

Dolor selectivo del hombro y dolor en el hombro por irradiación

Relativamente frecuente es que después de un accidente de tráfico junto al dolor cervical el paciente a acuse también dolor en el hombro. La causa de tal dolor bien puede ser por irradiación a partir del daño en el cuello o, por el contrario, por lesión propia a este nivel (dolor selectivo de hombro). Por ello, conviene insistir, no hay que confundir o asimilar tal dolor de hombro con un dolor cervical irradiado a ese nivel.

En la práctica pueden darse tres situaciones: a) dolor irradiado al hombro por lesión cervical; b) dolor en el hombro por lesión focalizada “in situ” (producida por el accidente o, siendo previa, agravada por el mismo); c) que coexistan las descritas anteriormente.

El hombro es una articulación muy compleja. Puede sufrir lesiones de partes blandas con frecuencia, lesiones esqueléticas y una combinación de las dos anteriores. Lleva esto al diagnóstico diferencial entre distintas entidades patológicas, como lesiones del manguito de los rotadores; bursitis subacromial; tendinitis, roturas bicipitales; trastornos escapulohumerales; capsulitis adhesiva; artrosis; osteonecrosis... Las exploraciones de imagen (RX, Ecografía, TAC, Resonancia Magnética, Gamma Grafía ósea) ofrecen una resolución distinta según el tipo de patología.

En determinados impactos, especialmente en el frontal, también en otros, la fuerza del choque se canaliza desde la parte delantera del vehículo, imprimiendo una cinemática típica A/D en el cuello (aceleración / deceleración) y, además, pudiendo recorrer el brazo hasta llegar la articulación del hombro, que absorbe el choque y las consecuencias del golpe.

Las lesiones específicas del hombro muchas veces se confunden con lesiones cervicales, y más aún cuando hay motivos para pensar en una afectación cervical, o coexistiendo tal afectación. La inervación de la columna cervical y la del hombro están muy vinculadas, lo que explica que se entremezclen las sintomatologías. “Ante este difícil dilema, la única posibilidad es apoyarnos en las técnicas de imagen: resonancia.” (Ref. P. GARCIA GONZÁLEZ, Jornadas de Valoración Daño Corporal, Fundación MAPFRE, Madrid, 04 y 05 / 2016).

No obstante, dentro de la resonancia hay que hacer distinciones dada la capacidad diagnóstica según la técnica utilizada. Entre las lesiones propiamente localizadas en el hombro, se encuentran las que afectan al rodete glenoideo, *labrum*, que tantas veces sólo se definen por dolor, sin restricción de movimientos o siendo tal restricción escasa y muy selectiva.

En su diagnóstico, además del examen clínica, determinadas exploraciones pueden ser de utilidad. En los desgarros del *labrum* glenoideo la ArtroRM (artroresonancia directa con inyección articular e inyección de contraste) puede resultar muy esclarecedora. Con la resonancia estándar (convencional, sin contraste) pueden verse roturas del rodete y *labrum*, aunque otras veces no es capaz de llegar a su apreciación, esto es, también insistiendo, que la Resonancia magnética (RM) de uso más habitual es incapaz de poner de manifiesto la lesión.

Además de la ArtroRM directa (inyección de contraste intrarticular) existe la técnica de ArtroRM indirecta, en la cual el contraste se administra vía endovenosa; sin embargo rendimiento diagnóstico no es tan bueno, ya que la distensión articular que se consigue es menor que con la ArtroRM directa.

El error diagnóstico.- Sucede a veces que estos lesionados, una vez dados de alta por los servicios médicos que actuaron por encargo de la compañía aseguradora, necesitan posteriormente una cirugía reparadora. Es por ello que las manifestaciones de dolor a nivel del hombro precisan un seguimiento competente.

Es el caso de este paciente. Después de un aparatoso accidente de tráfico (Diagnóstico Hospitalario: SCALP occipital. Fractura de cuatro arcos costales izquierdos - 6º, 7º, 8º y 9º, extremo anterior- Otros diagnósticos: “Episodio de vértigo periférico; parálisis facial periférica derecha”) acusa entre otras manifestaciones dolor hombro derecho. La atención médica prestada a través de la entidad aseguradora responsable le decía constantemente al lesionado que su dolor de hombro era de origen cervical, a pesar de la insistencia del paciente. En ningún momento le realizan una prueba de imagen de dicha región anatómica (ni una radiografía simple de la zona). Le dan de alta. Al cabo de tres meses, dada la persistencia de la sintomatología, realiza RM estándar Hombro derecho sin apenas cambios significativos; a los 15 días se solicita una Arthro RM hombro, con inyección intrarticular, que aprecia “perforación rodete glenoideo”; el traumatólogo especialista concluye con: “inestabilidad hombro derecho”; “está indicado tratamiento quirúrgico por artroscopia”. Este paciente como dada la persistencia de sus síntomas, realizó finalmente un Arthro Resonancia del hombro derecho con más resolución diagnóstica que la Resonancia estandar y así se pudo demostrar objetivamente la lesión.

Tampoco hay que olvidar la incertidumbre en que vive el lesionado por la falta de concreción diagnóstica, mas aun cuando las explicaciones del facultativo resultan poco convincentes ante un dolor que persiste o incluso se agrava y empeora con el transcurso del tiempo o que en el mejor de los casos cede con una medicación que solo tiene un efecto pasajero, enmascarando los síntomas de un daño real y que por tanto a medio plazo es perjudicial para el paciente.

Es importante que la sintomatología del paciente quede bien reflejada en su historial, lo que realmente indica el lesionado, y que lo que le sucede no sea desvirtuado por otros, quien quiera que sea. Si por el motivo que fuese el paciente observar que el facultativo hace caso omiso a sus manifestaciones se lo puede comunicar por un medio escrito y dejando constancia del mismo. Todo ello con fin de lograr la mayor transparencia en este tipo de procesos. Y así se evitan situaciones como que “es que el lesionado nunca dijo que le dolía...”.

Tampoco puede eludirse la realidad del paciente guareciéndose en el manido e inconsistente argumento de que la “clínica no lo justifica”, cobrando mayor ligereza cuando el lesionado muestra persistencia en sus manifestaciones a raíz de los hechos del tráfico en cuestión. Por el contrario, se puede afirmar con rotundidad que “la clínica del paciente SI lo justifica” cuando se explora con un poco de detenimiento y se comprueba que un dolor selectivo a ese nivel. Pero aún así la clínica, junto a una exploración inmediata *correcta*, con aportaciones sustantivas (no siempre posible) en cualquier caso está sujeta a grandes lagunas. En todo caso, si hay dudas, hay que aclararlas poniendo a disposición del paciente los medios de diagnóstico pertinentes.

No se escatimaran pruebas diagnósticas en el diagnóstico de los enfermos, principio que parece que no quieren entender las compañías de seguros que encargan la asistencia de los lesionados de tráfico a “centros médicos” baratos, trayendo consigo una prestación de servicios de muy mala calidad con el consiguiente riesgo o daño real para el paciente.

© M.R. Jouvencel