

Capsulitis Adhesiva

*Dr. Daniel Slullitel, Dr. Miguel Slullitel, Dr. Adrián Blasco, Dr. Gabriel Periotti,
Dr. Vladimir Yucra y Dr. Gabriel Cagliero.*

RESUMEN:

Se difene la Capsulitis Adhesiva como una patología independiente y que no confundirse como una etapa final de otras patologías.

ABSTRACT:

Adhesive capsulitis is an entity itself, it should not be considered as the end stage of other pathologies.

INTRODUCCION

Numerosos han sido los autores que trataron de definir esta patología del hombro, ninguno de ellos logró establecer una definición que englobe todo el cuadro clínico. Es por esta razón que nos remitimos y mencionamos algunas de ellas, tratando de ser lo más concreto posibles. Rockwood (15) lo definió como una pérdida de la movilidad progresiva del hombro del treinta por ciento en la rotación externa, abducción menor a 120° y elevación anterior menor a 130°, y una limitación de la rotación interna variable. En tanto Lloyd Roberts (6) lo definió como una disminución del 50% de la rotación externa, acompañada de dolor de tres meses de evolución. Estas definiciones y otras tratan de resumir el síndrome conocido como "hombro congelado".

La gran divergencia entre éstas y otras definiciones que existen, nos hacen dar cuenta que existe un gran terreno gris en la literatura para definir este cuadro. Por nuestra parte, queremos agregar que también existen cuadros con restricciones mínimas de la rotación y que son hombros congelados en potencia a los que debemos estar muy atentos para no errar el diagnóstico. Sin embargo, para evitar errores, lo más importante es, considerar a la capsulitis adhesiva como una entidad independiente y no confundirla como una etapa final de otras patologías. Se supone que la patogénesis del hombro congelado es el

engrosamiento capsular acompañado por un proceso inflamatorio proliferativo de la sinovial, estarían relacionados según Macnab (7) a causas autoinmunes. Algunos autores como Scott y Hannifi (16) probaron la existencia de citoquinas específicas como la TGF B y la TNF.

También se han encontrado niveles elevados de proteína C reactiva y un aumento de la incidencia del antígeno de histocompatibilidad hla b 27. En lo que queremos puntualizar que una vez disparado esta cascada de acontecimientos, la patología en sí se independiza de los factores predisponentes, debiendo ser tratada por sí misma sin importar los detonantes de ella.

Los factores predisponentes son:

1. inmovilización prolongada
2. diabetes mellitus: la incidencia de hombro congelado es de diez por ciento al veinte, siendo aún mayor en diabéticos tipo I ó insulino-dependientes.
3. Desórdenes intratorácicos (TBC), enfisema, bronquitis crónica, carcinoma broncogénico).
3. Desórdenes de personalidad: Coventry usa el término "personalidad periartítica" y lo describe como un componente del hombro congelado. El ha observado que algunos pacientes tienen una constitución emocional particular para tolerar el dolor. Tyber ha reportado cincuenta y cinco pacientes psiquiátricos con síndrome de hombro doloroso que tuvieron buena respuesta al tratamiento con litio y amitriptilina
5. Hipertiroidismo
6. Trastornos del manguito rotador

Instituto de Ortopedia y Trauma "Dr. Jaime Slullitel"
Pueyrredón 1033, 2000 Rosario

Debemos diferenciar claramente no obstante el hombro congelado primario o sea con su etiopatogenia, factores predisponentes y clínica con el secundario. Es distinto una ruptura parcial del manguito rotador que desencadena una capsulitis adhesiva, que una ruptura masiva de éste, la cual hace perder la movilidad al hombro por un factor mecánico. Este es un hombro con características propias y tratamiento claramente distinto, ya que debemos reparar la causa mecánica para curar la enfermedad.

MATERIAL Y METODO

Nuestra experiencia reside en el tratamiento de 14 pacientes evaluados durante un período de un año. Tuvimos 8 pacientes varones y 6 mujeres; del total 6 fueron diabéticos insulino-dependientes, 3 de origen idiopático y 5 postquirúrgicos, de los cuales, 3 fueron post radiofrecuencia, un hombro congelado mal diagnosticado, y uno post acromioectomía, diabético.

La edad promedio fue de 55 años, mínimo 35 y máximo 75 años. Su clínica es de comienzo lento caracterizado por ser difuso que cede parcialmente con analgésicos comunes durante la primera etapa. Se reconocen tres etapas o fases:

Fase "A": caracterizada por dolor difuso, nocturno, no permite al paciente acostarse del lado afectado. Esta fase tiene una duración de semanas hasta nueve meses. Este constituye un **síndrome de pseudofricción acromial** por contractura de la cápsula inferior que haremos mucho hincapié a la hora de diferenciarlo del verdadero.

Fase "B": la rigidez progresa, incapacidad notoria para realizar las tareas habituales, pérdida de la rotación externa y abducción.

Fase "C": en este período la recuperación espontánea, se menciona en la literatura casos de recuperación espontánea luego de la fase B. Algunos autores como Lloyd Roberts (6) hablan de un 33% que no logran la recuperación en los dieciocho meses. Reeves menciona que un sesenta por ciento de los hombros que se recuperan en forma espontánea permanecen con alguna dificultad en la movilidad.

A todos los pacientes se les realizó un examen físico exhaustivo en donde se evaluó el rango de movilidad pasiva pre y post operatorio, donde se consideró la flexión anterior en el rango escapular, la rotación externa en 0° de abducción, la rotación interna en 90° de abducción, tanto en el hombro afectado

como en el contralateral.

Como métodos diagnósticos de apoyo, utilizamos la Rx para descartar groseras patologías como artrosis glenohumeral o ascensos por ruptura masiva del manguito rotador.

La ecografía es un método que por presentar numerosas variantes según el que las interpreta y el equipo no nos brinda confianza diagnóstica.

En nuestra experiencia, la RNM con gadolinio es un excelente método para el diagnóstico de capsulitis adhesiva; permite apreciar la proliferación de la sinovial alrededor del tendón del bíceps y del supraespinoso permite ver proliferaciones sinoviales mínimas (Foto 1) nos permite ver el grado de retracción de la cápsula articular, además de las lesiones en el manguito rotador. No obstante, debemos ser cautos al evaluar la magnitud del hallazgo, (ejemplo: ruptura parcial del manguito rotador) con el cuadro clínico del paciente ya que si es marcadamente discrepante, podemos confundir una patología degenerativa sintomática con una causa predisponente o con una patología mecánica capaz de constituir por sí sola un hombro congelado.

Diagnóstico diferencial:

Es importante no confundir el verdadero síndrome de fricción acromial con o sin ruptura del manguito rotador ya que la sintomatología de dolor tanto nocturno como a la elevación es igual en ambos, no obstante en la capsulitis adhesivo el dolor encontrado e es marcadamente y desproporcionadamente elevado ala magnitud de los hallazgos tanto del examen físico como de la resonancia magnética. **La causa del dolor nocturno de la capsulitis adhesiva es un acortamiento del intervalo de los rotado-**



Foto 1. Proliferación Sinovial en Cápsula Posterior

res y la cápsula inferior que genera un pseudo síndrome de fricción acromial por ascenso de la cabeza humeral.

Insistimos en no considerar una pequeña ruptura del manguito rotador, como causal del cuadro ya que nos puede llevar a un intento de reparación y acromioplastía, que en el marco de esta patología puede llevar a serias complicaciones quirúrgicas.

En nuestros casos optamos, una vez hecho los diagnósticos diferenciales, por comenzar con un tratamiento conservador con un protocolo de movilización que consiste en tres fases o etapas con una duración total de tres meses, pudiendo extenderse a seis meses. Todos los pacientes comenzaron con este protocolo; aquellos que no mostraron mejoría en los primeros tres meses pasaron a una segunda fase que fue la resolución quirúrgica.

Técnica Quirúrgica

Bajo anestesia general con el paciente en decúbito lateral, realizamos movilización con mucha suavidad buscando liberar las rotaciones externas e internas primero con el brazo pegado al cuerpo, luego liberar el receso inferior con elevación del brazo, nuevamente pero ya en elevación destrabamos las rotaciones tanto externa como interna para terminar con la cápsula posterior efectuando aducción del hombro. Pasamos a la artroscopia realizándose una capsulotomía selectiva según la movilidad. residual, o sea si la restricción es fundamentalmente en rotación interna se libera la cápsula posterior a basket, si fuera limitación en rotación externa se reseca la cápsula anterior. Ponemos especial énfasis en la liberación del intervalo de rotadores y sobre todo en hacer un extenso debridamiento subacromial para lograr un buen plano de deslizamiento solo efectuamos una acromioplastía en el caso con trastornos acromiales si así lo requieren. En casos con acentuada restricción de la movilidad puede ser que la cápsula posterior este rígida dificultando notoriamente la posibilidad de acceso a la articulación en esos casos hemos utilizado portales anteriores de acceso e incluso con la asistencia de intensificador de imágenes (Foto 2), debemos aclarar que la visual es muchas veces dificultosa por la intensa sinovitis y el espacio capsular muy reducido.

Luego de la cirugía a los pacientes se les sujeta el brazo en 90° de abducción y rotación externa a la cama realizándose movilización continua inmediata entre rotación interna y externa de hombro. Se insis-



Foto 2. Asistencia de Intensificador de Imágenes para Portal Anterior.

tió en la movilidad pasiva; luego de externado el paciente tuvo sesiones en doble turno. En ningún caso se recurrió al movilizador mecánico (CPM).

RESULTADOS

De los 14 pacientes a los que se les realizó este último procedimiento solo uno recidivó, y fue necesario una movilización más a cielo cerrado bajo anestesia. Cabe aclarar que era diabético.

Rango de movilidad pre y post operatorio (Cuadro 1):

Cuadro 1:

	Preoperatorio	Postoperatorio
Rotación externa 0°	9°	35°
Rotación interna 90°	10°	20°
Abducción combinada	80°	120°

Hicimos solo estas mediciones de movilidad a fin de evitar confusiones ya que las distintas maneras de tomar la rotación externa a veces generan dudas, por ejemplo rotación externa en elevación de 90°, sin tener en cuenta la flexión anterior o extensión de hombro. El promedio de mejoría es significativo estadísticamente, logrando de la cirugía una mejoría adicional del 15% adicional de movilidad con kinesiología. En general, todos nuestros pacientes volvieron a su actividad normal pero lo



Foto 3. Rigidez de rotación Interna post-quirúrgica

que menos se pudo recuperar fue la rotación interna. Hubo un paciente que tuvo que ser remanipulado, diabético de larga data y que quedó con secuelas residuales importantes, y otro que recidivó su cuadro 6 meses después pero mejoró con kinesiología.

DISCUSION

Queremos puntualizar en este reporte que es importante el diagnóstico diferencial **entre el síndrome de fricción acromial real y el pseudo síndrome ocasionado por la capsulitis adhesiva operar una capsulitis adhesiva confundiéndola con una ruptura parcial del manguito rotador que ocasiona un síndrome real de fricción lleva a complicaciones severas postoperatorias** (Foto 3).

Secundariamente, decimos que los factores predisponentes al hombro congelado pierden importancia al desencadenarse la cascada de acontecimientos que desencadena este síndrome. Es sin embargo éste lo que se debe tratar, dejando de lado los factores que lo desencadenaron, que ya dejan de tener importancia en el cuadro. En el hombro congelado secundario, estos si deben ser corregidos inmediatamente por ser estos lo que desencadenan y perpetúan la sintomatología.

Con respecto al tratamiento, debe ser conservador de entrada, constanding de infiltraciones, movilización suave, autoasistida y con ayuda kinesiológica que no exacerbe el dolor.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, nosotros realizamos lo mismo que Harrym y col, o sea manipulación suave asistida seguida por artroscopia. Existen otros autores Barclay (1), Ogilvie Harris



Foto 4. Post-liberación Artroscópica, gran hematoma post-quirúrgico.

(11) que efectúan la capsulotomía artroscópica de entrada sin manipulación con buenos resultados postoperatorio, es imposible dirimir con las estadísticas actuales cual de estos abordajes es el mejor, de cualquier manera los resultados son similares.

Existe si una tendencia cierta a encontrar mejores resultados que frente a la manipulación aislada, y probablemente mejor en cuanto a la tasa de complicaciones en especial en pacientes osteopénicos. Otros métodos como la distensión hidráulica (17), no creemos que sean de utilidad

CONCLUSION

La capsulitis adhesiva debe ser interpretada como una enfermedad independiente y no como una etapa final de otras patologías del hombro; porque tiene su clínica, sus fases de reconocimiento, su etiopatogenia.

Resaltar el valor del diagnóstico precoz y su terapia correspondiente mejoran el pronóstico.

La manipulación con suaves ejercicios autoasistidos pre y post operatorios tiene suma importancia en la recuperación.

El tratamiento artroscópico consiste en una capsulotomía selectiva con un adecuado debridamiento subacromial considerando este aspecto fundamental para ganar movilidad del hombro. La acromioplastía solo se indica de existir la patología acromial correspondiente.

Es necesario informar al paciente que se puede lograr una recuperación funcional completa sin llegar a la movilidad completa (Foto 4).

BIBLIOGRAFIA

1. Barclay F.: Capsulitis adhesiva del hombro. Tratamiento artroscópico y resultados. Revista Argentina de Artroscopia-Vol 6-Nº 1, Pág. 13.
2. Bridgman JF: Periarthritis of the shoulder. An diabetes mellitus ann rheum dis 31: 69-71 1972.
3. Janda DH, Haufins R. JJ: Shoulder manipulation in patients with adhesive capsulitis and diabetes. Shoulder Elbow Surg 1993; 2: 36-38.
4. Lloyd JA and Lloyd HM. Adhesive capsulitis of the shoulder. Arthrographic diagnosis and treatment. South Med 76: 879-883.
5. Lloyd JA, and Lloyd HM. Adhesive capsulitis of the shoulder: arthrographic diagnosis and treatment.
6. Lloyd Roberts GC, An French PR. Periarthritis of the shoulder. A study of the disease and its treatment: Br Med J 1569-1571.
7. Macnab I. The painful shoulder due to rotator cuff tendonitis. RI Med J 54: 367-374. 1971.
8. Mucally LA. The valve of shoulder distention. Arthrography with intraarticular injection of steroid and local anesthetic. A follow-up study Br, J, Radiol . 1994. 57: 263-266.
9. Neviasser JS. Arthrography of the shoulder. Springfield. Charles Thomas 1975.
10. Neviasser RJ, Neviasser TJ. Arthroscopy of the shoulder. Clin. Orthop. 1987, 233 59-64.
11. Ogilvie-Harries MB. The resistant frozen shoulder. Clin orthop 1995, 238-247.
12. Ozaki J, Nakagawa Y. recalcitrant chronic adhesive capsulitis of the shoulder. J Bone Joint Surg Am. 1989, 1511-1515.
13. Pollock RG, Duralde XA. The use of arthroscopy in treatment of resistant frozen shoulder. Clin. Orthop 1994; 304: 30-36.
14. Resnick D. Shoulder Pain. Orthop. Clin. North Am 14 (1): 81-87 1993.
15. Rockwood-Matsen. The shoulder. Cap. 21. Pag 837-862.
16. Scott A, Rodeo Jo A, Hannafin J. inmunolocalitation of cytoquines and their receptors in a adhesive capsulitis of the shoulder. J Orthop Research 1997, 427-435.
17. Sharma RTC. Frozen shoulder syndrome. A comparison of hydra distension an manipulation in orthop 1993. 17 275-278.