

# INESTABILIDAD DEL HOMBRO

La luxación/subluxación del hombro es la más frecuente de todas, puede llegar a hacerse inestable y en algunos casos dar lugar a artrosis (rara, como consecuencia de que el hombro sale y entra muchas veces). El hombro tiene una serie de factores estabilizadores que hace que no se luxe fácilmente, estos son:

- ♦ **Estáticos**
  - Geometría Articular
  - Labrum Glenoideo: el labrum glenoideo es un fibrocartílago que prolonga la concavidad y que cuando se daña ocasiona que la cabeza se siga saliendo (luxación recidivante).
  - Cápsula y Ligamentos
  - Presión Intraarticular Negativa
  - Fenómenos de Adhesión/Cohesión
  
- ♦ **Dinámicos:** ajustan la tensión de las estructuras capsulo-ligamentarias, tiene un efecto estabilizador de la compresión dinámica y contrarresta la acción de la musculatura motora.
  - Músculos rotadores
    - Movilizadores Primarios
      - Deltoides
      - Dorsal Ancho
      - Pectoral Mayor
      - Redondo Mayor
    - Estabilizadores Primarios
      - Subescapular
      - Supraespinoso
      - Infraespinoso
      - Redondo Menor
  - Tendón del bíceps

Hay una jerarquización en función de las fuerzas a las que se vea sometida, de modo que ante fuerzas pequeñas intervienen los factores de concavidad, presión y adhesividad; ante fuerzas intermedias la musculatura rotadora y frente a grandes fuerzas la estructura capsular, ligamentosa y ósea. Este sería el mecanismo de estabilización glenohumeral.

Más del 90% de las luxaciones son anteriores.

## ☞ CLASIFICACION DE LAS INESTABILIDADES

- ♦ **Grado**
  - Luxación: requiere reducción
  - Subluxación: sentimos el brazo como muerto, la reducción es espontánea.
- ♦ **Cronología**
  - Congénita
  - Aguda: menos de 72 horas
  - Crónica: más de 72 horas
  - Inveterada: son aquellas que han permanecido sin diagnosticar al menos 3 semanas
  - Recidivante: varios episodios de inestabilidad, también denominado luxación "habitual".
  - Habitual
- ♦ **Etiología**
  - Traumática: podemos ver que los pacientes tienen una posición forzada y que tienen dolor agudo ante la manipulación
  - Atraumática: de comienzo insidioso. Presentan molestias leves y la reducción es espontánea

- ♦ **Intencionalidad**
  - Voluntaria: asociada a trastornos de personalidad
  - Involuntaria
- ♦ **Dirección:**
  - Unidireccional
    - Anteriores: la recidivante dentro de este grupo es la más frecuente con una prevalencia del 90%
      - ▶ Subcoracoidea: es la más frecuente
      - ▶ Subglenoidea
      - ▶ Subclavicular
      - ▶ Intratorácica
    - Posteriores
      - ▶ Subacromial
      - ▶ Infraespinosa
      - ▶ Subglenoidea
    - Inferiores
      - ▶ Subglenoidea
      - ▶ Subtricipital
      - ▶ Erecta o en “mástil” hiperabducción, la cabeza se sale por debajo y se queda ahí.
    - Superiores
  - Multidireccional

## 🌀 INCIDENCIA

La luxación de hombro es la luxación más frecuente (45%).

La incidencia de luxación de hombro en la población es del 2 %

Podemos agrupar las luxaciones las podemos por causas:

- ♦ Las luxaciones posteriores se sitúan en torno al 2%
- ♦ Las luxaciones traumáticas se producen en el 96% de los casos

## 🌀 MECANISMO

Las luxaciones **atraumáticas** son debidas a la hiperlaxitud o es que son adquiridas

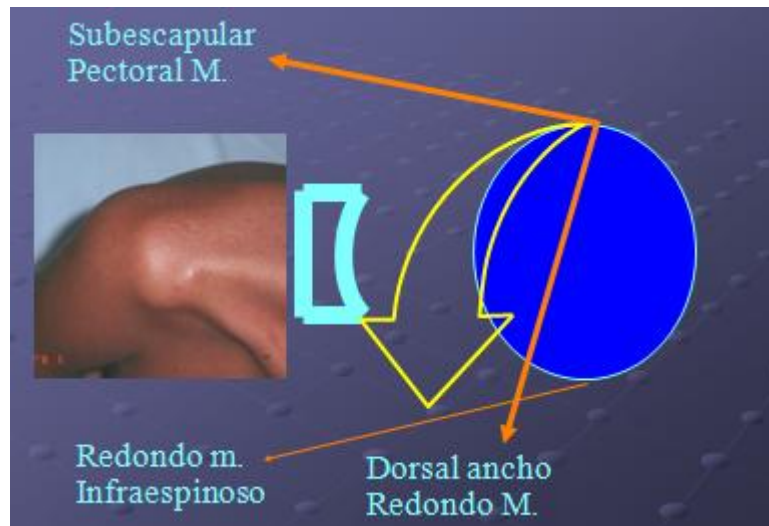
Las **traumáticas** pueden ser por:

- ♦ **Directo:** suponen la mayoría de las luxaciones. Se pueden producir por caída apoyando el codo o la mano, y según sea la posición del brazo, causará la luxación en una dirección u otra (anterior, posterior, superior, inferior). La mayor parte de las luxaciones se dan hacia delante, quedando la cabeza del húmero en posición anterior y subcoracoidea, aunque también puede quedar por debajo de la cavidad glenoidea o clavicular.
- ♦ **Indirecto:** son excepcionales, siendo más frecuentes las luxaciones posteriores (debidas a un fuerte golpe en dirección antero-posterior)
- ♦ **Contracción muscular.** electrocuciones o crisis epilépticas (por contractura muscular vigorosa)

## BIOMECÁNICA

Las luxaciones se producen por:

- ♦ Fatiga de los estabilizadores dinámicos
- ♦ Asincronía escapulohumeral
- ♦ Transferencia del stress a estabilizadores estáticos
- ♦ Atenuación de los estabilizadores estáticos

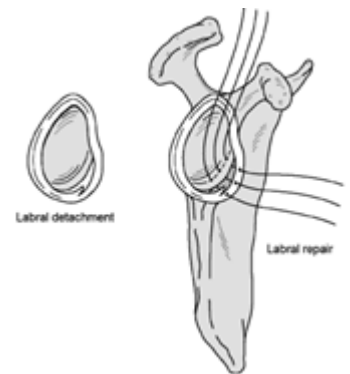


## ANATOMIA PATOLÓGICA

### De las luxaciones anteriores traumáticas primarias

En ella encontraremos:

- ♦ **Lesiones capsuloligamentosas: lesión de Bankart:** afectación del rodete glenoideo (labrum), el cual ante una luxación anterior es arrastrado detrás y acaba desinsertándose junto a la capsula y periostio. →
- ♦ **Lesiones óseas**
  - Lesiones de Hill-Sachs: esta lesión es propia de las luxaciones anteriores. Afecta a la cabeza del húmero, en la que se produce una muesca en la parte de atrás. Cuanta más hendidura, más facilidad para que se salga. (30-50%) Existen tres grados lesionales:
    - Grado I: lesión condral
    - Grado II: lesión ósea superficial
    - Grado III: defecto óseo
  - Borde glenoideo
  - Otras: troquiter
- ♦ **Lesiones del manguito rotador.**



### De las luxaciones atraumáticas.

- ♦ **Lesiones Capsuloligamentosas**
  - Cápsula redundante inferior-intervalo rotador
  - Labrum normal-hipoplásico

- Ligamentos poco patentes
- ◆ **Lesiones Oseas:** sin evidencia
- ◆ **Lesiones del Manguito Rotador**
  - Debilidad en rotación externa

## CLÍNICA

### De la inestabilidad aguda

**Historia clínica:** dentro de ella nos interesa el mecanismo de la lesión

**Examen físico:**

- ◆ Luxación anterior: nos encontraremos el hombro en charretera (se pierde el relieve normal redondeado del hombro al faltar la cabeza humeral, con lo que el deltoides cuelga directamente del acromion y la clavícula sobre la glenoides). →
- ◆ Luxación posterior: observamos una limitación en la rotación externa porque la cabeza está metida atrás.



### De la inestabilidad recidivante

**Historia clínica:** nos interesa para el diagnóstico varios datos como el mecanismo desencadenante, si la luxación se redujo espontáneamente y si el paciente retomó sus actividades sin muchos problemas

**Examen físico:** realizamos test de estrés en las distintas direcciones para comprobar la estabilidad articular intentado provocar una traslación excesiva o la aprensión del paciente. Dentro de los test de estrés destacan: (SOLO HAY QUE SABERSE LA DE APRENSIÓN PERO LEEROS LAS OTRAS POR SI ACASO)

- ◆ Test del Cajón Anterior y Posterior: el hombro normal debe tener un final de recorrido firme, con solo una leve traslación anterior, sin provocar resaltes, dolor o aprensión. Con el paciente sentado se estabiliza la escapula y se fuerza la traslación anteroposterior de la cabeza humeral
- ◆ Test del Surco: la aparición del surco subacromial es indicativa de inestabilidad.
- ◆ Test del Fulcro: provocamos la aprensión al acercar el hombro al punto de luxación
- ◆ Test de Aprensión: Consiste en la colocación de una mano en la muñeca y la otra a la altura del codo y, partiendo de 90-135° de abducción, se induce una rotación externa máxima.
- ◆ Test del Resalte: para la inestabilidad posterior.
- ◆ Test del Empuje y Tracción: ni siquiera viene en el libro...



## DIAGNÓSTICO

### De la inestabilidad recidivante

- ♦ **Radiología Simple**
  - Anteroposterior en R.I./R.E. (rotación interna/rotación externa)
  - Axilar
- ♦ **Tomografía Axial Computarizada**
  - Artro-TAC
- ♦ **Artrografía**
- ♦ **Resonancia Magnética Nuclear**
  - Artro-RMN
- ♦ **Proyecciones Dinámicas**

## COMPLICACIONES

### De las luxaciones traumáticas anteriores

- ♦ Vasculares
- ♦ Nerviosas
- ♦ Recidiva de la Inestabilidad: en general es de un 30%, pero en los mayores de 40 años disminuye hasta los 10-15%
- ♦ Artropatía de la Inestabilidad

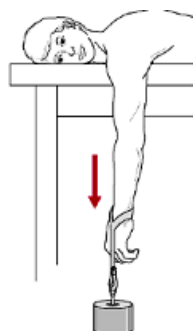
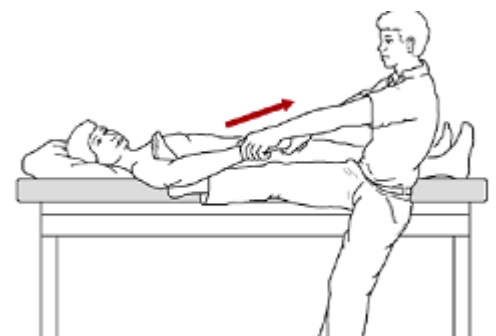
**De las luxaciones traumáticas posteriores:** nos encontramos sobre todo fracturas

## TRATAMIENTO

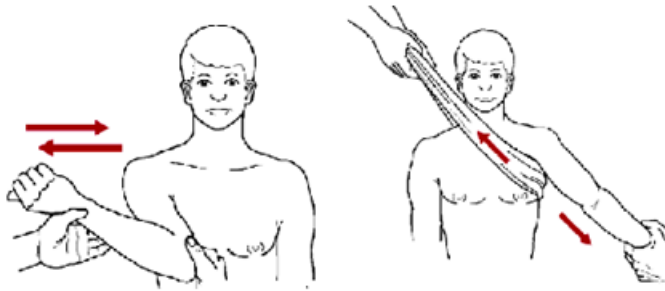
### De las luxaciones agudas

Se realizan maniobras de reducción sin anestesia en las primeras horas pero con el paso de las horas se requerirá sedación a anestésico local. Si la luxación es de más tiempo (semanas) será necesaria anestesia general. Todas las maniobras se basan en el principio de la tracción y palanca.

- ♦ **Método de Hipócrates:** Es el método clásico. Todavía se usa cuando sólo hay una persona disponible para la reducción. El talón del médico se sitúa en la axila y tira del brazo con una discreta rotación interna. Hay q tener cuidado con no lesionar el paquete vasculo-nervioso. →
- ♦ **Método de Stimson:** la reducción se consigue en decúbito prono con un peso que pende de la extremidad lesionada



- ♦ **Método de Milch:** mediante la abducción y rotación externa, la cabeza vuelve a su posición inicial. Se necesita a un ayudante y esta técnica resulta más agresiva que las 2 anteriores.



- ♦ **Método de Kocher:** es bastante criticado por la excesiva fuerza sobre las estructuras neurovasculares, partes blandas, y elementos óseos articulares, al tratarse de un método de apalancamiento. Se desarrolla en 4 fases: tracción, rotación externa, aducción y rotación interna. Ya no se usa.
- ♦ **Método de tracción en abducción y flexión.**

Tras la reducción se procede a la inmovilización durante 3 semanas. Aunque esto es discutido.

### Indicaciones quirúrgicas

En luxaciones posteriores cuando hay:

- Desplazamiento fractura troquín
- Fractura importante glenoides
- Luxaciones irreductibles
- Luxaciones abiertas
- Inestabilidad postreducción

### **De la inestabilidad recidivante anterior**

- ♦ **Tratamiento conservador:** no suele resolverse por ello usaremos alguna de las dos siguientes opciones
- ♦ **Cirugía abierta.** Las técnicas quirúrgicas que se usan se clasifican en:
  - Anatómicas: reparaciones del complejo labrum (anillo de tejido fibroso que se adjunta al borde de la glenoides)-capsuloligamentario
  - No anatómicas
    - Procedimientos sobre Subescapular
    - Transferencias de Coracoides y Topes Óseos
    - Osteotomías
    - Otros procedimientos
- ♦ **Cirugía artroscópica**
  - Reparaciones capsuloligamentosas
    - Suturas transglenoideas
    - Anclajes
  - Capsulorrafia térmica
  - Ligamentoplastia
  - Topes

## De la inestabilidad inferior y multidireccional

Este tipo de inestabilidades frecuentemente forma parte de lo que se ha dado a llamar en la literatura anglosajona el síndrome **AMBRI**: atraumática, multidireccional, bilateral que mejora con la rehabilitación y que si se indica cirugía se realizara un retensaje capsular inferior.

Este se contrapondría con el síndrome **TUBS**: traumática, unidireccional, lesión de Bankart, responde a cirugía (la S en TUBS), representando los dos extremos del espectro de inestabilidades.

Los resultados del **tratamiento conservador** suelen ser más satisfactorios en este grupo de pacientes con inestabilidades involuntarias, multidireccionales y atraumáticas. La cirugía se indica cuando tras un año continúan con dolor e incapacidad.

El **tratamiento quirúrgico** común es el **retensaje capsular inferior** (descrito por **Neer y Foster**) mediante abordaje anterior, posterior o combinado y desinserción de la capsula en su anclaje humeral y corrección de la laxitud.

Posteriormente se inmoviliza con yeso o con ortesis con el brazo en 10º de rotación externa, aducción y flexo-extensión neutra.

