

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 dolor se localiza en la parte externa o superior del hombro, y aparece con ciertos movimientos, no en todo momento. Estirar el brazo hacia arriba, levantarlo hacia el costado o elevarlo frente a usted pueden desencadenarlo. Muchas personas notan una zona de dolor a mitad del movimiento: el brazo está bien cuando está pegado al cuerpo, duele al levantarlo y vuelve a sentirse bien una vez que está en alto. El hombro puede moverse aún dentro de su rango completo, aunque duela durante el movimiento.

Existen ciertos patrones que suelen repetirse. El dolor suele intensificarse después de realizar actividad física; además, muchas personas lo perciben peor por la noche o al despertar. Acostarse sobre ese hombro puede resultar incómodo. Las tareas cotidianas que requieren usar las manos por encima de la altura del hombro se vuelven difíciles: colgar la ropa, alcanzar un estante alto, levantar una tetera o un secador de pelo, o ponerse un abrigo.

El dolor se origina porque los tendones del manguito rotador, esos pequeños músculos que mantienen unido el hombro, quedan comprimidos contra el hueso situado encima de ellos al moverse. Esa compresión es lo que los médicos denominan “pinzamiento”. La almohadilla llena de líquido que se encuentra junto a los tendones puede irritarse e inflamarse; esto corresponde a la parte de “bursitis” del nombre de la afección.

No todo el dolor de hombro se comporta de esta manera, y existen otras afecciones que pueden presentar síntomas similares; por ello, su cirujano analizará el patrón de su dolor y examinará su hombro antes de determinar qué está ocurriendo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El hombro está formado por una “bola” ósea que se encuentra en una cavidad poco profunda; ambos elementos se mantienen unidos por un grupo de cuatro tendones llamados manguito rotador. Por encima de esos tendones hay un arco óseo formado por una proyección ósea denominada acromion y un ligamento que lo conecta con otra protuberancia ósea situada en la parte delantera. Entre dicho arco y los tendones se encuentra un pequeño cojín lleno de líquido, similar a un globo de agua diminuto, que permite que los tendones se deslicen sin problemas al mover el brazo.

Cuando levantas el brazo, los tendones se deslizan por debajo de ese arco. Si el espacio es reducido, los tendones y el cojín quedan comprimidos entre el arco y la estructura ósea. El cojín se irrita y se inflama, por lo que ocupa más espacio y queda aún más comprimido. Esa inflamación es la bursitis, y la compresión recibe el nombre de pinzamiento. El dolor se siente precisamente en esa zona, razón por la cual levantar el brazo o apoyarse sobre el hombro resulta doloroso: cada movimiento comprime el mismo tejido sensible.

El pinzamiento suele producirse porque el espacio situado bajo el arco se ha ido reduciendo con el tiempo, debido al uso que haces del hombro, a la forma de tus huesos o simplemente al desgaste natural. En ocasiones, un pequeño fragmento óseo en la punta del acromion no se unió correctamente durante el desarrollo, lo que reduce aún más ese espacio.

La buena noticia es que este problema a menudo mejora sin necesidad de cirugía. La fisioterapia, los ejercicios y el paso del tiempo reducen la inflamación y reeducan los músculos, de modo que los tendones se deslicen con menos compresión. La intervención quirúrgica que consiste en limar un poco de hueso para ampliar dicho espacio se denomina descompresión subacromial; generalmente se reserva para aquellos casos en los que el dolor persiste a pesar de haber aplicado los tratamientos menos invasivos. Tu cirujano te explicará si tu hombro se incluye en esa categoría.

¿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. Para determinar el problema, realizamos una historia clínica detallada, un examen físico y, cuando es necesario, estudios por imágenes. En el caso de problemas que se desarrollan con el tiempo, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos y solo consideramos la cirugía si estos no logran mejorar los síntomas.

El primer paso es algo que usted mismo puede iniciar: modificar la forma en que utiliza el hombro, reducir las actividades por encima de la cabeza que agravan el dolor y darle tiempo a los tejidos para que se calmen. La fisioterapia busca disminuir la inflamación y reeducar los músculos circundantes al hombro, de modo que los tendones deslicen sin fricción bajo el arco acromial. Esto requiere paciencia: conviene seguir el tratamiento durante un período prolongado en lugar de solo unas pocas semanas, ya que este problema suele resolverse sin necesidad de cirugía.

Si estas medidas sencillas no son suficientes, los analgésicos y antiinflamatorios pueden ayudar a aliviar el dolor mientras usted realiza los ejercicios. Estos medicamentos tratan los síntomas, no la compresión de los tendones, por lo que funcionan mejor en combinación con la fisioterapia y no como sustituto de ella.

La cirugía se contempla cuando un tratamiento adecuado con estas opciones más simples no logra controlar el dolor. La intervención se denomina descompresión subacromial y, por lo general, se realiza mediante pequeñas incisiones y el uso de una cámara; este método se conoce como cirugía artroscópica. El cirujano extirpa el tejido inflamado, la bolsa sinovial y elimina cualquier espolón óseo bajo el acromion para ampliar el espacio por donde se deslizan los tendones. Esta cirugía se reserva para aquellos casos en que el hombro sigue doliendo a pesar de haber seguido los pasos anteriores; a veces se realiza junto con otros procedimientos de reparación del hombro, si estos resultan necesarios. Decidir si la cirugía es adecuada para usted es una decisión que tomamos conjuntamente, una vez analizados sus síntomas, los resultados de sus estudios por imágenes y sus expectativas respecto al hombro.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, este problema se resuelve con el tiempo y con los ejercicios adecuados. La hinchazón alrededor de los tendones disminuye, los músculos aprenden a mover el brazo sin causar tanta presión, y el dolor desaparece. Muchos hombros mejoran sin necesidad de cirugía alguna. El requisito clave es la paciencia: se trata de un cambio lento que se mide en semanas y meses, no en días.

La recuperación tras la cirugía sigue un patrón similar. La mayoría de las personas vuelven a conducir en un plazo de 4 semanas y retoman sus actividades laborales en unas 6 semanas después de una descompresión subacromial artroscópica. La recuperación completa de la sensación y el funcionamiento del hombro suele tardar unos 3 meses en promedio. Algunas personas notan la mejoría de inmediato, una vez que el tejido inflamado se calma; además, un programa de ejercicios de seis semanas también puede mejorar la activación de los músculos del hombro.

La cirugía ayuda a muchos pacientes, pero no a todos. Es eficaz en aproximadamente el 70% al 75% de los casos, lo que significa que alrededor de una de cada cuatro personas sigue experimentando dolor después de la operación. Existe además un debate médico sobre cuánto aporta la cirugía por encima de una buena terapia de ejercicios; por eso su cirujano solo la recomendará cuando los tratamientos más sencillos hayan fracasado realmente y los estudios de imagen confirmen la presencia de pinzamiento.

Si no se trata el problema, no siempre empeora, pero tampoco siempre mejora. Algunas personas sufren brotes de dolor tras realizar actividades físicas y noches de molestias durante mucho tiempo. Abordarlo a tiempo, modificando la forma en que se utiliza el brazo y siguiendo un programa adecuado de fisioterapia, le brinda la mejor oportunidad de evitar esa situación.

Su cirujano le explicará en qué punto se encuentra su hombro dentro de este contexto: cuánto tiempo lleva el dolor, qué tratamientos ha intentado ya y qué funciones debe desempeñar su brazo. A partir de ahí, podrá decidir si continuar con los ejercicios o si vale la pena considerar la cirugía.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si lleva varias semanas con dolor en el hombro que no mejora con el reposo ni con cambios sencillos, o si el dolor le despierta por la noche. Solicite una evaluación especializada si seguir levantando el brazo le resulta doloroso en un rango específico de movimiento, si el hombro se va debilitando, o si un tratamiento adecuado de fisioterapia no ha surtido efecto. Su médico de cabecera también puede descartar otras causas de dolor en el hombro que presenten síntomas similares. Acuda a urgencias si, tras una cirugía reciente en el hombro, de repente le cuesta respirar o presenta dolor torácico, ya que requiere evaluación inmediata.

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.

¿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 desgarramiento 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](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>