

Capsulitis Retráctil – Hombro Congelado

Tratamiento Rehabilitador en 4 Fases

Esta enfermedad inflamatoria del hombro se caracteriza por la aparición insidiosa y sin causa aparente de dolor en la zona del hombro-brazo. Su curso clínico se caracteriza por el aumento progresivo del dolor, tanto de día como de noche, y con el paso del tiempo, semanas o meses, el paciente nota además que va perdiendo la movilidad del brazo.

Otros rasgos característicos son su edad de aparición entre los 40 y 50 años, la mayor incidencia en la mujer y se ha observado mayor predisposición en pacientes endocrinos, diabéticos o con enfermedad tiroidea..

Su evolución presenta grandes diferencias individuales, transcurre en fases sucesivas a lo largo de 2 a 3 años y tiende a curarse espontáneamente, a veces con persistencia de cierta rigidez.

El tratamiento rehabilitador ha de adaptarse a la fase evolutiva en la que se encuentre la enfermedad.

FASE 1: “FASE AGUDA” (dolores nocturnos importantes y trastornos del sueño).

En la 1ª fase el dolor es el aspecto dominante, limita y dificulta la terapia pues la movilización del hombro es dolorosa. Es importante explicar al paciente las características de este proceso inflamatorio, sus diferentes fases evolutivas, de manera a conseguir su mejor colaboración.

El punto fundamental de la terapia es la reducción del nivel doloroso, por ello se emplea hielo y electroterapia.

Cuando sea necesario, incluso la inmovilización del hombro; pero si no es necesario, se pueden realizar movilizaciones pasivas-asistidas tanto en el plano escapular como en el resto de las direcciones, hasta llegar a un stop blando.

Enseñanza de los movimientos de penduleo pasivo y de técnicas de relajación de trapecio, pectoral y resto de cintura escapular.

Las movilizaciones deben realizarse siempre en el rango de “No dolor”.

FASE 2: “FASE DE CONGELAMIENTO PROGRESIVO” (el dolor va disminuyendo, se instaura progresivamente la limitación de la movilidad del hombro).

Los objetivos de la terapia son la disminución del dolor y la conservación de la movilidad glenohumeral y escapulotorácica.

Continuación de la terapia antidolorosa con hielo y electroterapia, y realizaremos movimientos globales del hombro siempre en rangos No dolorosos.

El paciente debe aprender ejercicios de auto movilización, realizándolos en cama y con ayuda de 1 bastón, así como el uso de las cintas terapéuticas

FASE 3 “ESTADO DE CONGELACION” (la limitación de la movilidad es máxima, el dolor va disminuyendo lentamente).

Esta es la fase más importante en el tratamiento de este cuadro, pues influye significativamente en la evolución terapéutica.

La terapia consiste en la movilización activa y pasiva en todos los rangos de movimiento, siempre de manera indolora.

Los objetivos son la mejora de la movilidad, la reducción de la atrofia por inactividad del hombro y la integración del movimiento del hombro en relación con la cintura escapulotorácica.

El trabajo y cooperación del paciente son muy importantes, realizando sus ejercicios domiciliarios varias veces al día para conseguir un resultado exitoso, para lo cual se le han de enseñar:

- ejercicios suaves de distensión capsular, tanto en rotación externa como en interna
- ejercicios de corrección de la postura corporal
- ejercicios estabilizadores de escápula.

Es recomendable acudir a piscina para automovilizar el hombro de manera suave y repetida, con apoyo de los pies en el fondo, sin hacer el esfuerzo de flotar ni nadar.

FASE 4 “FASE DE RESOLUCIÓN” (mejoría progresiva de la movilidad del hombro, la cual puede durar varios meses, hasta los 12 meses).

Los objetivos son la ganancia de movilidad y de ritmo glenohumeral, la mejoría de la propiocepción y el fortalecimiento muscular.

La terapia se realiza con intensificación de la movilización activa y pasiva en todas las direcciones, siempre de manera indolora, de manera específica, movilización de la cápsula dorsal y entrenamiento dinámico del manguito rotador en el plano escapular con cinta terapéutica (amarilla/roja) y pesos ligeros.

En el caso de ausencia de dolor, se incrementa tanto la movilización como los ejercicios de fuerza, también con aparatos. Continúa la enseñanza de ejercicios progresivos de automovilización y de fortalecimiento, así como terapia en piscina-acqua-jogging.

En las fases finales del cuadro clínico pueden presentarse reagudizaciones por sobrecarga o sobreesfuerzo, por ello es muy importante dosificar tanto la terapia como los ejercicios domiciliarios en función de la evolución sintomática.