

Tumoración dolorosa y limitación funcional en hombro

López Pérez V.J.¹, Quintilla Pueo R.², Castillo García F.¹

¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Centro de Atención Integral Hospital Dos de Mayo. Barcelona, España.

²Residente Medicina Familiar y Comunitaria.

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 135-135

PALABRAS CLAVE (MESH)

Tumoración, dolor, hombro, luxación.

RESUMEN

Paciente mujer de 88 años, con antecedente de deterioro cognitivo. Remitida para valoración de tumoración y limitación funcional espontánea en hombro izquierdo. La radiología convencional objetivó una desestructuración ósea con luxación de hombro asociada. Se amplió el estudio mediante una ecografía, una TAC y una gammagrafía ósea que permitieron descartar un proceso infiltrativo tumoral, orientando el cuadro como fractura luxación inveterada que siguió una evolución correcta con tratamiento conservador. El deterioro cognitivo de la paciente dificultó el diagnóstico al no referir traumatismo previo que ocasionara las lesiones radiológicas observadas.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de una paciente de 88 años, con antecedentes de deterioro cognitivo tipo demencia vascular evolucionada y trastorno del ritmo cardíaco que requirió la implantación de un marcapasos, que es remitida a nuestra consulta por el médico de su residencia para valoración de tumefacción y limitación funcional espontánea en hombro izquierdo.

A la exploración física destacaba una asimetría de hombros con evidente tumoración blanda y dolorosa en hombro izquierdo, asociando un rango activo de movilidad limitado sin déficits neurosensitivos subyacentes. No resultó posible determinar, dado el deterioro cognitivo de la paciente, el origen etiológico ni cronológico de los síntomas. La imagen de radiología convencional antero-posterior de hombro objetivó una desestructuración ósea con luxación de hombro asociada con evidente calcificación periférica. (Fig. 1A)

Debido a la gran tumefacción de partes blandas ampliamos el estudio mediante una ecografía músculo-esquelética que confirmó la

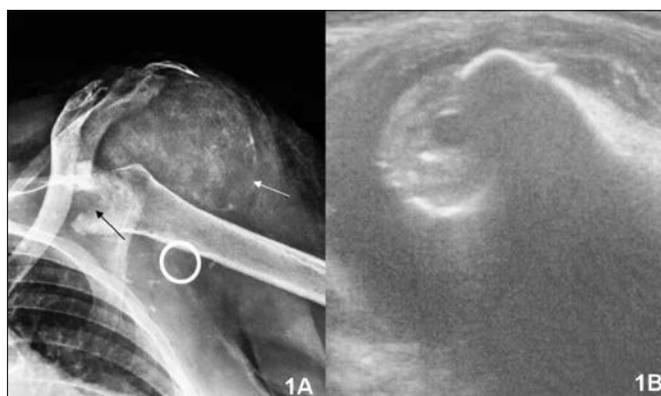


FIGURA 1A. Imagen Rx A-P de hombro en la que se aprecia una desestructuración ósea con luxación glenohumeral anterior (flecha negra), nótese la fina calcificación periférica circundante. (Flecha blanca). FIGURA 1B. Imagen ecográfica ecografía que produce una imagen eco-heterógena de grandes dimensiones que produce un efecto masa desde la cápsula articular.

fractura-luxación de la cabeza humeral informando de imagen ovoide eco-heterógena de 8x5 centímetros que producía un efecto masa desde la cápsula articular. (Fig. 1B)

Con el objetivo de descartar un proceso infiltrativo tumoral, por incompatibilidad con una RMN al ser la paciente portadora de marcapasos, se realizó una TAC que informó de una imagen de luxación anteroinferior glenohumeral con resorción heterogénea e irregular del extremo proximal del húmero, indentiéndose una masa esférica de 77x64mm con calcificación periférica fina con remodelación ósea de la articulación acromioclavicular y de la glenoides.

Correspondencia

Vicente José López Pérez
Teléfono: 0034- 93 507 27 00 - Fax: 0034- 93 507 27 28
vxlopez@yahoo.com

síntoma más frecuente de presentación es dolor a nivel de hipocondrio derecho, y en los niños se presenta más frecuentemente con ictericia.

Las complicaciones que pueden aparecer son: pancreatitis (hasta el 30%), colangitis, hemorragias digestivas, varices esofágicas, hipertensión portal y peritonitis biliar por rotura del quiste.

En el diagnóstico inicial, la ecografía abdominal es el primer método y el más utilizado por sospecha de enfermedad aguda de vesícula biliar. Posteriormente se solicitan otros estudios para tipificar la enfermedad: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) y la colangiopancreatografía resonancia. Esta última ha demostrado una eficacia similar en la visualización de la anatomía de las malformaciones de la vía biliar y de la unión pancreatobiliar a la ERCP.

El tratamiento es siempre quirúrgico. La técnica depende del tipo de quiste, pero en general todas incluyen la exéresis de la dilatación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido Tordecillas FJ, Ávila Villegas R, E. Del Moral Romero E, Sánchez Marengo A. Quiste de colédoco asociado a pancreatitis aguda. Diagnóstico preoperatorio mediante colangiopancreatografía- RM. An Esp Pediatr 2002; 57 (1): 70-8.
2. Edul B, Cameron JL
3. Reddy S et al. Choledochal Cyst Disease in Children and Adults: a 30- Year Single –Institution Experience. J Am Coll Surg. Vol 206, No. 5, May 2008.
4. Visser BC, Suh I, Way L W, Kang S. Congenital Choledochal Cysts in Adults. Arch Surg. 2004; 139: 855-862.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO TUMORACIÓN DOLOROSA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN HOMBRO

DIAGNÓSTICO

Se indicó una gammagrafía ósea que confirmó el diagnóstico de fractura-luxación inveterada con desestructuración de la cabeza humeral sugestiva de necrosis avascular y hematoma calcificado, descartándose un proceso neofornativo asociado.

Seguidamente se contactó con la residencia, para complementar la información clínica, explicando la cuidadora referente un antecedente traumático leve en forma de caída casual dos meses antes de la consulta.

Se instauró un tratamiento sintomático con inmovilización durante 2 semanas y visitas seriadas con radiografías de control. Tras un año de seguimiento la paciente siguió una evolución correcta con una disminución significativa de la tumefacción y el dolor a la movilización pasiva, presentando una adaptación funcional que no limita actividades de vida cotidiana.

EXPLICACIÓN FINAL

El interés del caso presentado, además de la espectacularidad de la lesión articular, estriba en la dificultad diagnóstica debido al deterioro cognitivo que comprometía la entrevista clínica.

Al desconocer el antecedente traumático nos planteamos dos opciones en el diagnóstico diferencial, aunque finalmente descartadas por las pruebas complementarias: un proceso infiltrativo tipo osteosarcoma, dada la desestructuración ósea, la tumefacción subyacente y la información proporcionada por la ecografía y la TAC que informaban de una posible lesión ocupante de espacio que eventualmente podría producir el desplazamiento articular y la luxación glenohumeral. La segunda opción diagnóstica que barajamos fue un hombro de Milwaukee u hombro hemorrágico senil¹, que es una artritis de depósito de cristales de hidroxapatita, observada en ancianos con predominio del sexo femenino. El diagnóstico se establece por la aspiración de líquido hemorrágico y la identificación microscópica de los cristales. En la radiología convencional habitualmente se observa un extenso daño en ambas superficies articulares, con artrosis secundaria, siendo el tratamiento eminentemente sintomático.

En nuestro caso la gammagrafía ósea fue de gran utilidad ya que descartó un proceso infiltrativo e inflamatorio de depósito, informando de un proceso post-traumático crónico. Aunque el diagnóstico etiológico definitivo es histológico, mediante punción-biopsia, no consideramos oportuno realizarla dado el contexto clínico de la paciente, demencia evolucionada y la correcta evolución con tratamiento conservador posterior.

Los traumatismos desapercibidos en pacientes demenciados no son infrecuentes² y es fundamental identificar estigmas cutáneos como

equimosis, hematomas o tumefacciones y valorar la funcionalidad de las extremidades. Ante la sospecha clínica, exploraciones complementarias accesibles en urgencias como la radiología convencional o la ecografía pueden resultar de gran utilidad para el diagnóstico. Nos gustaría destacar la importancia de realizar una anamnesis lo más completa posible que incluya antecedentes traumáticos previos con interrogación de los familiares y de los cuidadores habituales.

La luxación inveterada anterior del hombro de causa traumática no es una lesión rara en nuestro medio^{3,4}. Resulta fácilmente diagnosticada mediante radiografías convencionales al contrario que las luxaciones posteriores que pueden pasar desapercibidas radiográficamente en más de un 65% de los casos^{5,6}, por lo que la exploración clínica compatible con limitación de la rotación externa y la posición en rotación interna fija resulta fundamental⁷.

Se considera una luxación inveterada establecida, después de tres semanas de transcurrido el traumatismo inicial, cuando la cicatrización y las adherencias de los tejidos blandos periarticulares ocasionan cambios en la articulación consistentes en ocupación de la misma por tejido fibroso, erosión de relieves óseos, elongación y contractura capsular que dificultan la reducción cerrada y la estabilidad articular a medida que pasa el tiempo requiriendo a menudo una reducción quirúrgica abierta^{6,7,8}.

Dado el contexto clínico de nuestro paciente, con escasa colaboración y gran desestructuración osteoarticular por el tiempo de evolución, se descartó una alternativa quirúrgica agresiva siguiendo una evolución correcta en los controles clínicos y radiográficos posteriores disminuyendo la tumefacción y el dolor a la movilización pasiva.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO TUMORACIÓN CERVICAL

Se trata de un quiste tirogloso.

La paciente fue remitida a CCEE de ORL, donde realizan una ecografía y una PAAF. En la ecografía se objetiva una estructura quística en cara anterior de cuello sugestiva de corresponder a un quiste del conducto tirogloso. En la PAAF se evidencia frotis compatible con líquido de quiste tirogloso.

EXPLICACIÓN FINAL

El quiste tirogloso es una lesión congénita, resultado de restos del desarrollo embrionario de la glándula tiroidea y supone el 70% de las formaciones congénitas de la línea media de la región anterior del cuello, pudiéndose localizar en cualquier punto entre la base de la

BIBLIOGRAFÍA

1. Dewachter L, Aerts P, Crevits I, De Man R. Milwaukee shoulder syndrome. *JBR-BTR* 2012; 95:243-4.
2. Monroe TB, Mion LC. Patients with advanced dementia: how do we know if they are in pain? *Geriatr Nurs* 2012;33:226-8.
3. Cattaneo R. On inveterate dislocation of the shoulder. *Arch Ortop* 1959; 72:778-92.
4. Freeman III BL. Luxaciones inveteradas. En: Elsevier España S.A. *Cirugía Ortopédica Campbell*. Madrid 2004: 3200-3206.
5. Braun S, Horan MP, Millett PJ. Open reconstruction of the anterior glenohumeral capsulolabral structures with tendon allograft in chronic shoulder instability. *Oper Orthop Traumatol* 2011; 10:29-36.
6. Rouhani A, Navali A. Treatment of chronic anterior shoulder dislocation by open reduction and simultaneous Bankart lesion repair. *Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol* 2010;2:10-15.
7. Verhaegen F, Smets I, Bosquet M, Brys P, Debeer P. Chronic anterior shoulder dislocation: aspects of current management and potential complications. *Acta Orthop Belg* 2012; 78:291-5.
8. Savarese E, Postacchini R, Tudisco C. Sequelae of an undiagnosed unilateral congenital fixed anterior shoulder dislocation in a 40-year-old female. *Musculoskelet Surg* 2011; 95:163-9.

lengua y la glándula tiroidea. Son más frecuentes entre la primera y segunda década de la vida, aunque su prevalencia en la edad adulta es del 7% no presentando predilección por sexos. El tamaño medio es de aproximadamente 3 cm, aunque pueden llegar a medir hasta 10 cm.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se presenta como una tumoración asintomática en la línea media o ligeramente lateralizado, fluctuante y móvil. En ocasiones, los quistes pasan inadvertidos hasta que se produce una complicación como la inflamación, infección o fistulización, produciéndose en estos casos aumento de tamaño, enrojecimiento o dolor. Pueden producir disnea, sobre todo cuando la se localizan en la base lingual. Un tercio de los casos desarrollan trayectos fistulosos hacia la piel.