

LA PATOLOGIA DELLA SPALLA

UN PO' DI ANATOMIA

L'articolazione della **spalla** non è un'articolazione unica, ma è costituita da **sette articolazioni differenti**, tutte egualmente indispensabili per la sua corretta funzionalità.

Oltre alle giunzioni articolari, la spalla affida la sua stabilità e mobilità ad azioni di muscoli altamente coordinati tra loro e alle strutture capsulo-legamentose. L'insieme di queste parti anatomiche, che agiscono in sincronia e coordinazione, costituisce quello che più comunemente è conosciuto come "complesso articolare della spalla".

LA CUFFIA DEI ROTATORI

I muscoli responsabili dei movimenti più complessi costituiscono la cosiddetta "**cuffia dei rotatori**", in quanto agiscono come rotatori e abduttori. Quest'ultimo movimento è svolto insieme al **deltoide**, che agisce in sinergia durante il movimento di allontanamento del braccio dal tronco (abduzione).

I muscoli rotatori sono **quattro**: il **sovraspinato** e **sottospinato**, il **piccolo rotondo** e il **sottoscapolare**, e si inseriscono sulla testa dell'omero ricoprendola "a cuffia". Tre dei quattro muscoli si inseriscono con un unico tendine grosso e piatto, dando origine a una particolare **struttura comune**.

È proprio a questo livello che le sollecitazioni meccaniche dovute ai movimenti quotidiani, all'uso lavorativo e sportivo, raggiungono l'intensità massima.

Inoltre, situata profondamente nel tendine comune, esiste una fitta rete di vasi sanguigni che si congiungono tra loro. Proprio per questo motivo anatomico e funzionale, questa zona è elettivamente interessata in caso di patologie che comprendono **tendiniti**, degenerazioni, calcificazioni e anche lesioni o rotture della cuffia stessa: da qui il nome di "**zona critica**".

PERCHÈ LA SPALLA SI LOGORA?

La causa più frequente di dolore di origine non traumatica alla spalla è la **tendinite** della **cuffia dei rotatori**,

e in particolare del **sovraspinato** (nel 90% dei casi). Il processo patologico insorge e si sviluppa all'interno del suo tendine,

ed è prevalentemente di natura **degenerativa**, come dire da "**consumo**": pensiamo infatti a come la spalla intervenga in quasi tutte le attività di vita quotidiana, in lavori manuali, pratiche sportive ecc.

Ricordiamo che lo spazio anatomico nel quale si muovono i tendini è alquanto ristretto, e ogni movimento produce attriti, compressioni e microtraumi che, nel tempo, possono dare origine a dolore e limitazione funzionale della spalla: dopo i 40-50 anni infatti (ma anche prima, in base a fattori costituzionali, occupazionali ecc.) spesso i tendini della cuffia presentano, anche senza sintomi particolari, segni di degenerazione e involuzione.

LA CALCIFICAZIONE

Spesso, come riscontro di un'ecografia o di una radiografia, troviamo il termine "calcificazione" di spalla o della cuffia o del tendine.

Che cos'è la calcificazione? Non è altro che una **deposizione di sali di calcio sulla zona infiammata** e degenerata all'interno del tendine (zona critica); inizialmente microscopica e spesso

asintomatica, con il tempo, se la causa originaria persiste, si “organizza” in grossolane calcificazioni, che diventano visibili alle indagini diagnostiche.

Il tendine così “degenerato e consumato” perde parte della sua funzionalità e subisce sollecitazioni e microtraumatismi sempre più intensi, sviluppando una reazione infiammatoria locale anche intensa che può portare a una vera e propria deformazione o tumefazione con dolore acuto durante il movimento, in particolare quello di abduzione del braccio (allontanamento del braccio dal corpo).

Una situazione del genere spesso sfocia nell’impotenza funzionale della spalla e prende il nome di **tendinite calcifica**.

DIAGNOSI

Una **tendinite degenerativa** della cuffia può rimanere a lungo asintomatica, manifestandosi invece improvvisamente con una sintomatologia dolorosa di intensità variabile a causa di un movimento brusco o, nei casi più frequenti, a causa di un normale movimento di attività quotidiana.

Dal punto di vista clinico, la palpazione manuale della parte anteriore e laterale della spalla risulta sempre molto dolorosa e il movimento passivo o attivo del braccio, anche minimo, risulta compromesso, limitato e debole.

I movimenti più dolorosi sono l’abduzione e la rotazione.

Dal punto di vista strumentale, la diagnosi si completa con una radiografia, o ancora meglio con un’**ecografia muscolo-tendinea**, grazie alla quale si riesce a focalizzare e valutare la gravità del problema sottostante.

Quando il quesito diagnostico è di più complicata risoluzione e, spesso, quando si ritiene necessario un intervento di tipo chirurgico, si prescrive la **risonanza magnetica**.

TRATTAMENTO

Nella fase acuta, che solitamente dura qualche giorno, si consiglia il **riposo articolare** (spesso è meglio tenere il braccio al collo), l’assunzione di farmaci **antinfiammatori** o sedativi del dolore e le applicazioni locali di **ghiaccio**.

Nei giorni successivi, quando si è ottenuta una riduzione soddisfacente del dolore acuto, è indicata la mobilizzazione della spalla con esercizi particolari (inizialmente passivi), noti come “esercizi pendolari di Codman, che escludono i movimenti di rotazione e abduzione, consentendo di mobilizzare l’articolazione con una leggera azione traente che serve a decomprimere i tessuti colpiti.

Solo quando il dolore è nettamente diminuito e l’articolazione è migliorata si possono intraprendere programmi di **riabilitazione fisioterapica** anche intensi al fine di evitare l’instaurarsi di rigidità dolorosa ingravescente della spalla, restituendone l’articolazione, la forza e quindi la funzionalità normale.