

HOMBRO DOLOROSO EN EDAD AVANZADA: EL SÍNDROME DE MILWAUKEE

Sergio Quirante García, Milagros Piña Corral, Mario Guillermo Chicón Mesa
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

INTRODUCCIÓN

El síndrome de “Milwaukee shoulder”, es una artropatía destructiva del hombro que aparece en edad avanzada, asociada a depósitos de cristales de fosfato básico de calcio (BCP), con abundante derrame articular y rotura del manguito de los rotadores. Factores predisponentes pueden ser traumas violentos o microtraumas repetidos y subluxaciones recurrentes, un depósito simultáneo de cristales de pirofosfato deshidratado de calcio (CPPD), anomalías neurológicas (siringomielia, radiculopatías cervicales severas) o una insuficiencia renal que necesita tratamiento de hemo-diálisis a largo tiempo. En muchos casos, no es aún posible individualizar un factor causal.

OBJETIVOS

Ilustrar una entidad anatomo-clínica muchas veces desconocida

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 79 años, refiere dolor a nivel del hombro derecho de 7 años de evolución con empeoramiento de los síntomas en los últimos tres meses.

El examen objetivo evidencia tumefacción extendida de todo el hombro, hipotrofia del supraespinoso e infraespinoso, frecuentes difusiones equimóticas, higroma a nivel de la articulación acromioclavicular (signo de Geyser). Se observa reducción de la movilidad activa de la articulación, especialmente en la abducción, asociada a inestabilidad articular. El examen radiográfico evidencia ascenso de la cabeza humeral debido a rotura del manguito rotador, con esclerosis osea subcondral y reducción del espacio articular glenohumeral. Por sospecha del “Milwaukee shoulder syndrome” a la paciente se le realiza una ecografía en la que se puede apreciar derrame articular e hipertrofia de la membrana sinovial. El diagnóstico es confirmado tras el examen del líquido sinovial, que es hemorrágico y no inflamatorio; para individualizar los cristales de BCP ha sido utilizada la coloración con rojo de Alizarina. Se le hace artrocentesis e infiltraciones locales esteroideas con buenos resultados.

RESULTADOS

La paciente ha obtenido una recuperación funcional muy satisfactoria y, sobretodo, no refiere mas dolor.

CONCLUSIONES

El cuadro puede ser inicialmente controlado con la toma de analgésicos o de AINES. Sucesivamente se necesitará artrocentesis evacuadora y eventualmente infiltraciones de esteroides, su efecto es, sin embargo, muchas veces transitorio. El uso de irrigaciones intra-articulares con solución fisiológica parece dar respuestas clínicas más duraderas respecto a las simples artrocentesis. La progresión de la patología lleva a la impotencia funcional completa y en tal caso, el tratamiento quirúrgico es el único recomendado al menos para una recuperación funcional parcial.

