

Diagnóstico diferencial fisioterápico en el dolor de la articulación acromioclavicular

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Investigación. Área: Área de Investigación en Ciencias de la Salud - Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Diagnóstico diferencial fisioterápico en el dolor de la articulación acromioclavicular.

Resumen

La articulación acromioclavicular se encuentra situada en una posición estratégica en el hombro, a la cual se irradian muchos dolores referidos desde la zona cervical, el hombro y la extremidad superior, que hace que el diagnóstico diferencial en fisioterapia sea muy complejo de realizar debido a la multitud de vasos, nervios, y musculatura que rodean la articulación; además de ocasionar patologías a nivel del hombro como puede llegar a ser la discinesia escapular.

Palabras clave: Hombro, diagnóstico, dolor.

Title: Physiotherapy differential diagnosis in acromioclavicular joint pain.

Abstract

The acromioclavicular joint is located in a strategic position on the shoulder, which many referred pain from the cervical, shoulder and upper limb, which makes the differential diagnosis in physiotherapy is very complex to perform radiate due to the many vessels, nerves, and muscles surrounding the joint. It can cause diseases to shoulder level as can be discinesia scapular, carpal tunnel syndrome... for reasons as diverse as a disc protrusion or myofascial syndrome.

Keywords: Shoulder, diagnosis, pain.

Recibido 2016-07-12; Aceptado 2016-07-19; Publicado 2016-08-25; Código PD: 074036

INTRODUCCIÓN

La articulación acromioclavicular se encuentra situada en una posición estratégica en el hombro, a la cual se irradian muchos dolores referidos desde la zona cervical, el hombro y la extremidad superior, que hace que el diagnóstico diferencial en fisioterapia sea muy complejo de realizar, además de ocasionar patologías a nivel del hombro como puede llegar a ser la discinesia escapular.

La articulación acromioclavicular se encuentra formada por la unión de dos huesos: la clavícula, por su extremo acromial; y la escápula, por el borde medial del acrómion. Es un tipo de articulación artrodia que permite la antepulsión y la retropulsión de la escápula y el ascenso y descenso de la misma. Esta articulación presenta una cápsula articular que se inserta alrededor de las superficies articulares, estando sujetas por fibrocartilago. Los ligamentos más importantes que podemos encontrar son los ligamentos acromioclavicularres superior e inferior, además de los ligamentos coracoclaviculares (ligamento trapezoide y conoide). Está inervada por las ramas del plexo braquial y vascularizada por la arteria toracoacromial, siendo ésta una rama de la arteria axilar.

FISIOPATOLOGÍAS Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN FISIOTERAPIA

Diferentes lesiones en las cervicales pueden producir dolores irradiados a la articulación acromioclavicular y a la extremidad superior, esto se produce por la compresión de las raíces nerviosas y su patrón de irradiación será metamérico radicular. Los principales son los siguientes:

Dolor por pinzamiento vertebral cervical

El pinzamiento es un bloqueo de la movilidad vertebral con reducción de la altura interdiscal. Puede ser debido a varias causas y en todas ellas se produce un cierre del espacio foraminal, que comprime las raíces emergentes, pudiendo ser bilateral o unilateral en función de dirección preferencial del pinzamiento si es central o lateral. Aparecerá un dolor local,

más dolor y signos neurológicos como hormigueo, acorchamiento, etc. irradiado metaméricamente en el territorio del nivel afectado en la articulación acromioclavicular. Este pinzamiento puede ser generado por:

- ✓ El espasmo muscular, produce un pinzamiento posterior ante la tensión de la musculatura retrosomática cervical. Se produce de forma rápida, en la medida que se instaura la contractura muscular. Puede ser:
 - De origen traumático, como en los latigazos cervicales, presentándose de forma brusca.
 - Postural, como ocurre al dormir boca abajo con la cabeza girada o al quedarse dormido en el sofá o en un vehículo con la cabeza en extensión. Se presenta al despertarse.
 - Por sobrecarga de la musculatura, como en los casos de personas que trabajan muchas horas al ordenador, en cadenas de montaje o en labores domésticas.
- ✓ Por degeneración discal, que produce una reducción de la altura intervertebral y por lo tanto, una reducción también de los agujeros de conjunción. El patrón de irradiación es el mismo que en el espasmo muscular, pero su aparición es muy lenta y progresiva. A medida que se va degenerando el disco van apareciendo los síntomas, siendo también de característica errática, de manera que la irradiación puede cambiar de intensidad, de sitio o incluso tener episodios de ausencia y de presencia según el estado de hidratación y compresión discal. Mejora con el reposo y las posturas diversas.
- ✓ Por degeneración interapofisiaria de evolución lenta y progresiva, pero con una irradiación constante que no varía como en el caso de las lesiones discales. El dolor local en estos casos sigue el patrón temporal del ritmo artrósico, manifestándose con rigidez matutina cervical.

Dolor por hernia o protrusión discal cervical

Las hernias y protrusiones discales pueden provocar dolores irradiados metaméricamente a la articulación a estudio y al brazo por el territorio de la raíz comprimida y darán un dolor local cervical más los síntomas de dolor y sensaciones neurales de forma unilateral en el lado afectado. Su aparición puede ser brusca por una lesión traumática cervical o progresiva por degeneración discal y su comportamiento suele ser errático en los inicios por la variación de la intensidad de compresión en función de la postura cervical.

Dolor compresivo neurológico no vertebral

- ✓ Del plexo braquial:

Puede desencadenarse con un curso clínico por presión exógena, como cargar elementos pesados sobre los hombros de forma prolongada y reiterada (mochilas, pesas, etc.) o por compresión en correderas anatómicas: costilla cervical o espacio costo-clavicular. Dentro de las patologías causadas por este mecanismo que provocan dolor irradiado al brazo, podemos considerar el síndrome del desfiladero torácico con compromiso exclusivamente nervioso (que es excepcional), y el mixto (vascular y neural), lo que implica compromiso subagudo de tronco inferior de plexo braquial, asociado a signos de compromiso vascular. Los síntomas iniciales son dolor irradiado por la articulación acromioclavicular, el brazo, antebrazo y mano con predominio del borde interno, pero pudiendo estar en la totalidad, acompañado de parestesias de la misma distribución, asociado a veces a debilidad en musculatura de la mano. Otras alteraciones anatómicas que pueden afectar serían una hipertrofia de músculo escaleno anterior, o una mega-apófisis transversa C7 y en muchas ocasiones las contracturas de los escalenos o del pectoral menor.
- ✓ Del cubital:

Se trata de un atrapamiento del nervio cubital a su paso por el canal formado entre la epitroclea y el olecranon. Aquí se insertan el cubital anterior y el flexor superficial de los dedos. Aunque hay diferentes causas para la compresión del nervio cubital, en guitarristas o actividades laborales que implican a estos músculos es muy probable que se deba al trabajo constante de los músculos mencionados, lo que provoca una disminución del espacio necesario para el normal funcionamiento del nervio.

Los síntomas más habituales son dolor, falta de sensibilidad, hormigueos, dificultad en la coordinación de los movimientos, disminución de la fuerza, sensación de frialdad, etc. Estas sensaciones se van a sentir en el codo, el

antebrazo o en los dedos meñique y anular, ya que estas son las regiones inervadas por el nervio cubital. En cuanto al diagnóstico, además de la exploración, es frecuente realizar un electromiograma, que evidencia y cuantifica la compresión nerviosa.

✓ Del mediano:

➤ Atrapamiento en redondo menor y palmares (Pseudo túnel carpiano):

Este atrapamiento se produce en el paso del nervio mediano entre el pronador redondo y los palmares. La causa es siempre por sobrecarga muscular debido a actividades deportivas o laborales en donde se asocia la flexión de dedos y muñeca con pronación, como en el caso de la escalada y los trabajadores de las obras. El cuadro de dolor y parestesias se sitúa desde el codo hasta la mano en el territorio del mediano. Se suele confundir con el verdadero túnel carpiano por ser muy similar el territorio pero éste empieza a la altura de la flexura anterior del codo.

➤ Túnel carpiano:

El atrapamiento se realiza en el paso del nervio mediano por debajo del ligamento anular del carpo. El conflicto de espacio se puede producir por diversas causas, desde una sobretensión en los palmares que tensan el ligamento anular, una hipomovilidad del pisiforme que es la pared lateral del túnel, o una inflamación de los tendones de los flexores de los dedos a ese nivel, entre otras. Los síntomas son el dolor, las parestesias y la pérdida de fuerza y la mano.

Dolor por síndrome miofascial

Son dolores referidos que no tienen una distribución radicular ni metamérica, se asocian a un punto gatillo que está en un músculo, que al activarse proyecta el dolor a la zona miofascial correspondiente, las cuales han sido descritas claramente por los trabajos de Travell y Simons. La confirmación del síndrome miofascial se realiza localizando el punto gatillo (punto doloroso dentro de una banda tensa en el músculo, que responde con contracción de la banda al ser estimulado por presión) después se le presiona de forma mantenida durante unos 15-30 segundos y aparecerá o intensificará el dolor que el paciente refiere como su sensación patológica.



Bibliografía

- Birch R, Bonney G, y Wynn Parry, CB. "Surgical disorders of the peripheral nerves". Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- David G. Simons, Janet G. Travell, Lois S. Simons. "Dolor y disfunción miofascial". E. M. Panamericana 2004.