

1. ¿Es frecuente el dolor en el hombro en el hemipléjico?

Si, el hombro doloroso hemipléjico es una complicación frecuente tras un ictus, caracterizada por dolor en el hombro del lado del cuerpo afectado por la hemiplejia. De hecho, directamente se habla muchas veces de HDH (Hombro Doloroso del Hemipléjico), como una entidad clínica propia.

La incidencia y prevalencia del hombro doloroso hemipléjico (HDH) varían significativamente según los estudios. La incidencia descrita de HDH tras un ictus oscila entre el 10% y el 29%. Los datos de prevalencia son todavía más variables: se considera que oscila entre el 5% y el 84%. La causa de la variabilidad radica generalmente en el hecho de que: hay veces que los pacientes pueden tener dificultades en expresar el dolor, bien sea por causas cognitivas, o alteraciones del lenguaje por ejemplo, y según estudios o según las poblaciones de pacientes estudiadas, puede variar lo que los autores consideran presencia o no de HDH.

2. ¿Qué factores en el hemipléjico favorecen la aparición de HDH?

1. Debilidad: en la hemiparesia unos músculos pueden estar más debilitados que otros, provocándose contracturas y mal ajuste de los elementos de la articulación.
2. Espasticidad muscular: sobre todo en músculos aductores (que aproximan el hombro y antebrazo al tórax) y rotadores internos.
3. Subluxación del hombro: La debilidad de músculos como el deltoides y el supraespinoso, junto con la tracción de la gravedad, favorecen el desplazamiento o subluxación inferior de la cabeza humeral (no articulan bien los componentes del hombro).
4. Alteraciones en el control motor: La pérdida de un control fino de la movilidad y de los músculos estabilizadores del hombro predisponen a una biomecánica anormal.
5. Alteraciones sensitivas: La hemiplejía puede estar asociada con déficits de sensibilidad táctil, dolorosa, térmica y/o propioceptiva (la capacidad de un individuo para discernir la posición y el movimiento de su propio cuerpo sin necesidad de información visual).
6. Negligencia espacial unilateral: por una parte, supone alteración en la percepción del hombro, lo que puede llevar a una menor conciencia de posturas inadecuadas o movimientos bruscos que lesionan la articulación. Por otro lado, la falta de atención a estímulos del lado hemipléjico puede retrasar la detección temprana del dolor o de posiciones que generan estrés en el hombro; y el déficit en la retroalimentación propioceptiva puede llevar a una sobrecarga articular debido a una mala biomecánica.

7. Alteraciones Cognitivas: Ejemplos de cómo puede afectar:
- Déficits en la memoria y la función ejecutiva pueden afectar la capacidad del paciente para seguir indicaciones sobre posturas seguras y cuidados del hombro.
 - La dificultad para comprender o recordar estrategias de rehabilitación puede aumentar el riesgo de subluxación o lesiones secundarias en la articulación.
 - La alteración en la modulación del dolor, especialmente en pacientes con daño en áreas corticales involucradas en su procesamiento, puede aumentar la percepción dolorosa.

3. ¿Qué tipo de lesiones están muchas veces provocando el HDH?

Hay varias lesiones o entidades clínicas que se consideran el origen principal del dolor en el HDH. Muchas veces se combinan varios tipos de lesiones. Los hallazgos más frecuentes son:

1. Capsulitis adhesiva: También conocida como Hombro Congelado, que consiste en el engrosamiento y endurecimiento de la cápsula del hombro, lo que provoca dolor y restricción del movimiento. Se considera la causa más frecuente de HDH.
2. Lesiones en los tendones del Manguito de los Rotadores (MR): ya sean previas, agravadas tras el daño cerebral, o de aparición nueva. Engloban inflamaciones, roturas, calcificaciones intratendinosas etc.
3. Lesión del tendón del Bíceps
4. Bursitis: inflamación dolorosa de pequeñas bolsas de líquido que cubren y amortiguan huesos, músculos y tendones alrededor de la articulación.
5. Fracturas de los huesos
6. Lesión de nervios periféricos: por estiramientos, inflamación, roturas...
7. Síndrome de Dolor Regional Complejo: también se conoce como Síndrome Hombro-Mano. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor, alteraciones sensitivas, hinchazón, sequedad de piel o piel brillante, cambios en piel y uñas etc. Se considera que implica tanto componentes biomecánicos, de huesos, músculos y tendones; como neuropáticos, de los nervios.
8. Lesiones en zonas concretas cerebrales que se encargan de la transmisión del dolor, como lesiones en la corteza cerebral parietal, en una estructura cerebral concreta -el tálamo-, o afectación de las vías cerebrales espino-talámicas. Ocasionalmente muchas veces lo que conocemos como Dolor Central Post-ictus, y puede afectar al hombro.

4. ¿Cómo se puede prevenir y/o tratar el HDH?

Si no se detecta y se trata adecuadamente, la presencia de HDH va a tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y en su participación y los resultados de la rehabilitación.

Habitualmente se utilizan varios enfoques terapéuticos y/o preventivos a la vez.

1. Posicionamiento y apoyo adecuados: utilizando dispositivos como bandejas de regazo, reposabrazos adecuados en la silla de ruedas si es usuario, algunos tipos de brazaletes y cabestrillos en momentos puntuales... Por ejemplo, debemos intentar mantener el hombro en rotación externa durante unos 30 minutos al día, y separado del tronco (en abducción).
2. Estiramientos: Los ejercicios regulares pasivos y activos de amplitud de movimiento son cruciales. El estiramiento de las extremidades hemipléjicas debe ser diario, bajo control e indicaciones médicas.
3. Reeducación motora y tratamiento de la espasticidad: Los ejercicios de reentrenamiento motor tempranos y constantes, junto con el manejo de la espasticidad mediante medicamentos o intervenciones como las inyecciones de toxina botulínica, pueden reducir el riesgo de dolor de hombro.
4. Terapia de estimulación sensorial, que mejore la conciencia de la parte del cuerpo afectado.
5. Infiltración muscular de toxina botulínica, específicamente en músculos como pectoral y subescapular, que disminuyen la espasticidad y el dolor en sí. Se ha empleado la TB a nivel intraarticular en el HDH refractario a otros tratamientos, pero su uso así no está extendido.
6. Estimulación eléctrica funcional (EEF) y estimulación neuromuscular eléctrica (NMES) en determinados músculos.
7. Infiltraciones intraarticulares y peritendinosas, con corticoides u otras sustancias.
8. En SDRC:
 - ejercicios, técnicas concretas como la terapia en espejo y tareas funcionales concretas, en fisio y TO,
 - fármacos (como bifosfonatos, antiepilépticos o corticoesteroides),
 - técnicas intervencionistas, como bloqueos del ganglio estrellado
 - técnicas cognitivo-conductuales etc.
9. Evitar prácticas perjudiciales: Deben evitarse los ejercicios de polea por encima de la cabeza, ya que pueden exacerbar el dolor de hombro. En su lugar, deben fomentarse los movimientos suaves y controlados.
10. Educación y formación: Educar a los pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios sobre las técnicas de manipulación adecuadas y la importancia de la intervención temprana puede reducir significativamente la incidencia del dolor de hombro