

LA LUXACIÓN DEL HOMBRO: CUANDO, PORQUÉ Y COMO SE TRATA.

¿Cuándo suele producirse una luxación de hombro en el deporte?

La luxación de hombro se define como la pérdida de relación anatómica entre la cabeza del húmero y la glena (superficie ósea de la escápula con la que se articula). La sensación que manifiesta el paciente suele ser exactamente la siguiente: “se me ha salido el hombro de sitio”.

La estabilidad del hombro viene determinada por las estructuras capsulo-ligamentosas y por la musculatura que la rodea. La forma de sus superficies óseas, con una cabeza humeral grande y circular, y una glena pequeña y plana, hace que sea una articulación intrínsecamente inestable. Así pues, una luxación implica necesariamente la **lesión de las partes blandas que envuelven la articulación** del hombro.

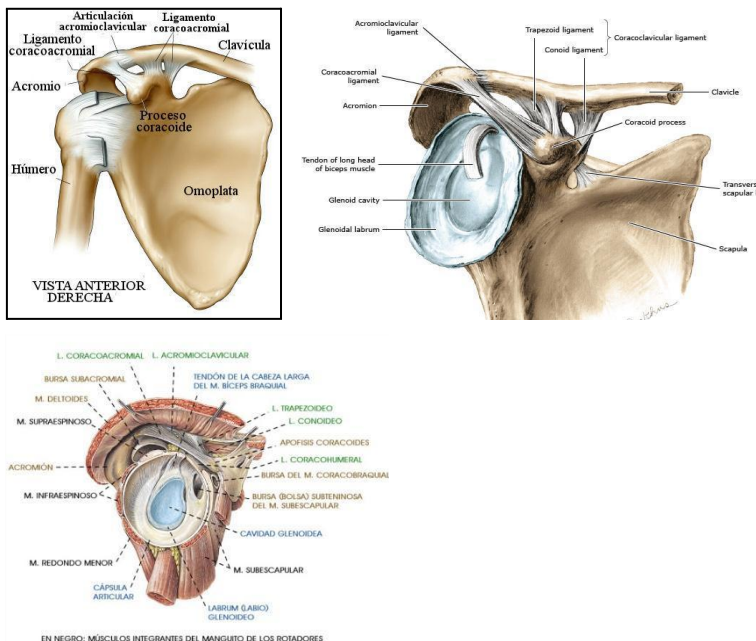


Imagen 1: Detalle anatómico de las estructuras capsulo ligamentosas de la articulación glenohumeral del hombro. Una de las estructuras más importantes es la denominada **LABRUM** o **RODETE GLENOIDEO**, la cual es una estructura fibrocartilaginosa que rodea la glena mejorando la coaptación entre una superficie circular y una plana.

¿Por qué suele producirse una luxación de hombro y en qué deportes es más frecuente?

La causa de una luxación de hombro relacionada con el deporte de contacto es fundamentalmente traumática y las estructuras capsulo-ligamentosas se lesionan de manera abrupta. La luxación traumática más frecuente es la anterior, donde la cabeza del húmero se sitúa por delante de la glena.

Los **deportes de contacto son los que suponen mayor riesgo** (rugby, fútbol, baloncesto, hándbol, hockey, artes marciales, etc.), donde la luxación se produce por la combinación accidental de un traumatismo o caída sobre la extremidad superior y una posición forzada o un

gesto descoordinado del hombro (normalmente en abducción y rotación externa, es decir, con el brazo separado del cuerpo y la palma de la mano mirando hacia delante). Por otra parte, los deportes que requieren la realización de movimientos repetitivos de lanzamiento (tenis, hándbol, waterpolo, béisbol...) pueden favorecer la aparición de una laxitud o hiperelasticidad local adquirida de los elementos capsulares-ligamentosos del hombro. Esta laxitud adquirida del hombro puede conllevar con el tiempo la aparición de una inestabilidad, la cual puede facilitar episodios de luxación por traumatismos de baja energía o incluso durante la ejecución de algún movimiento de la vida diaria, cuando la musculatura está relajada (por ejemplo durante el sueño).

¿Cómo se manifiesta la luxación de hombro?

La luxación de hombro se manifiesta clínicamente con la **aparición de una deformidad evidente en el contorno del hombro y un dolor intenso que impide su movilización** en cualquier dirección. La lesión principal consiste en la ruptura de las estructuras de sujeción articular anteriores (lesión de *Bankart*) a la que, a menudo, se asocia la deformidad ósea de la cara posterior de la cabeza del húmero por su empotramiento con el margen anterior de la glena (lesión de *Hill-Sachs*). También pueden asociarse a una luxación de hombro una fractura de la cabeza humeral o de la glena.

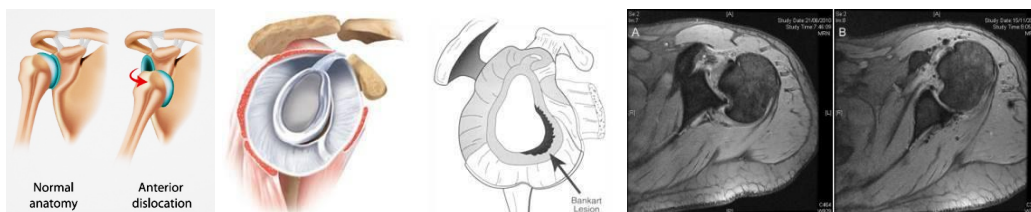


Imagen 2: Visión esquemática de una luxación anterior. Detalle esquemático de la lesión de Bankart del labrum anteroinferior. Imagen por resonancia magnética de la lesión de Hill Sachs de la cabeza humeral.

¿Cómo abordar y tratar una luxación de hombro?

El primer paso después de una luxación de hombro es su “reducción” urgente mediante determinadas maniobras de manipulación. El dolor y la limitación funcional desaparecen inmediatamente cuando la articulación “vuelve a su sitio”. No obstante, la lesión de las partes blandas persiste y se debe inmovilizar el hombro durante 3-4 semanas para que la cicatrización se produzca sin movimiento. Siempre se debe hacer un estudio de imagen para valorar el alcance de la lesión y descartar la presencia de lesiones asociadas, con el objetivo de establecer una estrategia de tratamiento correcta.

El primer episodio **se suele tratar de manera conservadora**, iniciando la rehabilitación al cabo de unas 4 semanas de inmovilización. Sin embargo, en población menor de 25 años o deportistas, el índice de recidiva es muy alto y **el tratamiento quirúrgico ya puede estar indicado** después de un primer episodio. La presencia de una lesión extensa de partes blandas, de lesiones óseas asociadas o de múltiples episodios de luxación son indicaciones de cirugía.

El tratamiento quirúrgico de elección se realiza actualmente de manera [artroscópica](#) y poco invasiva, y consiste, fundamentalmente, en el reposicionamiento o re inserción de las estructuras lesionadas en la cara anterior e inferior de la glena. También suele hacerse una

acción quirúrgica en las estructuras capsulo-tendinosas posteriores cuando la deformidad en la cabeza del húmero (lesión de Hill-Sachs) sobrepasa determinadas dimensiones (técnica de *Reemplissage*). Cuando persiste la inestabilidad del hombro, a pesar de haber hecho un tratamiento artroscópico correcto, es necesario plantear una cirugía abierta más agresiva donde se coloca un tope óseo en la parte anterior de la glena (técnica de Latarjet o técnica de Hybinette).

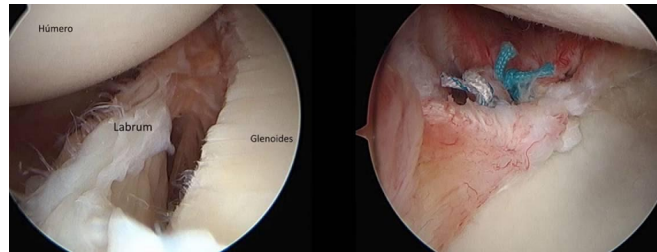


Imagen 3: visualización artroscópica de la lesión de Bankart y su reconstrucción mediante su inserción con suturas.

¿Cuándo podrá el paciente retomar la actividad deportiva?

La vuelta a la actividad deportiva tras el tratamiento quirúrgico tendrá lugar al cabo de 3-4 meses. Los especialistas en [Traumatología deportiva](#) recomiendan que la competición se debe plantear alrededor de los 6 meses, una vez se hayan alcanzado completamente la movilidad y la potenciación muscular.