



HOMBRO CONGELADO SECUNDARIO TRATADO MEDIANTE EMBOLIZACIÓN ARTERIAL. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO.

M. González Alonso, J. Fernández Díaz, J.I. Álvarez Posadas, M. Flores Román, A. Álvarez Castro
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

La rigidez de hombro describe una articulación dolorosa con restricción de la amplitud de movimiento (ROM) que puede ser idiopática o secundaria a una causa conocida. La primera línea de tratamiento para la rigidez secundaria del hombro es conservadora, con fisioterapia, AINE o inyecciones intraarticulares de corticosteroides. En los casos que no responden, la cirugía artroscópica o abierta han sido las alternativas de elección. En los últimos años, la embolización arterial transcáteter (EAT) se ha propuesto como una técnica menos invasiva para tratar el SSS refractario al tratamiento conservador.

OBJETIVO

Evaluar los resultados clínicos de la embolización arterial transcáteter en pacientes con hombro congelado secundario a los dos años de seguimiento.

MÉTODOS

Se trata de un análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente entre enero de 2017 y diciembre de 2021. Ha sido llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que incluye cirujanos ortopédicos, radiólogos intervencionistas y médicos rehabilitadores. Este estudio incluyó 50 pacientes (41 mujeres y 9 hombres; mediana de edad, 48 años; rango 27-59) con HCS resistente al tratamiento conservador durante al menos 3 meses. La mediana de tiempo de rigidez fue de 12 meses. En todos los pacientes se asociaron periodos de inmovilización. La EAT se realizó bajo anestesia local. Se obtuvo un acceso arterial femoral percutáneo y un cateterismo selectivo de la arteria subclavia. Los vasos anormales, o las arterias normales que alimentaban zonas dolorosas cuando no había vasos patológicos, se embolizaron con imipenem/cilastatina y medios de contraste yodados. Se evaluaron los acontecimientos adversos, los cambios en el dolor y la exploración física antes y 2 años después de la EAT.

Table 1. Resumen de las causas de Hombro Congelado Secundario (HCS).

HCS after Surgery		HCS after trauma	
Etiology	Patients (29/50, 58%)	Etiology	Patients (21/50, 42%)
Rotator cuff repair	21/29 (72.4%)	Traumatic shoulder without fracture	12/21 (57.1%)
Fracture repair	6/29 (20.7%)	Shoulder fracture	8/21 (38.1%)
Instability surgery (29/5)	2/29 (6.9%)	Brachial plexus	1/21 (4.8%)

Fig. 1. Paciente con historia clínica de 7 meses de dolor y rigidez de hombro tras la segunda reparación quirúrgica del manguito rotador. (A) Se realizó angiografía por sustracción digital de la arteria subclavia donde se observa realce capsular en el periostio humeral (flecha abierta) y en la articulación acromio-clavicular (flecha). (B) Resultados tras la embolización donde se aprecia un patrón angiográfico normal. (Imágenes cortesía del Sº de Radiología Intervencionista del CAULE).

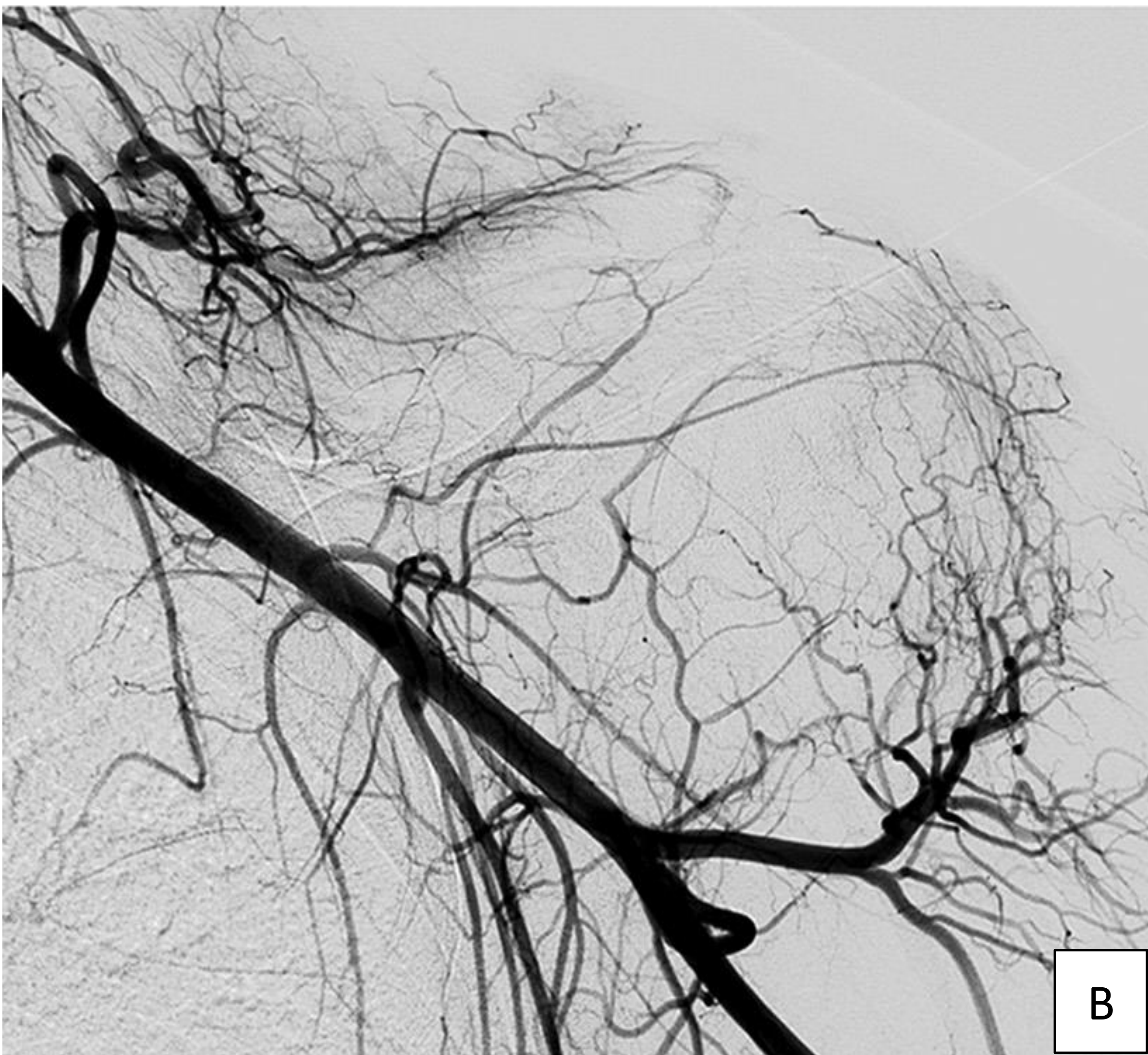
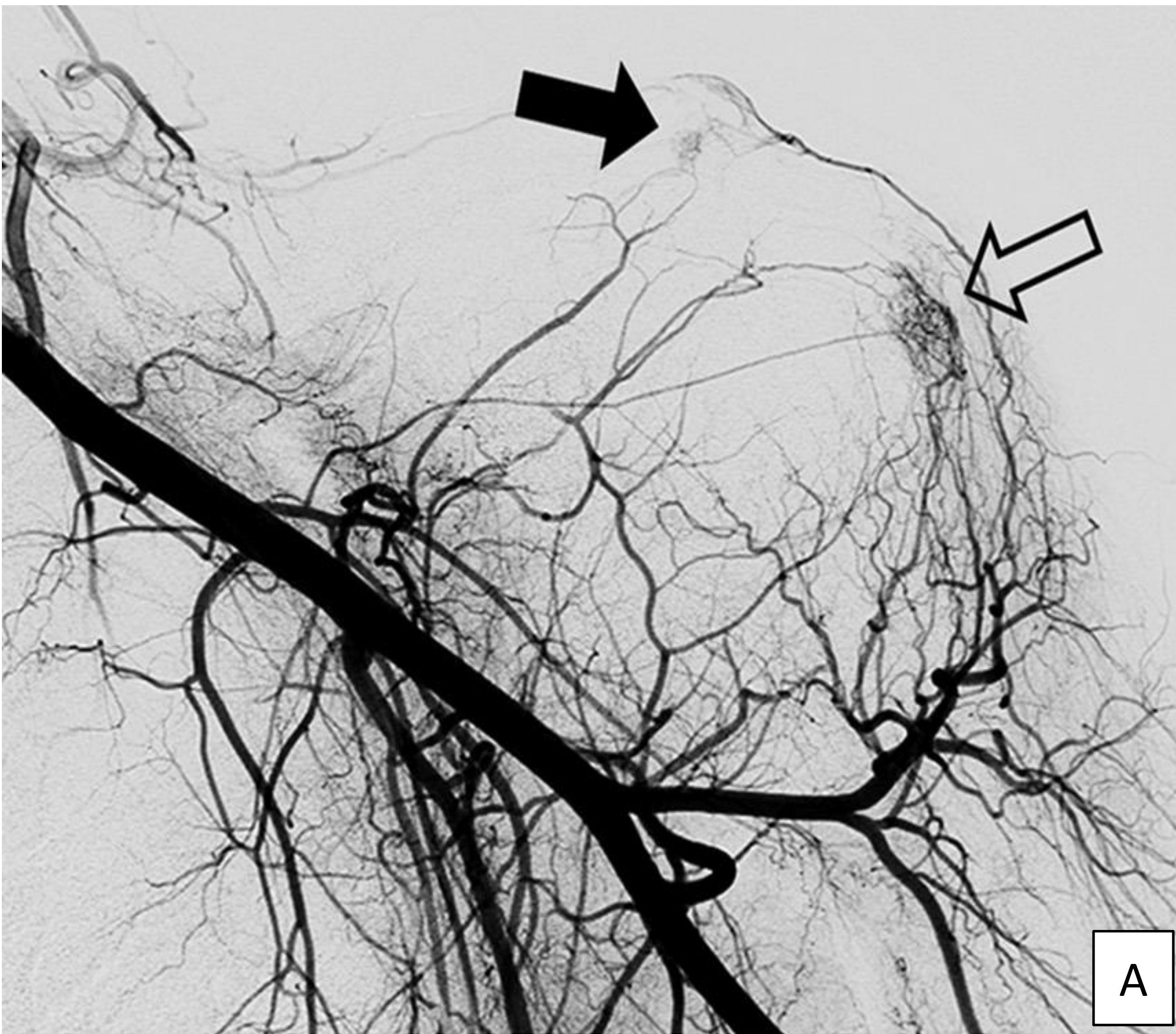


Table 2. Evaluación de la amplitud de movimiento en toda la población estudiada antes y 2 años después de la embolización arterial transcáteter (EAT).

RANGE OF MOTION	BEFORE EAT	AFTER EAT	P-VALUE
FLEXION			
Median (range)	70º (20º–110º)	155º (45º–180º)	0.001
Reached < 90º	41/50 (82%)	5/50 (10%)	
Reached 91º–110º	9/50 (18%)	10/50 (20%)	
Reached 111º–149º	0/50	7/50 (14%)	
Reached ≥ 150º	0/50	28/50 (56%)	
ABDUCTION			
Median (range)	70º (20º–110º)	150º (45º–150º)	0.001
Reached ≤ 90º	42/50 (84%)	9/50 (18%)	
Reached 91º–110º	18/50 (36%)	10/50 (20%)	
Reached 111º–149º	0/50	7/50 (14%)	
Reached ≥ 150º	0/50	24/50 (48%)	
INTERNAL ROTATION			
Did not reach lumbosacral junction	40/50 (80%)	10/50 (20%)	< 0.001
Reached interscapular region	10/50 (20%)	40/50 (80%)	< 0.001
EXTERNAL ROTATION			
Did not reach hand behind head	34/50 (68%)	0/50	0.001
Hand behind head, elbow back	15/50 (30%)	13/50 (26%)	0.656
Hand on top of head	1/50 (2%)	37/50 (74%)	<0.001

RESULTADOS

Se observaron vasos anormales en 42 de 50 (84%) de los procedimientos. Se observó eritema cutáneo transitorio en 7 pacientes tratados tras EAT. Se observaron diferencias significativas en la mediana de reducción de la escala analógica visual del dolor entre antes y 2 años después (8 frente a 1, $p < 0,001$). La movilidad del hombro mejoró significativamente tanto en flexión (70º frente a 155º; $P < 0,001$) como en abducción (70º frente a 150º; $P < 0,001$) entre antes y a los 2 años (Tabla 2). No aparecieron síntomas de recidiva al final del seguimiento.

CONCLUSIONES

La EAT puede ser una alternativa aceptable a la cirugía para pacientes con HCS refractario a la terapia conservadora que resulta en reducción del dolor y mejora de la movilidad.