

HIDRODISTENSIÓN PERCUTÁNEA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EFECTIVA EN LA CAPSULITIS ADHESIVA REFRACTARIA

David Quintana Blanco, Gurutz Larrañaga Hernando, Fernando López Zarraga, Jone Sagasta Urrutia, Erika Santos Corraliza, Ainara Gamarra Cabrerizo

Hospital Universitario de Álava (HUA), Vitoria

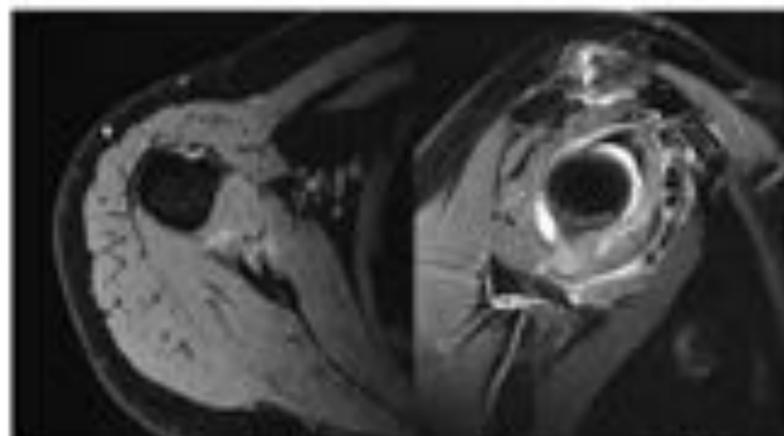
Introducción

La capsulitis adhesiva es un proceso muy limitante que típicamente presenta una gran limitación de la movilidad. Su curso clínico generalmente tiende a la resolución espontánea

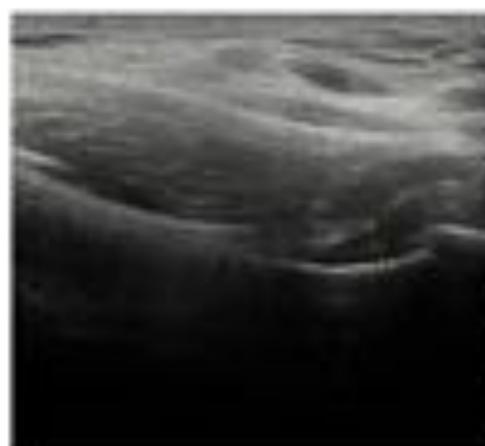
Cuando no se produce esta curación espontánea y/o los tratamientos rehabilitadores no consiguen la resolución del cuadro, puede plantearse el tratamiento percutáneo

Fases de la capsulitis adhesiva

- 1) **Congelamiento:** Aumento progresivo del dolor y la restricción de la movilidad (3-9 meses)
- 2) **Hombro congelado:** El dolor disminuye, pero la rigidez aumenta (4-12 meses)
- 3) **Descongelación:** Recuperación parcial de la movilidad (12-42 meses)



Engrosamiento del receso capsular antero-inferior, típico de la capsulitis adhesiva



Incluso en la ecografía podemos llegar a ver el engrosamiento del receso axilar con el brazo en adducción

No obstante, el diagnóstico de la capsulitis es clínico

Opciones de tratamiento

- En una capsulitis adhesiva, una intervención temprana puede cortar el proceso de “congelación” y devolver el hombro afectado a la normalidad.
- Antes de llegar a la manipulación bajo anestesia o la artroscopia, debemos pensar en el tratamiento percutáneo:
 - **Infiltraciones** corticoideas
 - **Bloqueos** nerviosos
 - Otra de las opciones más relevantes es la **hidrodistensión**
 - Recientemente también se ha descrito la **embolización de los neovasos** por vía intravascular (Okuno)

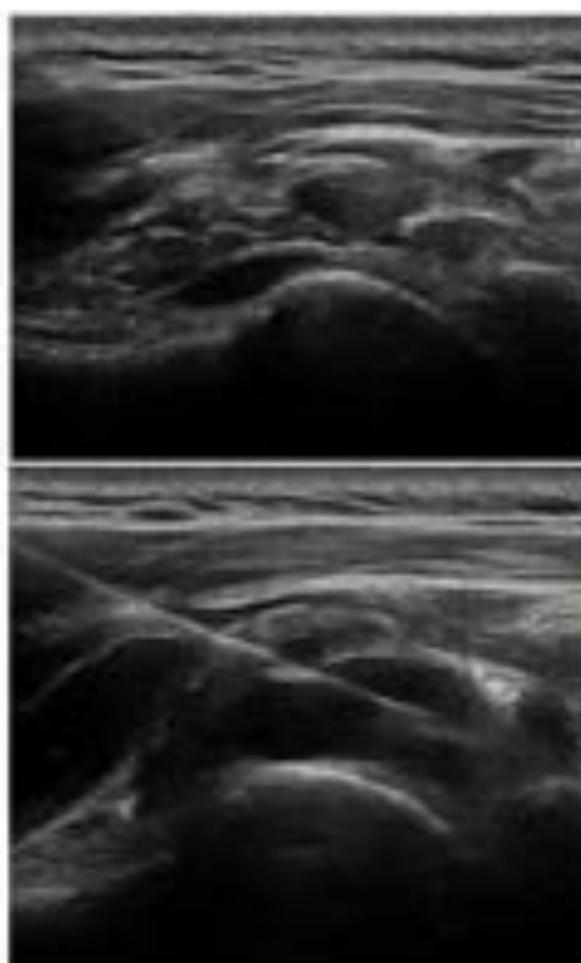
Hidrodistensión articular

- Consiste en la introducción intraarticular de grandes volúmenes de líquido (hasta 40 cc) con el objetivo de romper las adherencias de la capsula y los neovasos y devolver al hombro su rango de movilidad
- Puede realizarse con guía radioscópica o ecográfica

Procedimiento

En nuestro centro lo llevamos a cabo con guía ecográfica:

- 1- Con abordaje glenohumeral posterior, se introduce anestésico (procaína) y SSF hasta la rotura capsular, gran resistencia a la introducción o gran dolor del paciente (al menos 20 cc)
- 2- Se deja unos minutos
- 3- Se deja salir el suero libremente a través de la aguja
- 4- Se introduce corticoide (betametasona) intraarticular y en la bursa



Con el paciente en decúbito prono, metemos la punta de la aguja espinal entre la glena y la cabeza humeral

Introducimos 10 cc de anestésico y 20-60 cc de SSF

Post-procedimiento

- “4 semanas de fisioterapia” con movimientos activos “asistidos” (ejercicios pendulares, flexión resistida, extensión, rotación externa e interna y abducción) para mantener/mejorar la movilidad articular
- Control en **2 semanas** y valorar repetir el procedimiento

Evidencia sobre la hidrodistensión

- Algunos estudios han descrito una **mejoría clínica más temprana de la movilidad**, con más dudosa mejoría del dolor (Buchbinder, Khan, Gam)
- Se describe más mejoría en los pacientes en la 1ª (congelamiento) y 3ª fases (descongelación)
- En la 2ª fase (congelado) suele ser necesario repetir el procedimiento, y mejoran en un porcentaje menor

Objetivos

Valorar la efectividad de la hidrodistensión articular para mejorar el balance articular en pacientes con capsulitis adhesiva de hombro refractaria a tratamiento habitual por parte del servicio de Rehabilitación

Material y Métodos

- Se valoraron retrospectivamente 14 pacientes (11 mujeres y 3 hombres) consecutivos tratados en nuestro centro mediante una o dos sesiones de hidrodistensión ecoguiada con abordaje posterior e inyección intraarticular de entre 20 y 87 cc (media de 48 cc) de una combinación de hasta 10 cc de anestésico (Procaína) y el resto del volumen de suero salino fisiológico, con posterior inyección de corticoide intraarticular
- Se valoró también la presencia de antecedentes quirúrgicos o movilización bajo anestesia (MBA) o roturas tendinosas o labrales en el hombro afectado

Material y Métodos

- Procedimientos realizados entre abril de 2017 y enero de 2018 y resultados clínicos (mejoría del balance articular y puntuación de la misma según la clasificación de Mallet, entre la exploración previa e inmediatamente posterior del especialista en Rehabilitación) obtenidos de la historia clínica de los pacientes, con un seguimiento de entre 2 y 11 meses
- Edad de los pacientes comprendida entre 27 y 61 años (media 50,71)

Material y Métodos

- Basándonos en la clasificación de Mallet para la movilidad del hombro, puntuamos numéricamente la movilidad previa y posterior a los procedimientos según se detalla:

	Excelente	Bueno	Regular	malo
Clasificación de Mallet (original)				
Abd	130	<130	<90	<30
R ext	nuca	>20	<20	0
R int	D12	S1		

	Puntuación 3	2	1	0
Modificación para puntuar la movilidad (sobre 12)				
Abd	130	<130	<90	<30
Flex	130	<130	<90	<30
R ext	Nuca	>20	<20	0
R int	D12	S1	Nalga	Trocánter

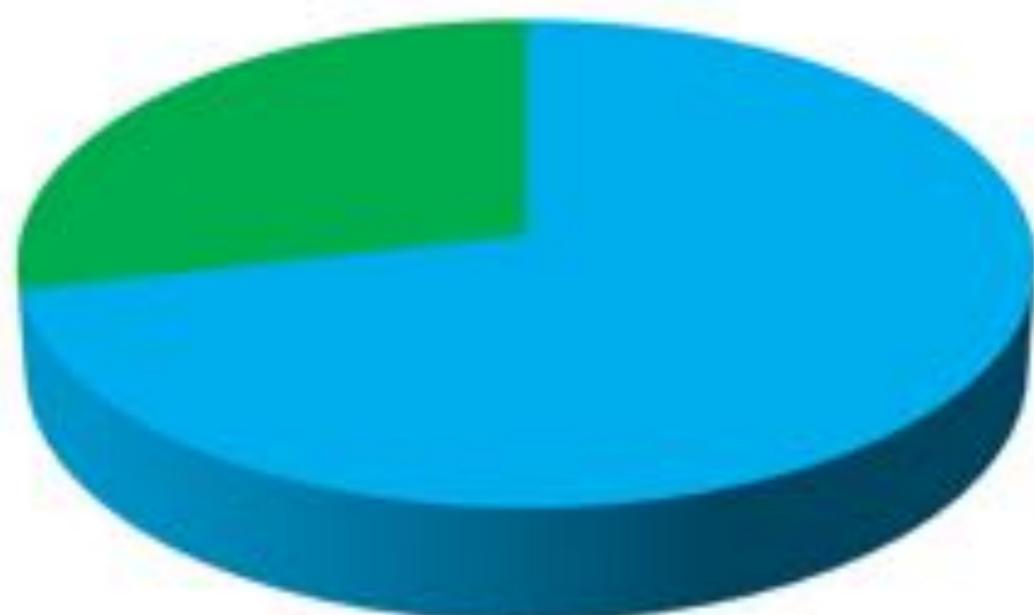
Resultados

- 4 pacientes (28,6% de los pacientes) tenían antecedentes de intervención quirúrgica o movilización bajo anestesia (MBA)
- 2 pacientes (14,3% de los pacientes) tenían antecedentes de roturas labrales o tendinosas
- La puntuación media de la movilidad previa fue de 6 (rango intercuartílico 3,75-8), y la mejoría media de la puntuación fue de 2 (rango intercuartílico 0-2)

Resultados

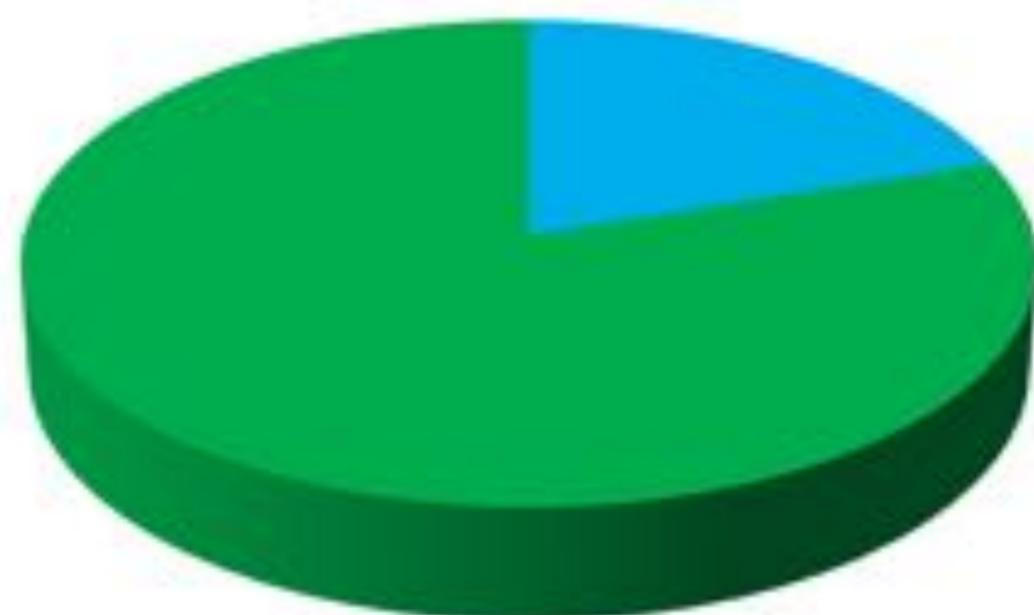
- Se obtuvo mejoría de la movilidad articular en 10 de los 14 pacientes (el 71,4%)
- Se obtuvo mejoría en todos los pacientes sin antecedentes quirúrgicos ni roturas tendinosas o labrales
- Se obtuvo mejoría en 1 de los 5 pacientes (20%) con antecedentes quirúrgicos o MBA o de roturas tendinosas o labrales

Resultados generales



- Mejoría movilidad articular: 10 pacientes
- No mejoría: 4 pacientes

Resultados en pacientes con antecedentes de IQ, MBA y roturas tendinosas o labrales



- Mejoría movilidad articular: 1 paciente
- No mejoría: 4 pacientes

Resultados

Los resultados fueron peores en el grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos o de MBA, aunque no se alcanzó la significación estadística (p 0,073):

- Mejoría media en pacientes no intervenidos: 2 (intercuartílico 1,25-3,5)
- Mejoría media en pacientes intervenidos: 0 (intercuartílico 0-1,5)

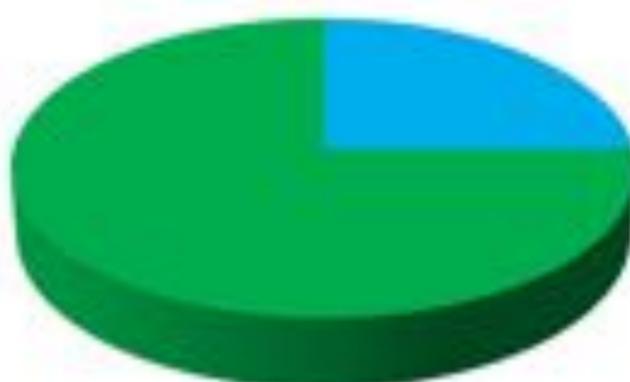
Resultados según IQ o MBA previa

Pacientes sin IQ o MBA previas



- Mejoría movilidad articular: 8 pacientes
- No mejoría: 1 paciente

Pacientes con IQ o MBA previas



- Mejoría movilidad articular: 1 paciente
- No mejoría: 3 pacientes

Resultados

Teniendo en cuenta el bajo número de pacientes:

- No se encontraron diferencias significativas en el grupo de pacientes con roturas labrales y tendinosas (p 0,606)
- Tampoco se encontraron diferencias significativas en la mejoría de la puntuación de movilidad en función del sexo, la edad y la puntuación de movilidad previa

Conclusiones

- La hidrodistensión ecoguiada permitió la mejoría de la movilidad articular en el 71,4% de los pacientes con capsulitis adhesiva refractaria a tratamiento rehabilitador
- Se obtuvo mejoría en el 100% de los pacientes sin antecedentes quirúrgicos, MBA ni roturas tendinosas o labrales
- Los peores resultados se obtuvieron en el grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos (25% de mejoría), aunque sin alcanzar significación estadística (p 0,073)

Bibliografía

- Buchbinder R et al. *Arthrographic joint distension with saline and steroid improves function and reduces pain in patients with painful stiff shoulder: results of a randomised, double blind, placebo controlled trial.* Ann Rheum Dis 2004;63:302–309
 - Tveita EK et al. *Hydrodilatation, corticosteroids and adhesive capsulitis: a randomized controlled trial.* BMC Musculoskelet Disord 2008;9:53
 - Quraishi NA et al. *Thawing the frozen shoulder – a randomised controlled trial of manipulation under anaesthetic versus hydrodilatation.* J Bone Joint Surg Br 2008;90B (Suppl. 2):215
 - Maund E et al. *Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis.* Health Technology Assessment 2012; Vol. 16: No. 11
 - Harpal Singh Uppal et al. *Frozen shoulder: A systematic review of therapeutic options.* World J Orthop 2015 March 18; 6(2): 263-268
 - Khan AA et al. *Arthrographic distension of the shoulder joint in the management of frozen shoulder.* Mymensingh Med J 2005;14:67–70
 - Gam AN et al. *Treatment of 'frozen shoulder' with distension and glucocorticoid compared with glucocorticoid alone. A randomised controlled trial.* Scand J Rheumatol 1998;27:425–30
 - Okuno Y et al. *Clinical Outcomes of Transcatheter Arterial Embolization for Adhesive Capsulitis Resistant to Conservative Treatment.* J Vasc Interv Radiol 2017;28:161-7
-