

Infiltración con corticoides para la capsulitis adhesiva del hombro

Maximiliano Ranalletta

Ranalletta M, Rossi LA, Bongiovanni SL, Tanoira I, Elizondo CM, Maignon GD.
Corticosteroid Injections Accelerate Pain Relief and Recovery of Function Compared With Oral NSAIDs in Patients With Adhesive Capsulitis: A Randomized Controlled Trial.
Am J Sports Med. 2016;44(2):474-81.

La capsulitis adhesiva (CA) es una entidad frecuente que se caracteriza por la pérdida de movilidad activa y pasiva del hombro. Descrita en un comienzo como periartrosis de hombro, fueron Codman y Neviaser en 1934 y 1945, respectivamente, quienes acuñaron los términos “hombro congelado” y “capsulitis adhesiva”, utilizados como sinónimos.

Clásicamente se describen en su evolución cuatro estadios: Estadio 1: caracterizado por dolor muchas veces incapacitante.

Estadio 2: al dolor se agrega la pérdida de rango de movilidad articular. En este período conviven el dolor y la rigidez.

Estadio 3: se caracteriza por rigidez aislada.

Estadio 4: recuperación progresiva de la movilidad articular. Se presenta con más frecuencia en mujeres en la sexta década de la vida. El diagnóstico se establece sobre la base de la clínica, pues los estudios por imágenes pueden ser normales, sobre todo en sus estadios iniciales.

Si bien se reconoce a la CA como una enfermedad autolimitada, produce una alteración considerable de la calidad de vida y, librada a su evolución natural, puede tardar 2 años en resolver.

Muchas modalidades terapéuticas han sido utilizadas para el tratamiento de la CA. Se incluyen entre estas, la terapia física, el bloqueo del nervio supraescapular, la administración de corticoides, la distensión hidráulica, la manipulación bajo anestesia y la liberación artroscópica. En nuestra práctica, la infiltración del hombro con corticoides en consultorio sin asistencia de diagnóstico por imágenes es parte del arsenal terapéutico cotidiano para tratar la CA. Sin embargo, esta práctica tiene poca evidencia que la soporte en la literatura, hecho que motivó el presente estudio.

Se diseñó un trabajo prospectivo aleatorizado en pacientes con CA. La hipótesis fue que una infiltración con corticoi-

des en el hombro sin asistencia de estudios por imágenes acelera la recuperación en pacientes con CA.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se aleatorizaron en sobre cerrado 74 pacientes adultos con CA primaria en estadio 2 de la enfermedad.

Los pacientes del grupo 1 recibieron una única infiltración con corticoides en el hombro en consultorio, sin asistencia de ningún método de diagnóstico por imágenes; el grupo 2 fue tratado con 75 mg de diclofenac 2 veces por día.

Todos los paciente, independientemente del grupo que integraran, fueron tratados con un protocolo de rehabilitación 3 veces por semana.

Los parámetros clínicos y funcionales fueron documentados antes del tratamiento y a las 2, 4, 8 y 12 semanas. Quien recolectó los datos lo hizo de manera ciega, sin conocer el tratamiento de cada paciente.

Se evaluaron: dolor mediante una escala visual análoga (EVA); la función del hombro a través de 3 puntajes (*scores*) funcionales frecuentemente utilizados en la literatura (ASES, Constant y Murley, Quick Dash) y la movilidad articular mediante la utilización de un goniómetro.

RESULTADOS

Dolor

Ambos grupos comenzaron con resultados similares de dolor (7,5/7,6 intervención y control, respectivamente). Luego del tratamiento, el grupo de pacientes infiltrados mejoró mucho más rápido que el grupo control. Ambos grupos no mostraron diferencias a las 12 semanas.

Resultados funcionales

Comparados con la línea de base, todos los puntajes funcionales mejoraron significativamente en cada grupo a las 2, 4, 8 y 12 semanas.

Cuando comparamos los puntajes entre los dos grupos (infiltrados vs. AINE), encontramos diferencias estadísticamente significativas a favor de los pacientes infiltrados. Esta diferencia se pierde a medida que

pasan las semanas; ambos grupos son comparables en la semana 12.

Rango de movilidad

Todos los parámetros de movilidad mejoraron significativamente en ambos grupos comparando el punto de partida y el final del estudio.

La flexión anterior, la abducción y la rotación interna no solo mejoraron significativamente más rápido en los pacientes infiltrados sino que esta diferencia se mantuvo hasta la semana 12. La rotación externa mejoró rápidamente en los pacientes infiltrados pero se equiparó con el grupo no infiltrado a la cuarta semana.

COMPLICACIONES

No se presentaron complicaciones serias. En el grupo de los infiltrados, 2 pacientes experimentaron al momento de la infiltración una sofocación que resolvió espontáneamente sin tratamiento.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo, una infiltración intraarticular con corticoides sin control por imágenes aceleró la recuperación funcional y mejoró el dolor en pacientes con capsulitis adhesiva en comparación con el tratamiento con AINE.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Dodenhoff RM, Levy O, Wilson A, et al. Manipulation under anesthesia for primary frozen shoulder: effect on early recovery and return to activity. *J Shoulder Elbow Surg.* 2000;9(1):23-6.
- Farrell CM, Sperling JW, Cofield RH. Manipulation for frozen shoulder: long-term results. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005;14(5):480-4.
- Hand C, Clipsham K, Rees JL, et al. Long-term outcome of frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 2008;17(2):231-6.
- Hegedus EJ, Zavala J, Kissenberth M, et al. Positive outcomes with intra-articular glenohumeral injections are independent of accuracy. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(6):795-801.
- Hsu JE, Anakwenze OA, Warrender WJ, et al. Current review of adhesive capsulitis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(3):502-14.
- Levine WN, Kashyap CP, Bak SF, et al. Nonoperative management of idiopathic adhesive capsulitis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16(5):569-73.
- Lorbach O, Anagnostakos K, Scherf C, et al. Nonoperative management of adhesive capsulitis of the shoulder: oral cortisone application versus intra-articular cortisone injections. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(2):172-9.
- Neviasser AS, Hannafin JA. Adhesive capsulitis: a review of current treatment. *Am J Sports Med.* 2010;38(11):2346-56.
- Sethi PM, Kingston S, Elattrache N. Accuracy of anterior intra-articular injection of the glenohumeral joint. *Arthroscopy.* 2005;21(1):77-80.
- Shaffer B, Tibone JE, Kerlan RK. Frozen shoulder. A long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 1992;74(5):738-46.