

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL HOMBRO

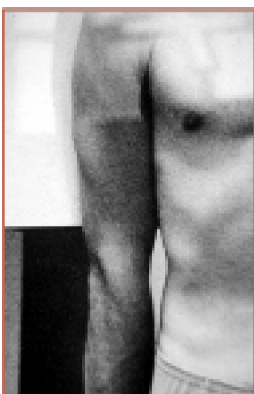
INCIDENCIAS RADIOLOGICAS MÁS HABITUALES DEL HOMBRO

HOMBRO AP VERDADERA O PROYECCIÓN DE GRASHEY.

Demuestra la glenoides en perfil. Paciente de pie o en decubito. Se rota 40º con el hombro comprometido.

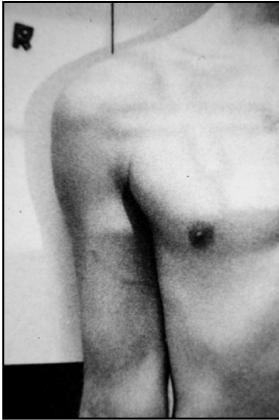


HOMBRO AP CON ROTACIÓN INTERNA.



Paciente en decúbito supino o de pie, con el brazo al lado del cuerpo en rotación interna. El rayo está dirigido al centro de la cabeza humeral. En la imagen radiográfica la cabeza humeral se sobreproyecta parcialmente a la glenoides escapular.

HOMBRO AP CON ROTACIÓN EXTERNA.



Paciente en decúbito supino o de pie, con el brazo al lado del cuerpo en rotación externa. El rayo está dirigido al centro de la cabeza humeral. En la imagen radiográfica la cabeza humeral se sobre proyecta parcialmente a la glenoides escapular.

HOMBRO AXIAL O AXILAR (INCIDENCIA DE FRENTE EN ABDUCCIÓN).

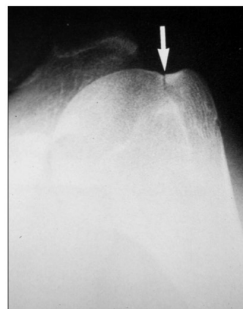
Paciente sentado al lado de la mesa radiográfica, con el brazo abducido, de manera que la axila queda sobre el cassette radiográfico. El tubo de rayos está dirigido hacia abajo, a la articulación glenohumeral, angulado 5º a 10º hacia lateral.

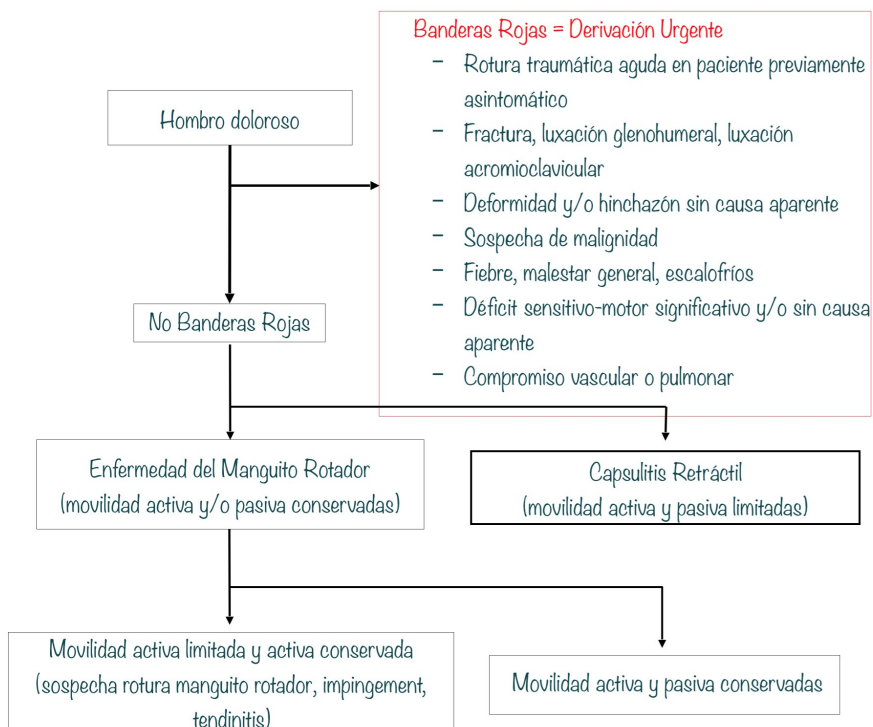


FRACTURA DEL TROQUÍTER.

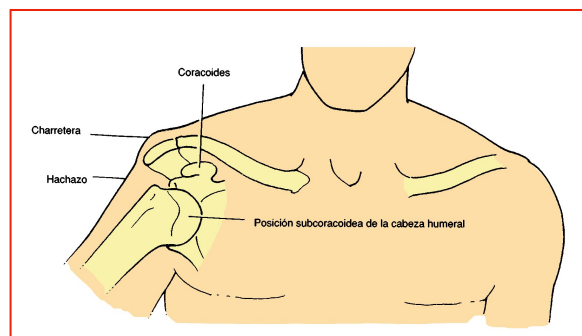
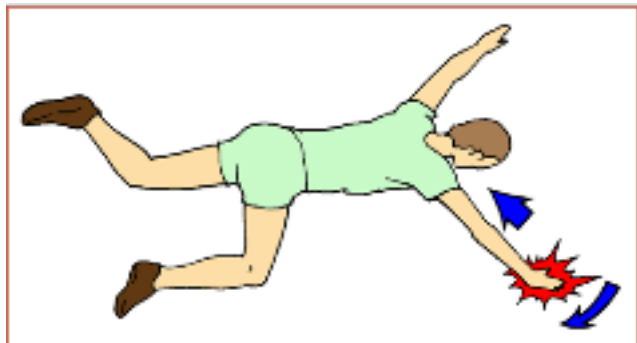
Se refiere básicamente a la fractura de la gran tuberosidad de la cabeza humeral (troquíter) que da inserción al músculo supraespinoso. Se describen tres tipos de fracturas del troquíter:

- Fractura conminuta con gran compromiso óseo.
- Fractura sin desplazamiento del fragmento.
- Fractura con desplazamiento del fragmento.





LUXACIÓN ANTEROINTERNA GLENOHUMERAL



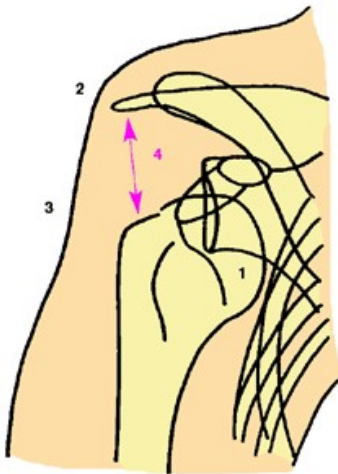
El mecanismo más frecuente es una caída sobre la mano: la abducción-rotación externa forzada también puede producir la misma lesión.

Signo clínico: descenso de la cabeza humeral encontrándose en posición subcoracoidea

Signos radiológicos:

- Posición antero-interna de la cabeza humeral en el hueco axilar.
- Saliente del acromión formando la charretera.
- Hachazo externo debido a la vacuidad de la glena.
- Aumento del espacio acromio-humeral.





TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LUXACIÓN INTERNA GLENOHUMERAL

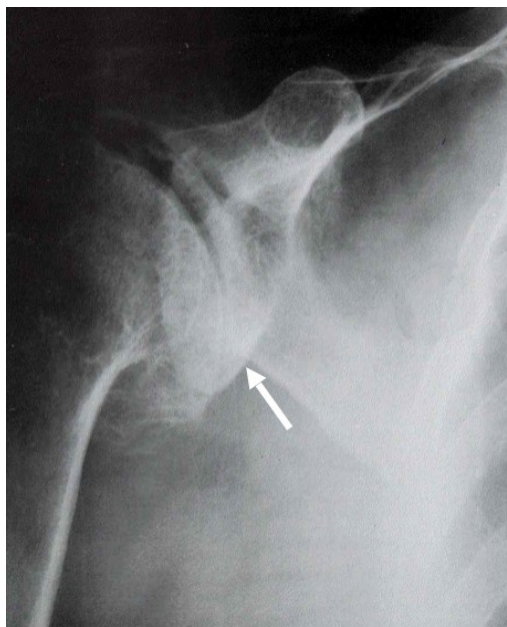
TÉCNICA DE HIPOCRATES: Una persona, el pie en hueco axilar, se realiza tracción axial con ligera rotación interna y externa de la extremidad.

TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LUXACIÓN INTERNA GLENOHUMERAL



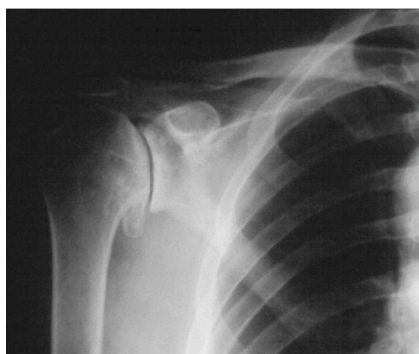
ARTROSIS GLENOHUMERAL

La artrosis es la enfermedad degenerativa con pérdida del cartílago que recubre las superficies articulares, de forma que desaparece el espacio de la articulación. Se produce la pérdida del cartílago articular y un endurecimiento de las superficies óseas con formación de osteofitos (crecimiento óseo en la periferia de la articulación).



Generalmente son bien toleradas y dan poca sintomatología. En ocasiones se puede sentir dolor irradiado a la cara lateral del brazo. La sintomatología empeora por la noche o al efectuar esfuerzo, se puede acompañar de sensación de crujidos. Con el paso del tiempo habrá una disminución importante de la movilidad de la articulación.

NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA HUMERAL



(Osteonecrosis, necrosis isquémica del hueso, necrosis aséptica, osteocondritis disecante)

Infarto óseo focal que puede ser idiopático o secundario a diferentes causas. Los cambios patológicos se caracterizan por la muerte celular en el hueso, debido a un compromiso de la vascularización. La magnitud de la necrosis avascular está en función del grado de compromiso circulatorio.

POLIARTRITIS REUMATOIDE GLENOHUMERAL

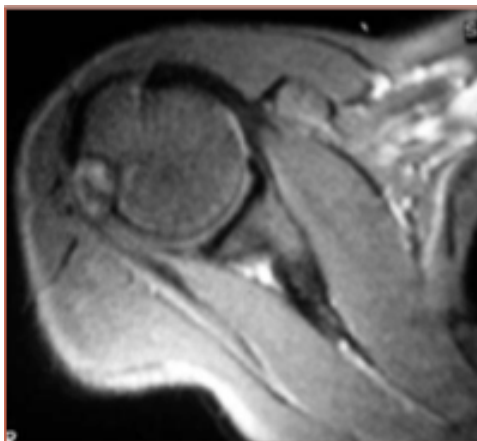
Artritis Reumatoide: Este tipo de artritis puede afectar a personas de cualquier edad y generalmente afecta varias articulaciones del cuerpo. Es una patología de naturaleza autoinmune que cursa con inflamación articular. El síntoma más frecuentemente asociados con la artritis de hombro es el dolor. El dolor de hombro vinculado a la artritis puede abarcar desde largos períodos de dolor de moderada intensidad a períodos de dolor intenso y súbito del hombro. El dolor generalmente se intensifica y agrava con la actividad y empeora progresivamente.



OSTEOBLASTOMA

Osteoblastoma es un tumor benigno que crea hueso y tejido osteoide. Las lesiones se encuentran comúnmente en la cara dorsal de las vértebras o huesos largos. Ocurre con mayor frecuencia en adultos jóvenes, con una edad pico de incidencia en los años 20.

Los síntomas incluyen dolor sostenido, inflamación y dolor. Los tumores espinales pueden causar escoliosis y síntomas neurológicos. La lesión aparece como defecto radiolúcido con la densidad central. Tumoral también muestra aumento de la captación de isótopos.

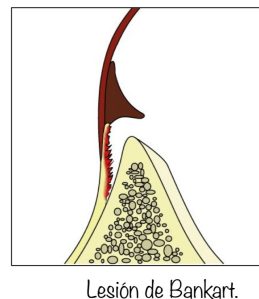
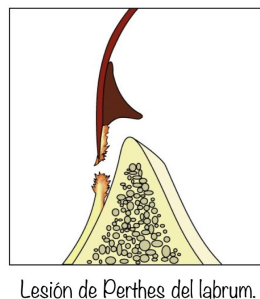
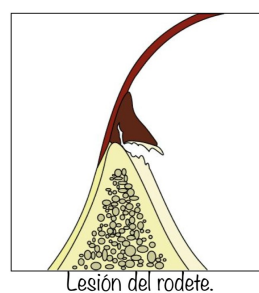
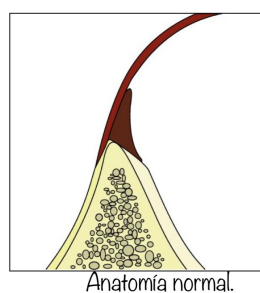
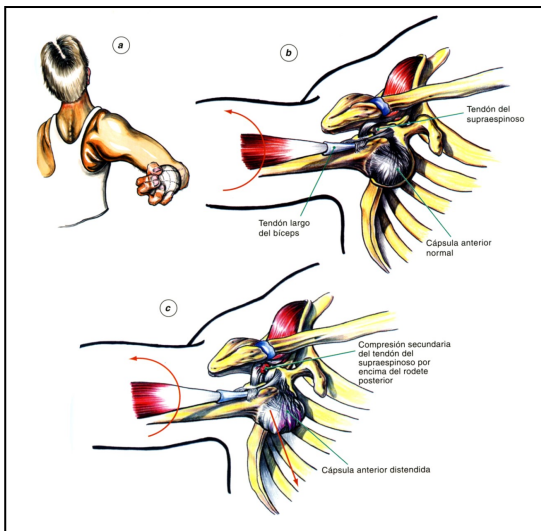
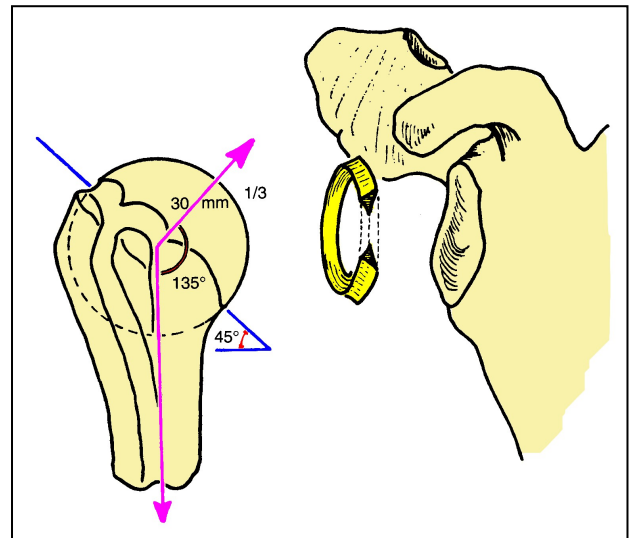


LESIÓN DE RODETE GLENOIDEO

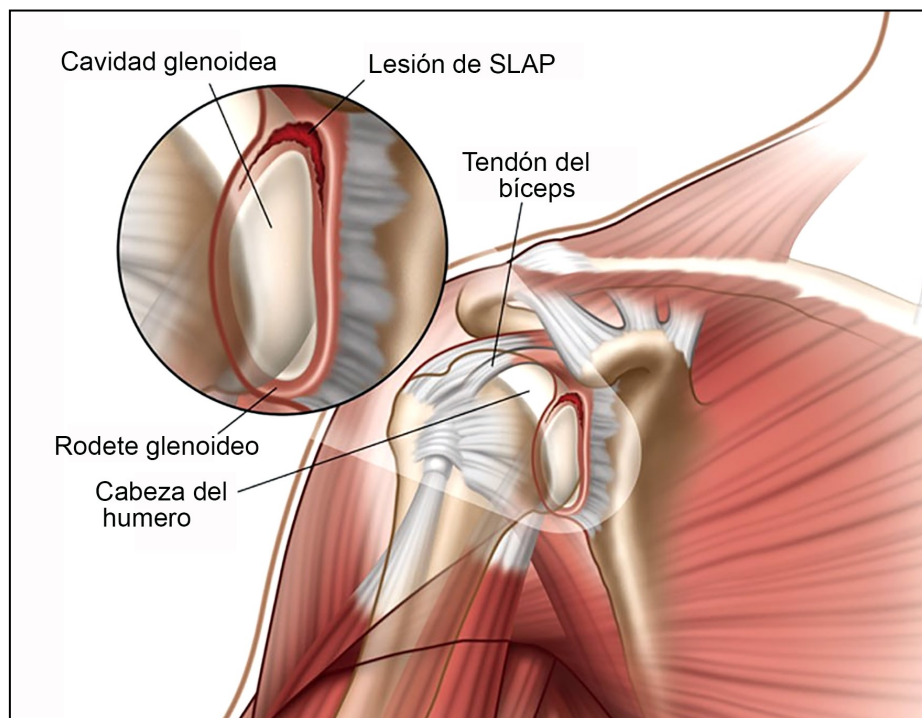
ETIOLOGIA:

Traumatismo durante la práctica de deportes, caída, movimientos repetidos de retropulsión horizontal o de abducción-rotación externa. Hiper movilidad del rodete e inestabilidad glenohumeral por disfunciones en:

- Superioridad de la cabeza humeral.
- Inferioridad de la cabeza humeral.
- Anterioridad de la cabeza humeral.



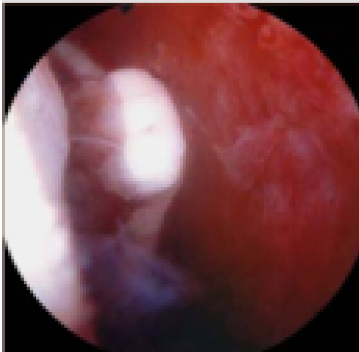
LESIÓN DE SLAP



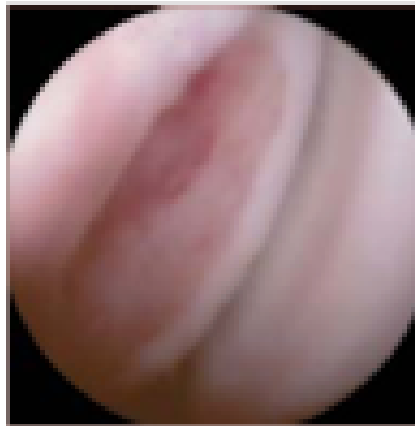
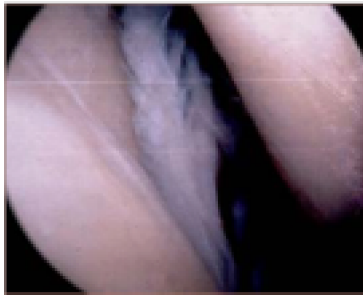
ARTROSCOPIA NORMAL LABRUM Y TENDÓN BICIPITAL



LESIÓN DEL RODETE POR FRACTURA DEL BORDE OSEO DE LA GLENA



DESGARRO DEL RODETE GLENOIDEO



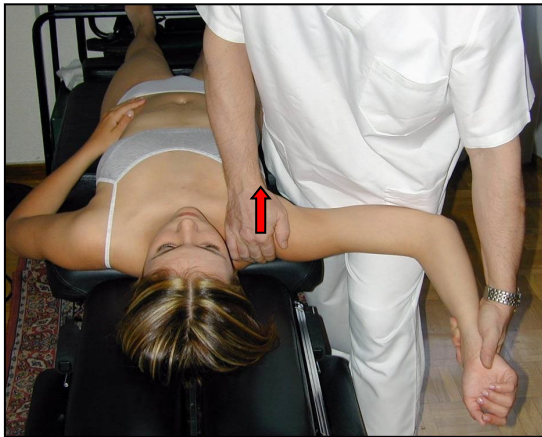
MECANISMO:

La hipermovilidad deteriora el rodete.

SÍNTOMAS:

- Dolor difuso del hombro que disminuye con el calentamiento de los músculos: la contracción isométrica no duele.
- Amplitudes más grandes del lado lesionado.
- Sensación de chasquido cuando el paciente mueve el hombro.

CLUNK TEST (DESGARRO LABRAL SUPERIOR)



Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
Nakagawa et al.(Desgarro labral superior)	44	68	1,38	82	10

PRUEBA DEL CAJÓN ANTERIOR (INESTABILIDAD ANTERIOR DE LA ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL, LAXITUD ANTERIOR, INESTABILIDAD ANTERIOR)



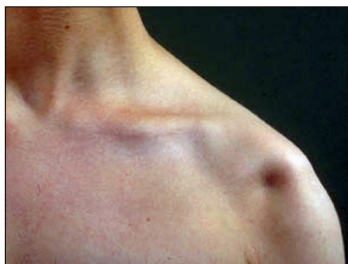
Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
Farber et al. (Dolor	28	71	0,97	1,01	11
Reproducción de los síntomas de inestabilidad)	53	85	3,53	0,55	

**TEST DE RELOCALIZACIÓN/ TEST DE APREHENSIÓN/ TEST DE JOBE
(INESTABILIDAD ANTERIOR, DESGARRO LABRAL, LESIÓN DE SLAP)**



Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
Guanche y Jones (SLAP, toda lesión labral)	36	63	.97	1,02	12
	44	87	3,38	.64	12
Morgan et al. SLAP anterior	4	27	.05	3,52	11
SLAP posterior	85	68	2,67	.21	1
SLAP combinado	59	54	1,28	.76	11
Parentis et al. (SLAP)	44	51	.90	1,10	5
Nakagawa et al. (Desgarro labral superior)	75	40	1,25	.63	10
Speer et al. (Dolor	54	44	.96	1,05	9
Aprehensión)	68	100	NA	NA	9

PRUEBA DEL SURCO (LAXITUD INFERIOR, DESGARRO LABRAL SUPERIOR)



Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
Nakagawa et al. (Desgarro labral superior)	17	93	2,43	0,89	10

**TEST DE RELOCALIZACIÓN/ TEST DE APREHENSIÓN/
(INESTABILIDAD ANTERIOR, DESGARRO LABRAL, LESIÓN DE SLAP)**



Estudio	Sensibilidad	Especificad	LR+	LR-	QUADAS (0-14)
Guanche y Jones (SLAP)	36	63	.97	1,02	12
Morgan et al. SLAP anterior	4	27	.05	3,52	11
SLAP posterior	85	68	2,67	.21	I
SLAP combinado	59	54	1,28	.76	11
Parentis et al. (SLAP)	44	51	.90	1,10	5
Nakagawa et al. (Desgarro labral superior)	75	40	1,25	.63	10
Speer et al. (Dolor	54	44	.96	1,05	9
Aprehensión)	68	100	NA	NA	9
Parentis et al.	50	53	1,1	0,9	9



Prueba de ROCKWOOD

(integridad del ligamento glenohumeral inferior, de la cápsula anterior, de los tendones manguito de los rotadores, y del labrum glenoideo)

Prueba de ROWE para inestabilidad anterior.



PRUEBA DE APREHENSIÓN POSTERIOR (INTEGRIDAD DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES Y LA CÁPSULA ARTICULAR POSTERIOR)

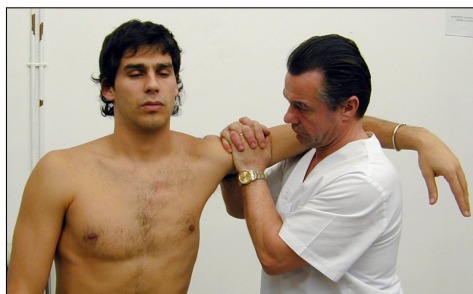


PRUEBA DE EMPUJE-TRACCIÓN



Prueba de empuje-tracción
(integridad del manguito de los
rotadores y la cápsula articular
posterior)

PRUEBA DE EMPUJE-TRACCIÓN



**Prueba de
empuje-tracción
(integridad del ligamento
glenohumeral inferior, de la
cápsula anterior, de los
tendones del manguito de los
rotadores, y del labrum
glenoideo)**