

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

BURSITIS DE HOMBRO. TRATAMIENTO CON BLOQUEO ESTEROIDEO

Dr. Luis Orlando Sánchez Bosch

Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

RESUMEN

Se realiza un estudio en 60 pacientes para evaluar la eficacia del bloqueo con anestesia y esteroide en bursitis de hombro que acuden a la Clínica de Alivio del Dolor del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", en el período 2009 – 2010. La muestra fue dividida en 2 grupos: A y B. A ambos grupos se le realizan cinco sesiones con intervalo de 3 días. La analgesia se evalúa después del primer tratamiento, a los 3, 7 y 14 días y se refleja mediante tablas. La calidad de analgesia fue superior en el grupo A con respecto al B encontrándose diferencias entre ambos. El 60 % de los pacientes del grupo A lograron alivio en la tercera sesión y el 25 y 10 % entre la cuarta y quinta sesión, respectivamente. El 5 % no logra alivio. Este método es eficaz en el alivio de bursitis de hombro no calcificada.

Palabras clave: bursa, bursitis, tendinitis, bloqueo esteroideo.

INTRODUCCIÓN

La articulación del hombro debe su estabilidad a los músculos del manguito rotador, que son cuatro pequeños músculos ubicados alrededor de esta articulación y que ayudan al movimiento, pero sus tendones estabilizan la cabeza del húmero dentro de la cápsula articular. El tendón de uno de estos músculos, el supraespinoso, comúnmente choca contra el acromion, ya que discurre entre el acromion y la cabeza

humeral. El músculo supraespinoso ayuda a abducir el brazo. Cualquier fricción entre el tendón y el acromion normalmente es reducido por la bursa subacromial situada entre el tendón supraespinoso y el acromion.

En ocasiones con el uso y desgaste, la tendinitis del supraespinoso se asocia con inflamación de la bursa subacromial, dando lugar a una bursitis. Incluso puede haber una rotura parcial y a veces completa del tendón. El cuadro clínico que caracteriza estas lesiones se incluye dentro de lo que se llama síndrome de pinzamiento subacromial (*impingement* en inglés).

La creencia común es que la compresión del tendón del supraespinoso provoca tendinitis del supraespinoso (inflamación del supraespinoso/tendón del manguito rotador y/o los tejidos blandos peritendinosos contiguos), que es una etapa conocida del síndrome de pinzamiento del hombro, descrito originalmente por Neer en 1972. Los procesos que caracterizan un síndrome de pinzamiento subacromial afectan generalmente otras estructuras, además del tendón del supraespinoso.

MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo comparativo en 60 pacientes que acuden a la Clínica de Alivio del Dolor en el Hospital General Docente "Dr Agostinho Neto", en el período 2009 - 2010, con diagnóstico de bursitis de hombro.

Se escoge una muestra al azar de 60 pacientes, de ellos, se asignan al grupo A, 45 pacientes, al que se le llamó grupo de estudio y fueron tratados solamente con bloqueo de la articulación humeral con la utilización de anestésicos locales del tipo (Bupivacaína) y antiinflamatorios esteroideos como (Betametazona). Dicho tratamiento se realiza en un ciclo de cinco sesiones cada uno con intervalo de descanso de tres días. A este grupo se le realiza una tarjeta terapéutica donde se marca con una cruz las sesiones del tratamiento.

Los otros 15 pacientes se destinan al grupo B (grupo control), que se trata igualmente con anestésicos locales del tipo (Bupivacaína) y antiinflamatorios como (Betametazona). A este grupo control se le confecciona, igualmente, una tarjeta donde se marca con una cruz la evolución que se presenta.

Las variables estudiadas en ambos grupo son: intensidad del dolor, capacidad funcional, efecto terapéutico de las drogas administradas e incidencia de enfermedades asociadas.

A cada grupo se le confecciona una planilla de recolección de datos. Ambos grupos son evaluados a los 3, 7 y 14 días.

Del estudio fueron excluidos los pacientes obesos, con hipersensibilidad a los anestésicos locales, psiquiátricos que no cooperan o con lesiones de piel en el área donde se realiza el tratamiento.

Después de la recepción de los pacientes y confección de la planilla de recolección de datos, se procede a la realización del tratamiento. Después de colocar al paciente cómodamente se descubre la zona a tratar, se realiza el lavado con agua y jabón.

Luego se infiltra con un anestésico local del tipo lidocaína o procaína al 0.2 % toda la piel y plano muscular superficial del área con una aguja de bisel corto y posteriormente se traza una línea sobre la espina de la escápula, desde el acromion al borde interno, a 1 cm. Por encima del centro de esta línea se encontrará el nervio supraescapular a su entrada en la fosa supraespinosa e infraespinosa y la inervación de la zona correspondiente, se introduce una aguja calibre 18 mm. con una jeringuilla cargada con Bupivacaína al 0.5 % (25 mg.) en una primera dosis y en una segunda Betametazona (4mg.).

Consideraciones bioéticas

Previo a la realización del tratamiento se explicó detalladamente al paciente todo lo referente al método a utilizar. Se recogió por escrito su consentimiento.

Evaluación de la eficacia

Esta fue evaluada mediante la escala análoga visual numérica (EAV), después del primer tratamiento, a los 3, 7 y 14 días. Se consideró:

Buena: Cuando los valores de la EAV se encontraban entre 0 y 3 puntos.

Regular: cuando los valores están entre 4 y 7 puntos.

Mala: cuando los valores están entre 8 y 10 puntos.

Otros parámetros a evaluar

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Antecedentes patológicos personales
- 4.- Necesidad de utilizar otros tratamientos

Procesamiento estadístico

La información recogida de la muestra fue plasmada en tablas procesadas mediante el sistema de cálculos estadísticos Microstat. Confeccionadas mediante la distribución de frecuencia de dicho sistema. Además se empleó el método de Chi Square para la distribución y

análisis de los resultados, mediante la técnica estadística de Kolmogorov–Smirnov.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 encontramos que la edad que predomina en el grupo A es la estuvo entre 45 y 54 años de edad, mientras que en el grupo B es la de mayores de 55 años.

La mayor incidencia de bursitis de hombro aparece a partir de la tercera edad de la vida según plantea Lipman, debido al desgaste fisiológico de las estructuras articulares y circundantes a estas, producidas ya sea por la ocupación que presenta o el que realizó durante su vida laboral o simplemente por el envejecimiento normal de este, corroborando nuestros resultados puesto que nuestro sistema socialista garantiza la actividad laboral de nuestra población estimulando a plenitud su desarrollo económico y social.

En la Tabla 2 encontramos que el sexo femenino predominó tanto en el grupo A como en el B con el 57.8 y 80 %, respectivamente.

La mayor frecuencia en el sexo femenino está relacionada con la actividad que realizan puesto que desempeñan trabajos como son la peluquería, costuras, estomatología y además trabajos de oficina entre otros, puesto que a diferencia de otras sociedades, la nuestra presenta una representación laboral significativa por el sexo femenino y si, además a esto, le sumamos que al retornar a sus hogares tienen pendiente las actividades normales de mantención de sus hogares y el cuidado de su familia.

Al valorar la Tabla 3 que demuestra el predominio de la raza blanca afectada sobre la negra, demostrándonos de esta forma el predominio constitucional de la raza negra reflejado en la disminución del desgaste articular de estos pacientes.

En la Tabla 4 se aprecia que el mayor número de pacientes presentó asma bronquial precedidos por diabetes mellitas, observado en ambos grupos.

Al asociar esteroides como tratamiento en el caso de pacientes asmáticos está establecido que estos condicionan un estado de inmunosupresión el que directamente influye en el deterioro de todo el organismo y en este caso específico en el desgaste mayor de la articulación del hombro dando lugar a la aparición de la bursitis y de otras entidades no solo del sistema osteomioarticular sino de otros

sistemas del organismo. La diabetes mellitus como se conoce es una enfermedad endocrino metabólica la cual degenera de manera progresiva todo el organismo y el sistema osteomioarticular no está exento de esta afección la cual se encuentra afectada también.

En la Tabla 5 se relaciona la calidad de la analgesia con respecto al tratamiento realizado en los diferentes períodos planteados, encontrando que el grupo A fue buena después del primer tratamiento sólo en un paciente, la mayor analgesia se obtuvo en este grupo de estudio a los siete días de tratamiento en 27 pacientes (60 %), en el grupo B fue regular después del tercer tratamiento en 4 pacientes (25 %), observándose los mejores resultados después de las dos semanas de tratamiento al igual que el grupo A. Nuestros resultados coinciden con los de Runeson, el cual compara la profundidad y duración de la analgesia producida por el bloqueo con anestésicos locales y esteroides, obteniendo mejores resultados en los pacientes del grupo A que en los del grupo B, utilizándose el mismo tratamiento para ambos.

En la literatura revisada sólo se menciona la utilidad de este método en las enfermedades tratadas en nuestro estudio, sin hacer mención al número de sesiones recibidas. La aparición de complicaciones en nuestro estudio al compararlo con el de otros autores revisados es similar coincidiendo que estas son mínimas o prácticamente nulas lo que nos aporta el dato importante y satisfactorio de la inocuidad del tratamiento y más aun de la eficacia del mismo.

CONCLUSIONES

- El bloqueo con anestésicos locales y esteroides es eficaz en el tratamiento de la bursitis de hombro no calcificada, no así en la calcificada.
- Esta enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en mujeres de raza blanca y mayores de 45 años.
- Su aparición tiene relación con los antecedentes patológicos personales de cada paciente.
- Al utilizar esteroides con menor número de sesiones se logra una buena calidad de la analgesia en un número mayor de pacientes.
- El número de de complicaciones atribuibles al método fue mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABC of reumatology. 2 ed. USA: Med Test Books; 2007.
2. Allen BN. Ruptured flexor tendón tenorrhaphies in zone II. Repair and rehabilitation. J Hand Surg. 2006; 12 (1) : 18-21.
3. Álvarez Cambras R. Tratado de C. Ortopédica y Traumatología. t.II . La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 2010.
4. Boyes JH, Stark HH. Flexor tendón grafts in finger and thumb. A study of factors influencing. Results in 1000 cases. J Bone Joint Surg. 2006; 53 A (7): 1332-42.
5. Bursitis [Internet]. New York: Campbell Willis C. Cirugía Ortopédica. T.3. 10ed. Chicago; 2008.p.3432-3460.
6. Chow SP. Splint for contralled active motion alter flexor tendon rapier. J Hand Surg. 2006;15 (4): 6645-51.
7. Pérez Rivera OM. epicondilitis (codo de tenista). Rev Mexicana. 2009; 25 (3): 27-76.
8. Gangrena LP. Lontoforesis in pain control Paint Control Digest.1993; 162 : 174.
9. Pérez Reyes R. Injerto tendinoso. Rev Reumatología. 2007; 10: 197.
10. Kleinert HE, Spokevicius S, Papas NH. History of flexor tendon. J Hand Surg. 2007; 20 A (3) : 546-52.
11. Salle WB La, Strickland JW. An evaluation of digital performance following two stage flexor tendon reconstruction. J Hand Surg. 2009; 8 A (2) : 263-9.
12. Macias Cerdeño F, Macias Cerdeño C, Castillo C. Uso de antiinflamatorio no esteroideo por vía oral y por bloqueo. Medidna Quito. 1998; 4 (1) : 32-4.
13. Cord JM. Defence against free radicals has therapeutic implicaciones. JAMA. 2006; 251 : 2187-8.
14. Orza F, Boswuel MN, Rosember SK. Neuropatic Pain. Lontoforesis. Neur Rehabilitation. 2007; 14 (1) : 15-23.

15. Pulvertaft RG. Tendon grafos for flexor tendon injuries in the finger and the thumb. J Bone Joint Surg. 2006; 38 B (1) : 175-94.
16. Reig E, Poso. Tratamiento del dolor con bloqueo. Rev Soc Esp Dolor. 1994; 1 : 56-68.
17. Strickland JW, Glogovac SV. Digital function following flexor tendon repair in zone II. A comparison of immobilitation and controlle passive motion techniques. J Hand Surg. 2007; 6 A (3): 537-41.
18. Werntz JR. A new dynamic splint for postoperative treatment of flexor tendon injuries. J Hand Surg. 2006; 14 (3) : 559-66.

Tabla 1. Edad.

GRUPO ETARIO	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
45 - 54	31	68.9	6	40.0
> de 55	14	31.1	9	60.0
<i>TOTAL</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Fuente: Planillas de recolección de datos.

Tabla 2. Sexo.

SEXO	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Masculino	19	42.2	3	20.0
Femenino	26	57.8	12	80.0
<i>TOTAL</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Fuente: Planillas de recolección de datos.

Tabla 3. Raza.

RAZA	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Blanca	31	68.9	10	66.7
Negra	14	31.1	5	33.3
<i>TOTAL</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Fuente: Planillas de recolección de datos.

Tabla 4. Enfermedades asociadas.

ENFERMEDADES ASOCIADAS	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Asma bronquial	15	33.3	4	26.7
Hipertensión arterial	4	8.9	3	20.0
Cardiopatía isquémica	3	6.7	2	13.3
Diabetes mellitus	16	35.6	5	33.3
Sin antecedentes	7	15.5	1	6.7
<i>TOTAL</i>	<i>45</i>	<i>100</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Fuente: Planillas de recolección de datos.

Tabla 5. Calidad de la analgesia.

CALIDAD DE LA ANALGESIA	PERÍODO EVALUADO	BUENA		REGULAR		MALA	
		No.	%	No.	%	No.	%
Grupo A	Tto. Inicial	1	0.45	1	0.45	1	0.45
	3 días	3	6.6	1	0.45	2	4.4
	7 días	27	60.0	-	-	-	-
	14 días	11	25.0	-	-	-	-
Grupo B	Tto. Inicial	-	-	-	-	15	100
	3 días	-	-	-	-	15	100
	7 días	3	15.0	4	25.0	11	73.0
	14 días	6	40.0	-	-	9	60.0

Fuente: Planillas de recolección de datos.