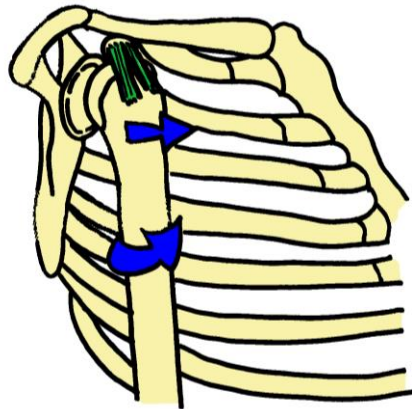


DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL

DISFUNCIÓN EN ANTERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

ETIOLOGÍA:

Caída sobre la mano (con la mano por detrás del tronco), trastornos posturales (cifosis), movimiento forzado de retropulsión o de rotación interna).



MECANISMOS:

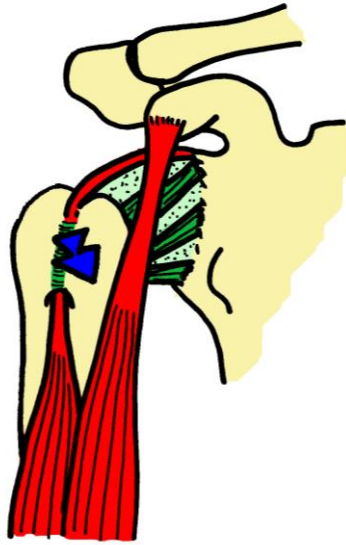
Es la más frecuente de las disfunciones glenohumorales por debilidad anatómica de los elementos cápsulo-ligamentosos anteriores.

La cabeza humeral está ANTERIOR con respecto a la glena del omóplato y en ROTACIÓN INTERNA por la oblicuidad del plano articular, por el espasmo del pectoral mayor y del subescapular.

Esta lesión se debe al espasmo del deltoides posterior, a la hipotonía del deltoides anterior y del coracobraquial que no centran la cabeza del húmero en el seno de la cavidad glenoidea del omóplato.

La pérdida de la rotación externa automática durante la abducción aumenta el roce y la inflamación del tendón del supraespinoso o de la bolsa serosa subacromio-deltoides.

Esta disfunción se asocia a la SUPERIORIDAD humeral (tendinitis del supraespinoso) o a la inferioridad (tendinitis de la porción larga del bíceps): en este caso, favorece la luxación interna de la porción larga del bíceps fuera de la corredera bicipital.



SÍNTOMAS:

Dolor de la parte anterior del hombro.

Arco doloroso en abducción 90°.

Dolor en antepulsión entre 60º y 90º, al movimiento mano-cabeza (tensión de los ligamentos coracohumeral y glenohumerales anteriores).

Restricción de retroposición del muñón del hombro.

DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCIÓN DE ANTERIORIDAD GLENOHUMERAL

INSPECCIÓN:

- Posición anterior del hombro.
- Desequilibrio postural (cifosis, escapulum posterior).
- Palpación:
 - Cabeza humeral anterior.
 - Dolor a la palpación de la corredera bicipital y del troquíter.

TEST DE MOVILIDAD DE ANTERIORIDAD Y POSTERIORIDAD

INDICACIONES

Evalúa la capacidad de deslizamiento anteroposterior de la cabeza humeral con respecto a la glenoides.

PACIENTE

Sentado en la camilla.

OSTEÓPATA

Detrás del paciente.

ACCIÓN

El osteópata con la mano interna fija omóplato y clavícula, mientras que con la mano externa, realiza un deslizamiento anteroposterior de la cabeza humeral. El rechazo al deslizamiento anteroposterior nos dará positivo (lesión de anterioridad) y la falta de rebote posteroanterior igualmente nos dará positivo el test, siendo en este caso para lesión de posterioridad. Hay que comprobar bilateralmente los dos hombros. Dicho test se puede realizar bilateralmente como se muestra en la fotografía.



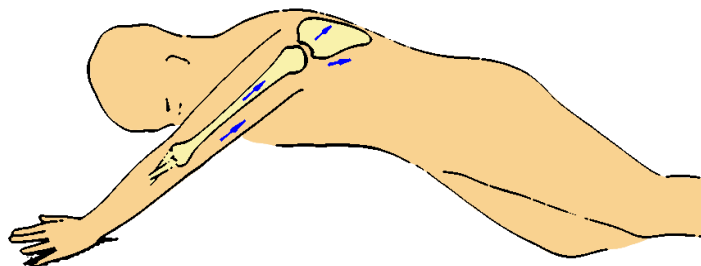
TEST MUSCULAR:

Hipotonía del deltoides anterior, del coracobraquial o del dorsal ancho. En caso de tendinitis del bíceps, el test de GILCHRIST será positivo. En caso de tendinitis del supraespinoso, los tests de JOBE y HAWKINS serán positivos. Se asocia al síndrome de hiperabducción de WRIGHT.

DISFUNCIÓN EN SUPERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

ETIOLOGÍA:

Caída sobre la mano o el codo.
Espasmos de los músculos del hombro (deltoides).
Rotura del manguito de los rotadores.

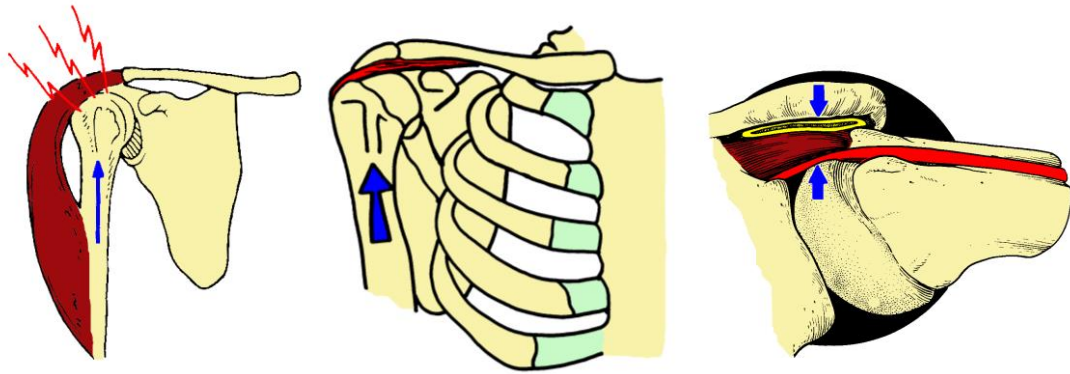


MECANISMO:

Se produce un ASCENSO de la cabeza humeral con respecto a la glena del omóplato.

Hay sufrimiento del tendón del supraespinoso, de la bolsa serosa subacromiodeltoidea y del borde superior del rodete glenoideo.

A menudo se asocia con la anterioridad humeral.



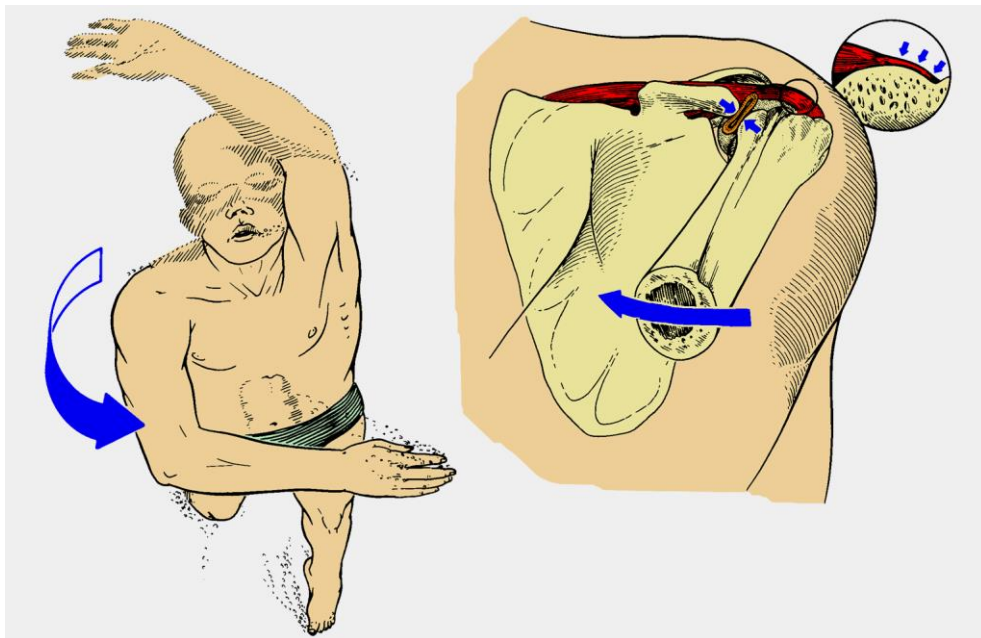
SÍNTOMAS:

Arco doloroso en abducción entre 80 y 100° por el roce sobre el tendón del supraespinoso, de la bolsa serosa.

Dolor de la parte externa del hombro.

Dolor al movimiento mano-cabeza (abducción-rotación externa).

Chasquido articular posible en abducción por el rodete glenoideo.



DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCIÓN EN SUPERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

INSPECCIÓN:

Hombro más alto (espasmo sinérgico del trapecio superior).

PALPACIÓN:

Ascenso de la cabeza humeral.

Disminución del espacio entre acromion y húmero.

Dolor a la palpación del troquíter donde se inserta el supraespinoso.

TEST DE MOVILIDAD:

Indicaciones:

Evalúa la capacidad de deslizamiento craneocaudal de la cabeza humeral con respecto a la glenoides.

Paciente:

Sentado en la camilla.

Osteópata:

Detrás del paciente.

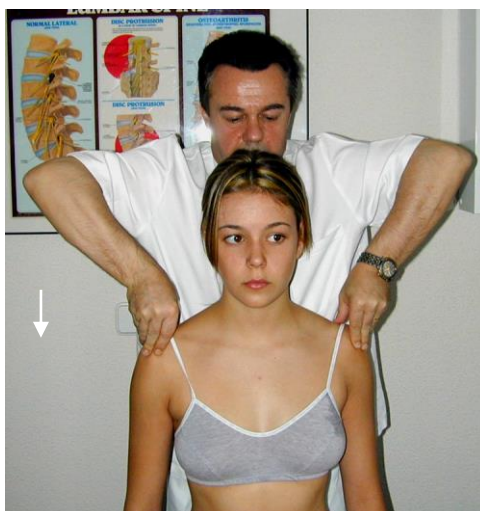
Acción:

El osteópata con la mano interna fija omóplato y clavícula, mientras que con la mano externa desde el borde superior del troquíter, realiza un deslizamiento craneocaudal de la cabeza humeral.

La restricción de deslizamiento caudal, determina una lesión de superioridad, mientras que el rechazo del rebote hacia craneal, determina una lesión de inferioridad de la cabeza del húmero.

Hay que comprobar bilateralmente los dos hombros.

Dicho test se puede realizar bilateralmente como se muestra en la fotografía Rechazo de desimbricación, de descenso de la cabeza humeral.



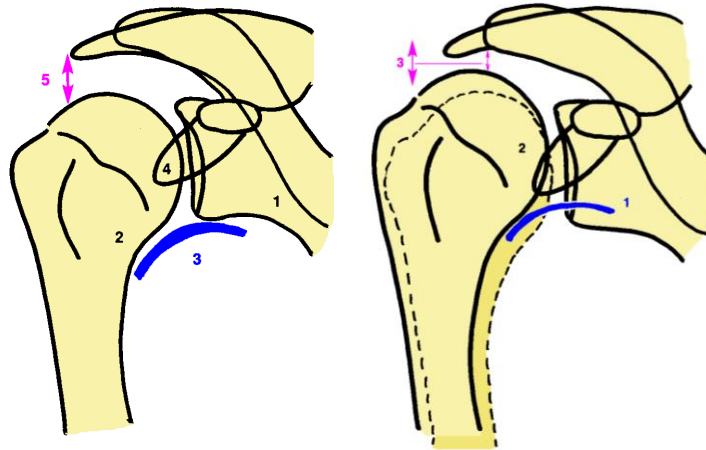
TEST MUSCULAR:

Dolores del deltoides medio y supraespinoso.

RADIOLOGÍA:

Espacio subacromiodeltoideo inferior a 7 mm.

Rotura de la línea omohumeral.

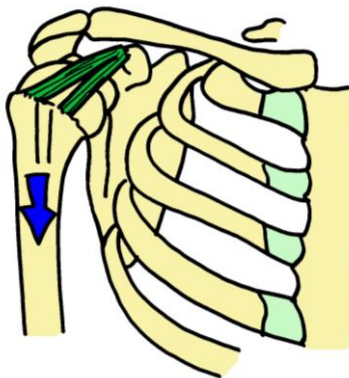


Rotura de la línea omohumeral. Superioridad glenohumeral.

DISFUNCIÓN EN INFERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

MECANISMO:

Tracción violenta sobre el miembro superior, coger peso importante con una mano.



FISIOPATOLOGÍA:

Se produce un DESCENSO de la cabeza humeral en relación con la glena del omóplato.

El dolor se debe a la puesta en tensión del ligamento coracohumeral, de la porción larga del bíceps y al sufrimiento de la parte inferior del rodete glenoideo.

Se asocia a menudo a la anterioridad humeral.

SÍNTOMAS:

- Dolor de la parte anterior del hombro en los movimientos de ABDUCCIÓN o ANTEPULSIÓN entre 0 y 90º: el movimiento mano-cabeza es doloroso.
- Se puede producir un chasquido articular por el rodete durante estos movimientos.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN EN INFERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

INSPECCIÓN:

- Hombro más bajo,
- Restricción de elevación del muñón del hombro.

PALPACIÓN:

- Cabeza humeral más baja (aumento de tamaño del desfiladero subacromiodeltoideo)
- Dolor en la palpación de la corredera bicipital.

TEST DE MOVILIDAD:

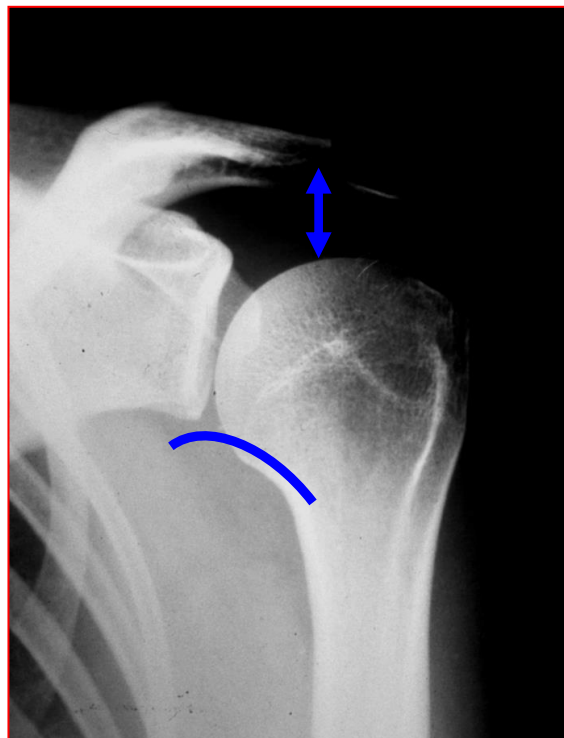
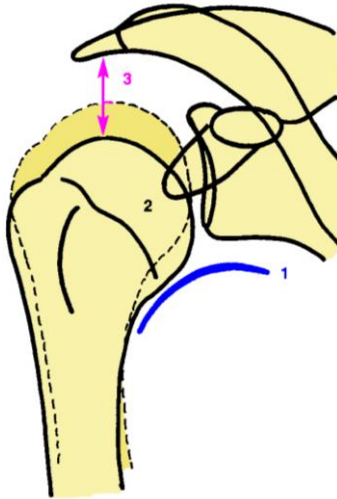
- Rechazo de imbricación. (Ver superioridad).

TESTING MUSCULAR:

Debilidad supraespinoso, deltoides, coracobraquial, pectoral mayor.

RADIOLOGÍA:

Aumento de talla del espacio subacromiodeltoideo (superior a 11 mm), rotura de la línea omohumeral.



Inferioridad de la glenohumeral. En la radiografía se observa una rotura de la línea omohumeral y un aumento del espacio subacromiodeltoideo.

DISFUNCIÓN EN POSTERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

ETIOLOGÍA:

Traumatismo directo, trastornos posturales de tipo de inversión de curva.



MECANISMO:

La cabeza humeral es POSTERIOR con respecto a la glena del omóplato.

Se debe a la hipertonía del deltoides anterior y a la hipotonía del deltoides posterior y del pectoral mayor.

Es la lesión glenohumeral menos frecuente por la presencia de la espina del omóplato.

Hay tensión de la parte posterior de la cápsula y del ligamento coracohumeral.

Se asocia a una rotación externa del hombro.

SÍNTOMAS:

Dolor de la parte posterior del muñón del hombro.

Dolor en la retropulsión y al movimiento mano-espalda.

Restricción de la anteposición del muñón del hombro.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN EN POSTERIORIDAD DE LA CABEZA HUMERAL

INSPECCIÓN:

Posible inversión de curva torácica.

PALPACIÓN:

- Hombro más posterior.
- Dolor de la parte posterior del hombro.

TEST DE MOVILIDAD:

Rechazo de deslizamiento anterior de la cabeza humeral (ver anterioridad).

TESTING MUSCULAR:

Debilidad del deltoides posterior y del pectoral mayor.

LIBRO DE REFERENCIA:

- François Ricard, Jean-Luc Sallé. Tratado de osteopatía. 3ª ed., Panamericana; 2003
- François Ricard. Medicina osteopática y miembro superior, cintura escapular y hombro. Ed. Escuela de Osteopatía de Madrid, 2011.

