstica, y ausencia de tratamiento. Ambos grupos quirúrgicos obtuvieron mejores resultados que el grupo sin tratamiento; sin embargo, **la diferencia no fue clínicamente significativa**, y **la descompresión no aportó ningún beneficio adicional respecto a la artroscopia sola** [1].

El ensayo FIMPACT llegó a la misma conclusión de forma independiente. En pacientes con síndrome de pinzamiento, la descompresión subacromial artroscópica **no proporcionó ningún beneficio adicional respecto a la artroscopia diagnóstica a los 24 meses** [2].

Dos ensayos bien realizados, en dos países distintos, con el mismo resultado: la parte de la operación que consiste en eliminar hueso no es la que genera la mejoría. Cualquier beneficio percibido por los pacientes se debe a algo que también se lograba mediante el procedimiento simulado.

QUÉ SIGNIFICA Y QUÉ NO SIGNIFICA

No significa que el dolor sea imaginario ni que nada sirva para aliviarlo. Significa que la explicación mecánica — según la cual un espolón óseo roza el tendón y lo desgasta, resolviendo así el problema— no se considera el mecanismo real por el cual se produce el alivio.

Esto tiene consecuencias en la forma en que se conceptualiza esta afección. El término “pinzamiento” en sí mismo implica esa teoría mecánica; por eso gran parte de la literatura médica ha pasado a utilizar el término “síndrome de dolor subacromial”: una descripción del lugar donde duele, en lugar de una afirmación no comprobada sobre las causas del problema.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿QUÉ QUEDA, ENTONCES?

El tratamiento no quirúrgico ocupa un lugar central, y las evidencias comparativas son lo suficientemente contradictorias como para merecer una lectura detallada. En un análisis de red que incluyó a **3,643** pacientes, la descompresión artroscópica con acromioplastia y la fisioterapia arrojaron mejores resultados en cuanto al dolor, las medidas autoevaluadas por los pacientes y el rango de movimiento; en cambio, **las inyecciones de corticoides presentaron resultados deficientes en los tres ámbitos**, por lo que los autores recomiendan la fisioterapia para pacientes con síntomas significativos [3].

En comparación con los ensayos controlados con placebo, la conclusión razonable es que el ejercicio estructurado constituye el tratamiento fundamental; las inyecciones pueden aliviar el dolor a corto plazo, pero no demuestran eficacia a largo plazo; y la cirugía no ha demostrado aportar beneficios adicionales más allá de los que se obtienen simplemente mediante la inserción de una cámara.

EN QUÉ CASOS SIGUE SIENDO ÚTIL LA CIRUGÍA

Nada de lo anterior se aplica a un desgarro real y reparable del manguito rotador, que constituye un diagnóstico distinto con evidencia propia; este se aborda en la página dedicada al manguito rotador. Los ensayos mencionados se refieren a hombros con dolor atribuido al síndrome de pinzamiento, no a hombros con tendones desgarrados. Distinguir entre ambos casos es la razón por la cual una evaluación cuidadosa resulta más importante aquí que la elección del procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

[1] Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Decompresión subacromial artroscópica para el dolor shoulder subacromial (CSAW): un ensayo quirúrgico aleatorizado, multicéntrico, pragmático, de grupos paralelos, controlado con placebo y con tres grupos. Lancet. 2018;391(10118):329-38. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1

[2] Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Decompresión subacromial frente a artroscopia diagnóstica para el síndrome de pinzamiento del hombro: ensayo clínico aleatorizado controlado con cirugía placebo. BMJ. 2018;362:k2860. https://doi.org/10.1136/bmj.k2860

[3] Lavoie-Gagne O, Farah G, Lu Y, Mehta N, Parvaresh KC, Forsythe B. La fisioterapia combinada con inyección de cortisona subacromial constituye un tratamiento de primera línea; en cambio, la acromioplastia junto con fisioterapia es la mejor opción si el tratamiento conservador fracasa en el síndrome de pinzamiento: una revisión sistemática y metaanálisis de red. Arthroscopy. 2022;38(8):2511-24. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.02.008

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au