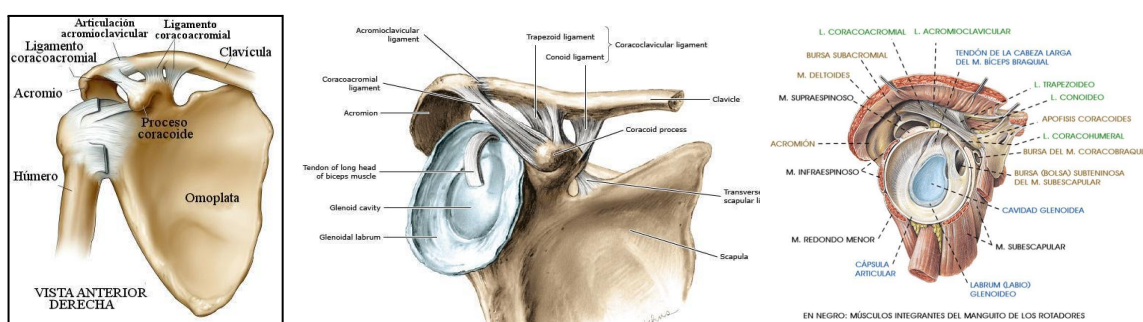


“La luxació d’espatlla en l’esport”

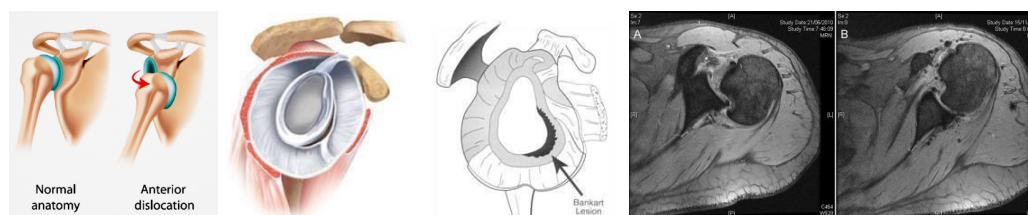
La luxació d’espatlla es defineix com la pèrdua de la relació anatòmica entre el cap de l’húmer i la glena (superfície òssia de l’escàpula amb la que s’articula). La sensació que expressa el pacient sol ser exactament aquesta: “...m’ha sortit l’espatlla del seu lloc...”. L’estabilitat de l’articulació de l’espatlla ve determinada per les estructures capsulol·ligamentoses i per la musculatura que l’envolta. La forma de les seves superfícies òssies, amb un cap humeral gran i circular i una glena petita i plana, fa que sigui una articulació intrínsecament inestable. Així doncs, una luxació implica necessàriament la **lesió de les parts toves que envolten l’articulació** de l’espatlla.



imatge 1: Detall anatòmic de les estructures capsulol·ligamentoses de l’articulació glenohumeral de l’espatlla. Una de les estructures més importants és l’anomenada **labrum o rodet**, la qual és una estructura fibrocartilaginosa que volteja la glena millorant la coaptació entre una superfície circular i una de plana.

La causa d’una luxació d’espatlla relacionada amb l’esport de contacte és fonamentalment traumàtica i les estructures capsulol·ligamentoses es lesionen de forma abrupte. La luxació traumàtica més freqüent és la **anterior**, en la qual el cap de l’húmer es situa per davant de la glena. Els **esports “de contacte”** són els de més risc (rugby, futbol, bàsquet, handbol, hoquei, arts marcial...), en els quals la luxació es produeix per la combinació accidental d’un traumatisme o caiguda sobre l’extremitat superior amb una posició forçada o un gest descoordinat de l’espatlla (generalment en abducció i rotació externa). D’altra banda, els esports que precisen moviments repetitius **“de llançament”** (waterpolo, tennis, handbol, beisbol...) poden afavorir l’aparició d’una laxitud adquirida dels elements capsulars-l·ligamentosos de l’espatlla, de manera que la luxació pot produir-se accidentalment per traumatismes de baixa energia o fins i tot en l’execució d’alguns moviments de la vida diària quan la musculatura es troba relaxada.

La luxació d’espatlla es manifesta clínicament amb l’aparició d’una deformitat evident del contorn de l’espatlla i d’un dolor intens que impedeix la seva mobilització en qualsevol direcció. La lesió principal consisteix en la ruptura de les estructures de subjecció articular anteriors (lesió de Bankart), a la qual s’associa sovint la deformitat òssia de la cara posterior del cap de l’húmer pel seu empotrament amb el marge anterior de la glena (lesió de Hill-Sachs). També poden associar-se a una luxació fractures del cap humeral o de la glena.

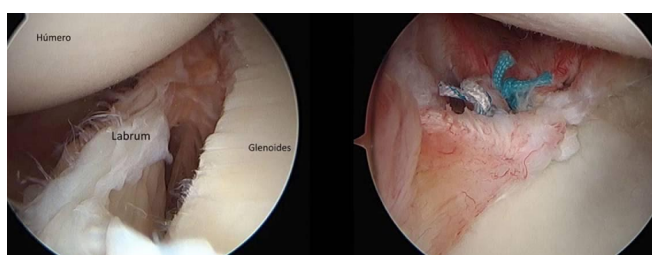


Imatge 2. Visió esquemàtica d'una luxació anterior. Detall esquemàtic de la lesió de Bankart del labrum anteroinferior. Imatge per Ressonància Magnètica de la lesió de Hill Sachs del cap humeral.

El primer pas a realitzar després d'una luxació d'espatlla és la seva "reducció" urgent mitjançant determinades maniobres de manipulació. El dolor i la limitació funcional desapareixen immediatament un cop l'articulació "recupera el seu lloc". Tanmateix, la lesió de les parts toves persisteix i s'ha de immobilitzar l'espatlla un període d'entre 3 i 4 setmanes per a que la cicatrització de la mateixa es produeixi sense moviment. Sempre s'ha de realitzar un estudi d'imatge per a valorar l'abast de la lesió, descartar la presència de lesions associades i establir una estratègia de tractament correcte.

El primer episodi s'acostuma tractar de forma conservadora, iniciant la rehabilitació al cap d'unes 4 setmanes d'immobilització; tanmateix, en població menor de 25 anys o esportista l'índex de recidiva és molt elevat i el tractament quirúrgic ja pot estar indicat després d'un primer episodi. La presència de una lesió extensa de parts toves, de lesions òssies associades o de múltiples episodis de luxació són indicacions absolutes de cirurgia.

El tractament quirúrgic d'elecció o de la inestabilitat d'espatlla és realitzat avui en dia de forma artroscòpica i poc invasiva, i consisteix fonamentalment en el reposicionament - reinscripció de les estructures lesionades a la cara anterior i inferior de la glena. També es realitza un gest quirúrgic en les estructures capsulotendinoses posteriors quan la deformitat ocasionada al cap de l'húmer sobrepassa unes determinades dimensions. Quan persisteix la inestabilitat de l'espatlla tot i haver realitzat un tractament artroscòpic correcte, cal plantejar una cirurgia oberta més agressiva en la que es col·loca un topall ossi a la part anterior de la glena (tècnica de Latarjet o tècnica de Hybinette).



Imatge 3: Visualització artroscòpica de la lesió de Bankart i la seva reconstrucció mitjançant la seva reinscripció amb sutures.

El retorn a l'activitat esportiva després del tractament quirúrgic s'inicia al cap de 3-4mesos; la competició s'ha de plantejar al voltant dels 6mesos, un cop la mobilitat i la potenciació muscular s'han assolit completament.



Dr. Xavier Casanova Canals
ATLES - Causse Clinic

Cirurgia de la mà i l'extremitat superior
Cirurgia artroscòpica i de l'esport