

DOLOR Y DERRAME ARTICULAR EN EL HOMBRO DERECHO SIN TRAUMATISMO PREVIO



**M. Méndez Álvarez, A. D. Izquierdo Santos,
A. B. Fernández Cortiñas, I. Vázquez Andrade**

Complejo Hospitalario. Ourense

SUPERVISIÓN
S. Villardefrancos Gil

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Paciente mujer de 84 años de edad que inició un cuadro clínico de tumefacción y dolor en el hombro derecho sin antecedente traumático claro. Cuando llegó a nuestro centro, el cuadro tenía dos meses de evolución y recibía tratamiento antibiótico con cefuroxima; había sido diagnosticada de artritis aguda infecciosa de germen no filiado. Como antecedentes personales presentaba insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, antecedente de fiebre Q, hipertensión arterial e insuficiencia mitral y aórtica.

Exploración física

A la exploración presentaba dolor, tumefacción e impotencia funcional del hombro derecho, con una exploración neurovascular distal conservada. Presentaba un punto de drenaje seroso en la zona de la punción articular previa.

Pruebas complementarias

- Radiografía del hombro (dos meses de evolución): destrucción de la cabeza humeral y del acromion, luxación glenohumeral (fig. 1).
- Tomografía computarizada (TC) del hombro derecho: lesión destructiva de la cabeza humeral derecha y de la cavidad glenoidea que podría corresponder a una lesión inflamatoria. Por las imágenes no se pudo descartar que se tratara únicamente de un proceso infeccioso destructivo en relación con artritis séptica o corresponder a una patología tumoral metastásica (fig. 2).
- Resonancia magnética (RM): gran afectación articular del hombro derecho, con ocupación de toda la cavidad articular por material líquido que provocaba distensión de toda la bursa y afectación ósea de la cortical humeral y del acetábulo y alteración de la señal de los tendones.
- Gammagrafía ósea: artritis infecciosa con afectación de partes blandas.
- Despistaje tumoral negativo (marcadores tumorales, TC tóraco-abdominopélvica).

te, caracterizada por una artropatía rápidamente destructiva de la articulación del hombro. Afecta fundamentalmente a personas de edad avanzada. Suele afectar a la extremidad dominante, aunque no es infrecuente la afectación bilateral. Como factores predisponentes destacan: traumatismo violento o microtraumatismos de repetición, depósito de cristales de pirofosfato cálcico, alteraciones neurológicas, insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis. En muchos casos no es posible identificar un factor causal¹.

La sintomatología se caracteriza por dolor y alteración del rango de movilidad articular, asociado a derrames profusos con gran volumen de líquido sinovial. Generalmente es de tipo no inflamatorio, con frecuencia hemático.

El diagnóstico es por exclusión. En la radiología se aprecian destrucción de la articulación, reducción del espacio articular y esclerosis subcondral. La RM y la ecografía tienen utilidad para definir la

degeneración del cartílago, el edema óseo periarticular, la hipertrofia sinovial, etc. El depósito intraarticular de cristales cálcicos raramente es visible con los métodos radiográficos convencionales^{2,3}. En el estudio anatomopatológico, la membrana sinovial muestra característicamente una importante hiperplasia vellosa, células gigantes y depósito de fibrina, pudiéndose identificar por microscopía electrónica los cristales cálcicos, en caso de que se encuentren agrupados. Un test útil para la visualización de los cristales, aunque no es específico, es la tinción con rojo de Alizarina^{1,4}.

El tratamiento médico consiste en antiinflamatorios no esteroideos; si el tratamiento farmacológico sistémico no es suficiente en el control sintomático, se recurre a otros procedimientos tales como artrocentesis evacuadoras para aliviar la presión articular o gestos quirúrgicos como el lavado y desbridamiento artroscópico, artrodesis o sustitución protésica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epis O, Viola E, Bruschi E, Benazzo F, Montecucco C. Milwaukee shoulder syndrome: aspetti terapeutici. *Reumatismo*. 2005; 57: 69-77.
2. Hayes CW, Conway WF. Calcium hydroxyapatite deposition disease. *Radiographics*. 1990; 10: 1031-48.
3. Watt I. Radiology of the crystal-associated arthritides. *Ann Rheum Dis*. 1983; 42 (Suppl.): 73.
4. Halverson PB, Garancis JC, McCarty DJ. Histopathological and ultrastructural studies of synovium in Milwaukee shoulder syndrome—a basic calcium phosphate crystal arthropathy. *Ann Rheum Dis*. 1984; 43: 734-41.