

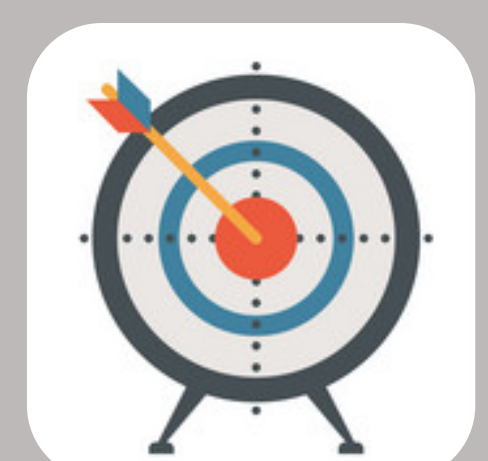
CAPSULITIS ADHESIVA BILATERAL en el ADULTO: caso clínico

Gumersindo Godoy FA¹, Lorenzo Machado R¹, Sierras Cristiá A¹

¹ MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)



La CAPSULITIS ADHESIVA es una **restricción** espontánea y progresiva de la **movilidad pasiva** glenohumeral (rotación externa), acompañada de **dolor** y **discapacidad**. Presenta una PREVALENCIA del **2-5%**, afectando a individuos entre **40 y 70 años**, más común en **mujeres**. Como FACTORES PREDISPONENTES notorios encontramos la **diabetes** y el **hipotiroidismo**. Existen múltiples teorías ETIOPATOGÉNICAS: la autoinmune, la variante de una distrofia simpática refleja o los cambios reparativos tras proceso inflamatorio. El DIAGNÓSTICO se realiza fundamentalmente con la **anamnesis y exploración**. La RM está indicada en casos de sospecha de causa intraarticular. En el TRATAMIENTO se incluye desde la **observación**, **infiltraciones** o **fisioterapia** hasta la **liberación capsular abierta o artroscópica**.



Destacar la importancia del DIAGNÓSTICO CLÍNICO, la HISTORIA NATURAL PROLONGADA y el papel del TRATAMIENTO REHABILITADOR en un caso infrecuente de **afectación simultánea de hombro congelado**.



Varón de 54 años, hipertenso y **diabético tipo 2**, con omalgia izquierda postraumática de 2 meses de evolución. En la exploración dolor deltoideo (EVA **8/10**), movilidad activa flexión (F) **80°**, abducción (ABD) **60°** y rotaciones (ROT) **10°**, movilidad pasiva con **patrón capsular, dinámica glenohumeral alterada**, maniobras especiales no valorables, neurovascular distal conservado, **Constant Score 31/100**. Rx normal (fig.1). RM con engrosamiento y edema capsular glenohumeral (Fig. 2 y 3). Diagnosticado clínicamente de capsulitis adhesiva derivamos a rehabilitación de forma preferente.



A los **2 meses**, se evidencia leve mejoría funcional. Inicia omalgia contralateral espontánea 1 mes antes, con patrón capsular y movilidad pasiva F **60°**, ABD **40°** y ROT **nulas**. **Constant 35/100**. Rx urgente normal. En RM engrosamiento de 9,6 mm en receso axilar y anterior capsular sugerentes de capsulitis adhesiva. Derivamos de nuevo urgente a rehabilitación.

A los **15 meses**, tras **infiltración cortico-anestésica** bilateral previa, presenta evolución favorable bilateral del dolor (EVA **3/10**), movilidad y funcionalidad (**Constant izquierdo 82/100**, **Constant derecho 75/100**).



Figura. 1. A. Radiografía simple de hombro izquierdo: sin alteraciones osteoarticulares. B. Radiografía simple de hombro derecho: se aprecia osteofitosis glenoidea inferior y, de forma indirecta, alteración del ritmo escapulo-humeral en la abducción.

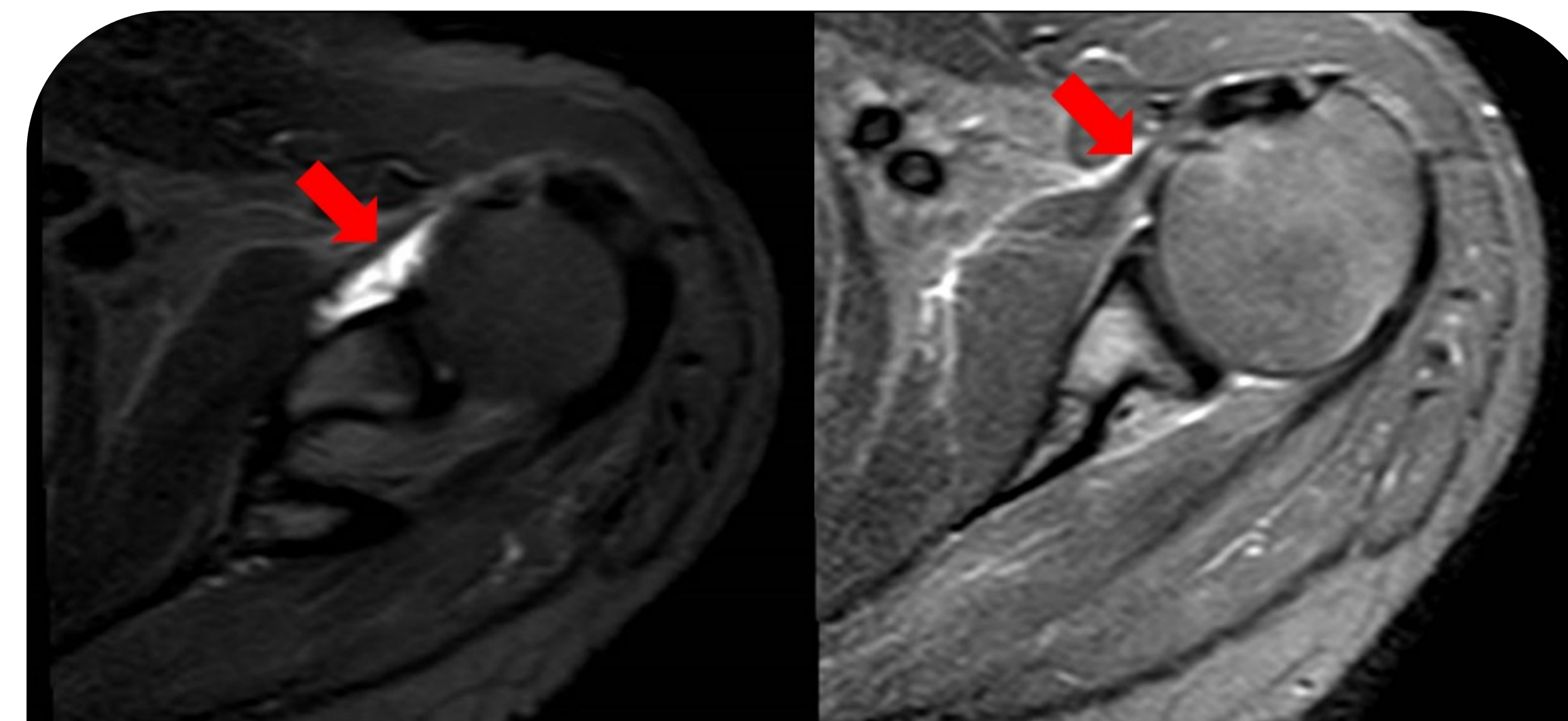


Figura. 2. Resonancia magnética de hombro izquierdo: las flechas indican engrosamiento y edema capsular glenohumeral anterior.

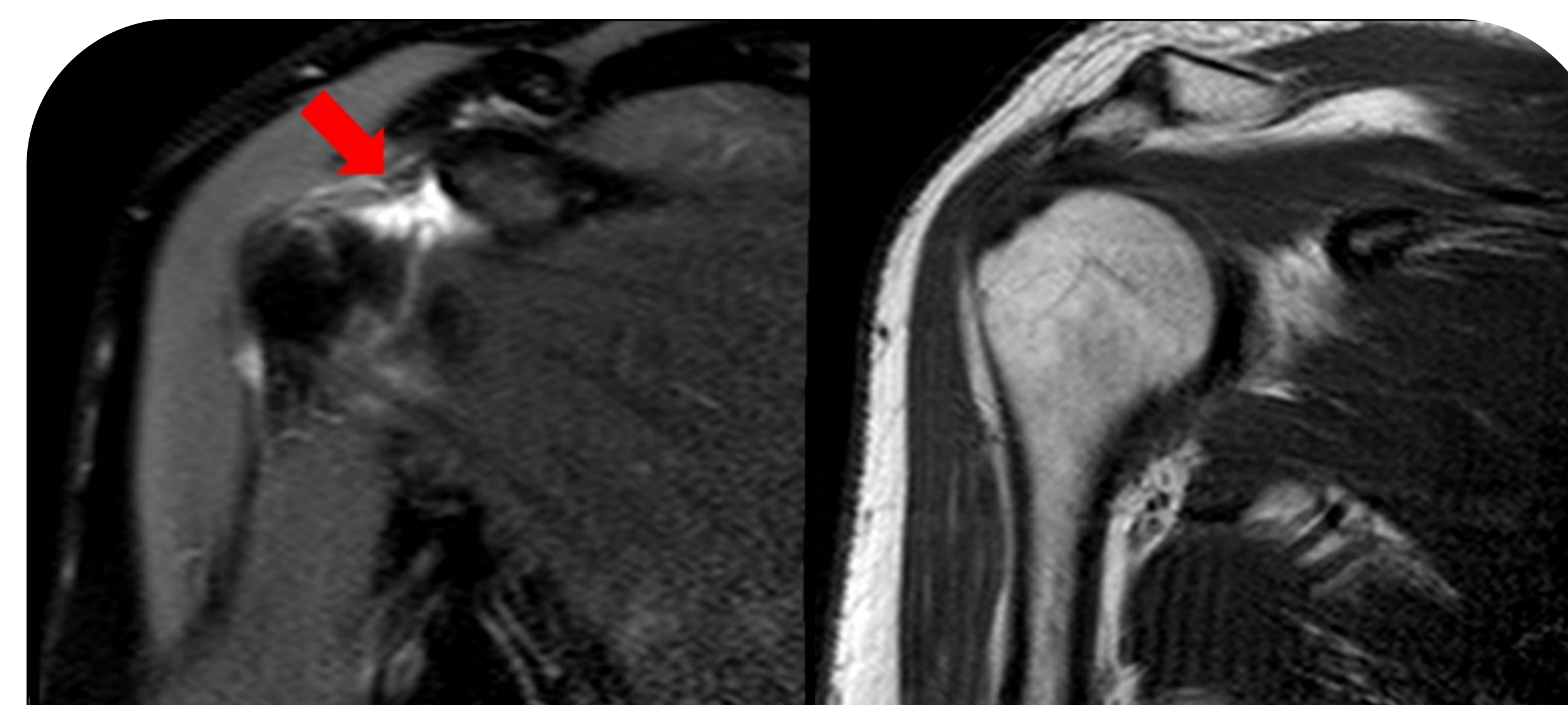


Figura. 3. Resonancia magnética hombro derecho: hiperintensidad sobre intervalo rotador a nivel del tendón de la porción larga del bíceps y unión labro-bicipital secundarios a inflamación. Engrosamiento en receso axilar y de cápsula articular.



Esta patología presenta una **historia natural promedio** de unos **24-30 meses**, pudiendo quedar rigidez residual. No es infrecuente la **afectación contralateral 6-7 meses después** de haber mejorado el hombro afecto, siendo **raro la aparición simultánea**. El tratamiento **conservador** es de **1ª línea**, aunque la movilización bajo anestesia y la **artrolysis artroscópica** en casos refractarios son considerados métodos seguros y efectivos.

