

# HEMARTROS DE HOMBRO

## Diagnóstico diferencial

Rosa Mª Jimeno Bernad

Mª Teresa Lidón Medina

H.U. Doctor Peset

VI Jornadas de Residentes Comunidad Valenciana  
Febrero 2013

### Exploración física

#### Hombro izquierdo:

- Globuloso con signo de la oleada.
- Sin signos inflamatorios locales.
- Dolor a nivel cabeza humeral, espacio subacromial y región corredera bicipital.
- Hematoma en región postero-lateral del brazo.

Deambula sin ayudas con disminución del braceo  
Bilateral.

### CASO CLÍNICO

#### Motivo de consulta:

- Varón de 71 años que acude a Urgencias por omalgia izquierda de un año de evolución.
- Traumatismo en brazo izquierdo la semana anterior.

#### Antecedentes personales:

- Alérgico a las sulfamidas.
- Cirrosis hepática. Hepatitis crónica VHB.
- Hemorragia cerebral hace 10 años con leve hemiparesia residual derecha que no afecta a las ABVD.
- IQs: Hernia inguinal izquierda e hipertrofia benigna de próstata.

#### Balance articular

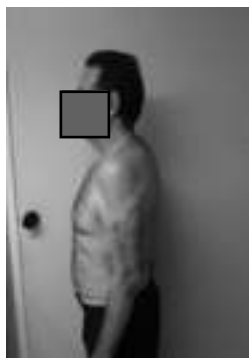
- Flexión ant. activa: 50°. Pasiva: 110° y dolorosa.
- Abducción: Activa: 55°. Pasiva: 120°. Dolorosa: 45°.
- Retropulsión: 60°.
- Rotación interna: A glúteo.
- Rotación externa: 45°

#### Balance muscular

- Deltoides: 4-/5
- Supraespinoso: 4+/5
- Rotadores internos: 4+/5
- Rotadores externos: 4-/5
- Tríceps: 4-/5
- Bíceps: 4-/5
- Resto m. antebrazo y mano: 4+/5

### Exploraciones complementarias

- Rx AP y transtorácica de hombro izquierdo.
- Análisis sanguíneo: BQ, HG, coagulación, PCR. Sin alteraciones. No hiperuricemia.
- Artrocentesis: 32 cc de hemartros (rojo vinoso). Cultivos aerobios y anaerobios negativos.



## Características del líquido articular

- pH: 8.
- Glucosa: 69 mg/dl.
- Proteínas: 5,8 g/dl.
- Hematíes:  $3,9 \times 10^6$  e/l.
- Leucocitos:  $3,5 \times 10^6$  e/l.
- Linfocitos + mononucleares: 54%
- Neutrófilos + eosinófilos: 46%

	NORMAL	MECÁNICO	INFLAMATORIO	SÉPTICO
TRANSPARENCIA	Claro	Claro	Turbio amarillento	Turbio purulento
VISCOSIDAD	Alta	Alta	Baja	Baja
CELULARIDAD	<50	<2000	2000-5000	>50.000
PROTEÍNAS	<33 g/dl	<33 g/dl	>25 g/dl	>3 g/dl
GLUCOSA	Similar a plasma	Similar a plasma	Normal o disminuida	Muy disminuida



## ¿Qué le pasa a nuestro paciente?



## HOMBRO DOLOROSO

- El dolor de hombro es una queja común
- Causas:
  - Intrínsecas: Lesiones y/o inflamación aguda o crónica de la articulación del hombro, los tendones, los ligamentos circundantes, o estructuras periarticulares.
  - Extrínsecas: Dolor referido.

## Diagnóstico diferencial

- **Causas periarticulares:** las más frecuentes

- Síndrome subacromial: Primario o secundario
- Tendinitis calcificante
- Rotura del manguito de los rotadores
- Lesiones del tendón largo del bíceps
- Bursitis subacromioeltoidea

- **Causas articulares:** poco frecuentes < 5%

- Capsulitis retráctil o adhesiva
- Artritis inflamatoria
- Artritis séptica
- Artritis microcristalina: Gota, Pirofosfato calcico dihidrato, Hidroxiapatita (fosfato calcico básico)- S. de Milwaukee
- Artritis acromioclavicular
- Osteoartritis
- Artropatía del manguito rotador
- Inestabilidad glenohumeral



- **Causas óseas:**

- Enfermedad de Paget
- Neoplasias: mieloma, metástasis
- Osteomielitis
- Traumatismos
- Necrosis ósea avascular

- **Otras:** Sinovitis vellosnodular pigmentada



### Rotura del manguito de los rotadores:

- **Causa:** Degeneración secundaria a la edad. Traumatismos. Uso repetido o excesivo.
- **Manifestaciones:** Dolor de predominio nocturno. Debilidad y limitación funcional. Puede ser asintomático.
- **Diagnóstico:**  
Rx: Elevación de la cabeza humeral con disminución del espacio subacromial.  
Ecografía: interrupción de los tendones del manguito rotador. Si es una lesión aguda puede apreciarse derrame articular acompañante.



### Necrosis avascular u osteonecrosis:

- **Causas:** Traumatológicas: Lesiones, fracturas o daños en los vasos sanguíneos. No traumatológicas: Uso prolongado de medicamentos (p. e. GCC) o consumo excesivo o prolongado de alcohol.
- **Manifestaciones:** Leve dolor inicial que ha aumentado a medida que progresa el cuadro. Limitación de la movilidad.
- **Diagnóstico:** RMN.

Clasificación de Ficat y Arlet (Modificada)

	ESTADIO	LÍNEA ARTICULAR	CONTORNO CABEZA	TRABECULAS
SIMPLE	I	Normal	Normal	N u OP
	II	Normal	Normal	N u OP
COMPLICADA	III	Normal	Aplanamiento	Formac. Secuestro
	IV	Estrechamiento	Colapso	Destrucc. Polo superior



### Sinovitis vellosnodular pigmentada:

- **Causa:** Depósitos de hemosiderina intracelulares que condicionan hiperplasia sinovial organizada en villi y nódulos. Etiología desconocida. Posible origen inflamatorio o neoplásico benigno.
- **Manifestaciones:** Afecta al hombro en ancianos. Derrame articular y aumento de partes blandas. Líquido rojo-marrón, aumento leve proteínas, disminución glucosa y celularidad normal o elevada.
- **Diagnóstico:** A. P. que muestre proliferación vellosa sinovial y presencia de hemosiderina. **Eco:** Derrame articular loculado, masa de ecogenicidad heterogénea y engrosamiento sinovial marcado. **RM:** extensión enfermedad (erosiones, quistes bien delimitados, subcondrales y depósitos de hemosiderina y lípidos).



### Hombro de Milwaukee o Sd. hemorrágico senil:

- **Causa:** Acúmulo anormal de hidroxapatita en líquido sinovial de carácter crónico. Proceso destructivo asociado a rotura del manguito rotador. En mayores y, sobre todo, mujeres.
- **Manifestaciones:** Desde mínimo dolor a importante incapacidad funcional. Inestabilidad. Derrame articular hemorrágico, bajo nº de leucocitos mononucleares.
- **Diagnóstico:** Identificación de los cristales en líquido articular (agregados, no birrefringentes, Rojo S de alizarina con microscopio de luz polarizada).  
RX: Calcificaciones capsulares, cuerpos libres intraarticulares, destrucción ósea subcondral, formaciones quísticas.



### Artropatía gotosa

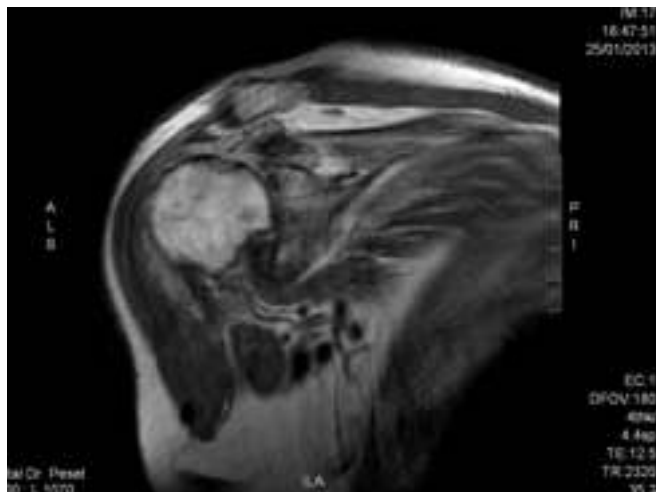
- **Causa:** Depósito de cristales urato monosódico intraarticular.
- **Manifestaciones:** Monoarticular. Puede ser poliarticular posteriormente. Raro en el hombro. Predilección por depósito de urato en articulaciones previamente dañadas.  
F. desencadenantes: traumatismos, ingesta de alcohol, excesos alimentarios, terapia hipouricémica...
- **Diagnóstico:** Identificación de cristales con forma de aguja con birrefringencia intensa.  
RX: Cambios quísticos, erosiones bien definidas de bordes escleróticos y masas en partes blandas (en gota tofácea crónica, no en aguda).

## Evolución:

- Mejoría del dolor. Discreta tumefacción del hombro izquierdo. Ausencia de hematoma.
- Mejoría de los parámetros de balance articular y mantenimiento del balance muscular.
- Nueva artrocentesis: 10 cc de líquido articular, objetivándose **crisales de urato monosódico**.

## TC y RMN:

- Artropatía en hombro izquierdo con erosiones y edema óseo.
- Depósito de hemosiderina en la sinovial por hemartros y/o sinovitis vellosinodular pigmentada.
- Signos de rotura crónica de los tendones del manguito con líquido en la bursa subacromiodeltoidea y osteonecrosis en cabeza humeral.
- No se identifican calcificaciones en la TC.



## Conclusión diagnóstica:

- Gota: Cristales de urato: Definitivo (publicados 3 casos de gota tofácea del manguito rotador). No antecedentes de gota ni hiperuricemia.
- Sinovitis vellosinodular pigmentada: Biopsia confirmatoria.
- Identificación cristales hidroxiapatia: Tinción especial.
- ¿Patología mixta?: Se han descrito casos de Sinovitis vellosinodular+ S. de Milwaukee y de SVN+Rotura masiva manguito.

## Bibliografía:

Anderson, B.C.; Anderson, R.J. (2012). UpToDate. En línea: La evaluación del paciente con quejas de hombro.

Hang-Korn, E. 2004. Calcium Pyrophosphate Dihydrate and Basic Calcium Phosphate Crystal-induced Arthropathies: Update on Pathogenesis, Clinical Features and Therapy *Current Rheumatology Reports*.

Harrison, T.R. 2009. *Principios de Medicina Interna*. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. ISBN: 978-970-10-6676-8. Págs. 2165-2168.

Álvarez, A.; García, Y. (2004). *Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech"*. En línea: 29/01/13. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol19\\_1\\_05/ort1105.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol19_1_05/ort1105.htm)

Wortmann, R. L.; William, N. K. 2005. *Gout and hyperuricemia*. Kelley's Textbook of Rheumatology Philadelphia. Ed. Elsevier Saunders. 7ª ed. Vol. II. ISBN: 0-7216-0141-3. Págs. 1402-1426.

Schröter, C. (2010). *SciELO*. En línea: 27/01/13. Revista chilena de Radiología. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071793082010000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071793082010000100007)

Pérez, M. A.; Echívarri, C. (2011). En línea: 28/01/13. Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación. Disponible en: <http://www.semef.ejercicios.org/webprescriptor/bases/basesCientificasRoturangoR.pdf>

Barr, K. P. 2004. *Rotator cuff disease*. En: Physical Medicine and Rehabilitation Clinic. Philadelphia. Elsevier Saunders. Vol. 5 (2): 475-492.

Wortmann, R. L.; William, N. K. 2005. *Gout and hyperuricemia*. Kelley's Textbook of Rheumatology. Philadelphia. Ed. Elsevier Saunders. 7ª ed. Vol. II. ISBN: 0-7216-0141-3. Págs. 1402-1426.



MUCHAS GRACIAS  
POR VUESTRA  
ATENCIÓN