Sesión del día 28 de marzo de 1967

DISTROFIA REFLEJA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

E. Lience, J. Rotés-Querol

Descrita ya de manera exhaustiva la clínica de la distrofia refleja de la extremidad superior, hemos intentado en nuestro estudio llevar a cabo un análisis sobre su frecuencia absoluta y relativa, así como un examen de las diversas etiologías que ponen en marcha, a nuestro entender, el llamado síndrome hombro-mano y la periartritis escapulohumeral — o mejor dicho, capsulitis adhesiva — de tipo reflejo.

Material y métodos. — Para nuestros fines hemos tenido que adoptar, en primer término, unos criterios diagnósticos, siguiendo en parte las normas establecidas por Steinbrocker (1960). En cuanto al hombro, hemos exigido la presencia de dolor espontáneo o a la movilización y fundamentalmente la existencia de limitación objetiva de los movimientos; en cuanto a la mano, dolor espontáneo o a la presión, tumefacción y, en fases avanzadas, induración dérmica o bien la presencia de contracturas y distrofia cutánea residuales; las restantes alteraciones vasomotoras y tróficas de la piel de las manos y dedos se han tenido también en cuenta como criterios diagnósticos, siempre que hayan acompañado a los descritos anteriormente. Al no haber practicado de manera sistemática la radiografía de ambas manos en proyección palma-placa en los primeros casos de la serie, no hemos incluido las peculiaridades radiológicas (imágenes de osteoporosis generalizada o moteada) entre los criterios exigibles para el diagnóstico, aun cuando tales datos se han observado en numerosos casos de nuestra serie y han sido de gran ayuda para la confirmación del diagnóstico.

En primer lugar, uno de nosotros (J. R. Q.) ha verificado un análisis de 100 casos consecutivos de hombro doloroso para precisar la frecuencia porcentual de las diversas entidades que pueden dar lugar a tal síndrome. Los resultados fueron los siguientes: capsulitis adhesiva, 42 %; distrofia refleja, 18 %; síndromes de la corredera bicipital, 12 %; tendinitis calcificante con o sin periartritis aguda, 9 %; síndromes puros del manguito de los rotadores, 5 %; artropatía acromioclavicular, 5 %; artrosis, 3 %; neuritis del hombro, 1 %; cuadros sin diagnóstico preciso, 5 %. De acuerdo con tal análisis, se observa que entre los 100 casos consecutivos de hombro

doloroso, los síndromes reflejos se hallan en segundo lugar en esta serie reducida.

En segundo lugar, hemos pasado al examen de los casos diagnosticados como síndromes hombro-mano o periartritis escapulohumerales reflejas, de acuerdo con los criterios expuestos antes, en una serie de 11.000 enfermos reumatológicos y hemos hallado un total de 60 casos, lo cual da una incidencia del 5,4 por mil.

Composición de la serie. — La serie se compone pues de un total de 60 casos, de los cuales 26 son del sexo masculino y 34 del femenino, con lo cual se confirma la opinión de STEINBROCKER (1960) de que la distrofia refleja de la extremidad superior se da por igual en ambos sexos con un ligero predominio en el sexo femenino. La edad promedio de comienzo es de 57 años, siendo de 55 en los varones y de 59 en las mujeres. El caso más joven se dio en un varón de 29 años que presentó un síndrome hombro-codo-mano a causa de una fractura de clavícula no tratada; la edad máxima fue de 73 años en tres casos. En 44 de los 60 casos de la serie, la dolencia apareció entre los 51 y los 70 años, dato que aproximadamente coincide con lo hallado por ROSEN y GRAHAM (1957) que afirman que alrededor del 90 por ciento de casos tienen más de 50 años de edad. La distrofia refleja se da por un igual en ambos lados del cuerpo.

Desglose de la serie. — Lo hemos verificado de la siguiente manera:

1) Periartritis (o capsulitis) reflejas puras, es decir, sin alteraciones en la mano o manos: 10 casos (uno bilateral) que se dieron en 9 varones y una mujer. En todos estos casos existió un factor etiológico o desencadenante evidente y objetivable, de manera que estas capsulitis se debieron a las siguientes causas: infarto de miocardio, hemiplejía por accidente vascular encefálico, lobectomía pulmonar, toracoplastia, tuberculosis pulmonar ulcerocirrótica, neumotórax espontáneo, gastrectomía, escalenotomía, fractura del antebrazo y fractura de Colles. Es interesante resaltar aquí que posiblemente muchas de las capsulitis adhesivas que se ven en clínica y caen bajo la etiqueta de idiopáticas pueden ser debidas a un mecanismo reflejo no objetivado clínicamente (ROIG-ESCOFET, 1966). También es interesante hacer notar que en nuestra serie la capsulitis refleja predomina con mucho en los varones.

2) Síndrome hombro-mano unilateral: 34 casos (11 varones y 23 mujeres); en 3 enfermos se afectó además el codo, en uno de ellos el proceso fue secundario, como hemos dicho, a una fractura de clavícula; en otro a un cólico hepático y, en el último, a una fractura de los huesos del antebrazo.

3) Síndrome hombro-mano bilateral: 6 casos (2 varones y 4 mujeres).

4) Síndrome hombro-mano con capsulitis adhesiva del hombro opuesto: 8 casos (4 varones y 4 mujeres).

5) Síndrome hombro-mano con afectación de la mano contralateral: 2 casos; en uno de ellos se trataba de una mujer que padeció diversas fracturas de las extremidades superiores, en el otro, se trataba de una enferma con insuficiencia coronaria, según diagnóstico clínico y electrocardiográfico.

En total, la afección fue unilateral en 33 casos y bilateral en 17, es decir, en el 39 % de casos.

Causas desencadenantes. — El estudio etiológico demuestra que las causas desencadenantes a las que se atribuyó la puesta en marcha del síndrome fueron muy variadas.

a) En sólo 6 casos, todos ellos en mujeres, la distrofia la consideramos idiopática, ya que no pudimos hallar un factor desencadenante claro. No obstante, en 3 de estos casos, se sospechó, sin poderlo demostrar de manera incontrovertible, que el síndrome distrófico reflejo pudiera tener relación con: hipertiroidismo, intervención sobre una mama con exéresis de un nódulo benigno y, en el tercer caso, tuberculosis antigua. En 4 casos se trataba de un síndrome hombro-mano unilateral y en los 2 restantes de un síndrome hombro-mano con capsulitis del hombro opuesto.

b) En 5 casos, estuvo en relación con una cerviccartrosis muy manifiesta clínica y radiológicamente, sin que existiesen otras circunstancias acompañantes, a excepción de uno de los enfermos en que había una diabetes grave y de otro de los pacientes que presentaba una cervicoartrosis que había producido una medulopatía compresiva, el síndrome hombro-mano apareció inmediatamente después de practicar una laminectomía para solventar la compresión medular.

c) En 4 casos, todos ellos en varones, la distrofia fue debida a un infarto de miocardio. En otros dos casos, en mujeres, existía una insuficiencia coronaria, acompañada de diabetes en uno de ellos.

d) En 7 casos la distrofia la hemos considerado secundaria a un proceso pulmonar: neumonía en un bronquiectásico, lobectomía, tuberculosis cavitaria, toracoplastia, neumotórax espontáneo y bronquitis aguda.

e) En 3 casos, la condición fundamental fue de tipo abdominal: colecistitis, cólico hepático y gastrectomía.

f) En 14 casos la distrofia fue secundaria a un proceso del sistema nervioso: herpes zóster D1 en un caso, enfermedad de Parkinson en dos, accidentes vasculares encefálicos por arteriosclerosis acompañados casi siempre de hemiplejía en diez casos y, por último, un caso de crisis convulsivas que estuvo tratado con luminal.

g) En los 19 casos restantes, la causa fundamental estaba radicada en el miembro superior; en 10 de ellos en el cinturón escapular: un caso a

consecuencia de una escalenotomía, uno por metástasis en escápula de una neoplasia de tiroides y los ocho restantes por traumatismos con o sin fractura en dicho territorio (uno de este último grupo presentó un síndrome hombro-mano después de una manipulación bajo anestesia por padecer una periartritis banal). En los restantes 9 casos, la causa desencadenante se situó en la parte distal del miembro superior y tal circunstancia puso en marcha la distrofia que afectó también al hombro; en todos los casos se trataba de traumatismos con o sin fractura, a excepción de uno de ellos en el que se presentó la enfermedad después de una intervención sobre la vaina digitocarpiana del quinto dedo por una tenosinovitis tuberculosa.

COMENTARIOS. — De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el patrón de manifestación de la distrofia refleja en la extremidad superior es polimorfo y, aunque predomina el síndrome hombro-mano unilateral que se ha observado en 34 casos, es decir, en algo más de la mitad de la serie, aparecen combinaciones diversas de gran interés y cuyo conocimiento nos sirve para no confundir este cuadro reflejo con otras variedades de reumatismos. Según STEINBROCKER, la bilateralidad se da en un 25 % de casos, mientras que nosotros la hemos observado prácticamente en el 40 % de enfermos, lo cual supone un porcentaje muy elevado. Entre los datos clínicos a reseñar, aparte de la afectación del codo, ya mencionada, que no es habitual, uno de nosotros (J. R.-Q.) ha observado en algunos enfermos que la extremidad afecta presenta un temblor característico, temblor de oscilaciones amplias y que no se menciona en la literatura. Por lo demás, la clínica de nuestros casos no se aparta de la que ya es conocida clásicamente como propia del síndrome hombro-mano desde que lo describió STEINBROCKER en 1947.

Observamos también que la distrofia refleja puede ponerse en marcha por cualquier desencadenante que se sitúe en el sistema nervioso central o periférico, en la propia extremidad superior, en las vísceras torácicas o abdominales superiores y nos queda un pequeño grupo de casos en que no nos es posible poner de manifiesto el estímulo nocivo que pone en marcha el síndrome. En nuestra serie hay un 10 % de casos idiopáticos, mientras que en otras el porcentaje de casos idiopáticos oscila entre el 15 y el 30 (ROSEN y GRAHAM, 1957; STEINBROCKER y ARGYROS, 1958).

Evidentemente las etiologías que hemos hallado en nuestros enfermos no acaban de abarcar a todas las que se han ido detallando en la bibliografía y ello depende del tipo de enfermos que acuden a un determinado departamento médico. Para llegar a un conocimiento exacto de la frecuencia del síndrome hombro-mano en relación con las diversas etiologías que se relacionan con el mismo sería preciso un trabajo de colaboración con aquellos departamentos en que se sabe *a priori* que dicho síndrome se observa con relativa frecuencia: servicios de cirugía torácica, neurocirugía, neurología, cardiología, traumatología, cirugía abdominal, etc. Sólo

mediante este tipo de investigación sería posible llegar a un conocimiento de la real frecuencia de la enfermedad y, es muy posible, que quedásemos sorprendidos al comprobar que su incidencia es mucho más elevada que la supuesta. Los reumatólogos sólo podemos dar una visión global, aun a sabiendas de que tal visión quedaba coartada porque un gran número de estos enfermos no llegan nunca a nosotros y son atendidos directamente por los especialistas que hemos citado antes.

En cuanto a la patogenia, no podemos sino aceptar la propuesta por LIVINGSTON (1943), según la cual los estímulos aferentes patógenos van por vía simpática a bombardear las neuronas internunciales (LORENTE DE NO, 1938) medulares, con lo que se producen unos estímulos que desencadenan un ciclo de reflejos que se extienden hacia arriba, hacia abajo y a través de la médula mediante circuitos cortos y largos. A partir de esto se forman impulsos eferentes vegetativos y motores que llegan hasta los tejidos periféricos y así se establece un círculo vicioso.

Entre las causas que puedan influir en el desencadenamiento del síndrome se ha hablado también de la importancia de los factores psíquicos, como si un tipo determinado de personalidad estuviese más predispuesto que otro a presentar la enfermedad, es muy posible que en las distrofias reflejas influya este factor, aunque nosotros no hemos podido realizar un estudio psíquico sistematizado y completo de nuestros enfermos, por lo que no nos es posible emitir una opinión sólida.

El tratamiento de la distrofia refleja de la extremidad superior consistía clásicamente en las infiltraciones del ganglio estrellado que han dado y nos han dado muy buenos resultados; en todos los departamentos médicos acostumbra suceder que las infiltraciones estelares se realizan sistemáticamente hasta que sucede una catástrofe o se vive una situación apurada en un enfermo y entonces se abandonan definitivamente. En los últimos años hemos hallado un medicamento prácticamente inocuo y de resultados muy brillantes en los casos de síndrome hombro-mano de pocas semanas o meses de evolución, se trata de la Hydergina que preferimos administrar en inyección intramuscular diaria durante varias semanas, aunque, una vez experimentada la mejoría, pasamos en algunos enfermos a su administración por tabletas o gotas. En cuanto a los corticosteroides, la griseofulvina y la indometacina los resultados han sido dispares y no los hemos empleado de manera controlada para poder emitir una opinión objetiva. En la actualidad tratamos a nuestros casos con Hydergina, analgésicos sencillos y gimnasia para el hombro. Como ya es sabido, el curso de la enfermedad es variable y la recuperación, a menudo incompleta, puede tardar de uno a tres años, ello hace que la valoración de las terapéuticas sea harto difícil (MATTINGLY).

BIBLIOGRAFÍA

LIVINGSTON, W. K.: *New York State J. Med.*, 44, 2235, 1944.
LORENTE DE NÓ, R.: *J. Neurophys.*, 1, 207, 1938.
MATTINGLY, S.: The painful shoulder. *Progress in clinical Rheumatology*, J. & A. Churchill Ltd., Londres, 1965.
ROIG-ESCOFET, D.: Observación no publicada, 1966.
ROSEN, P. S., y GRAHAM, W.: *Can. Med. A. J.*, 77, 86, 1957.
ROTÉS-QUEROL, J.: Observación no publicada, 1966.
STEINBROCKER, O.: *Amer. J. Med.*, 3, 402, 1947.
STEINBROCKER, O.: The painful shoulder. *Arthritis and allied conditions*, Lea & Febiger, Filadelfia, 1960.
STEINBROCKER, O., y ARGYROS T. G.: *Med. Cl. N. A.*, 42, 1533, 1955.

Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica de la Facultad de Medicina de Barcelona (Prof. A. FERNÁNDEZ-CRUZ). *Departamento de Reumatología* (Jefe: Dr. J. ROTÉS-QUEROL).