



Rehabilitación del hombro inestable

T. Marc, D. Rifkin, T. Gaudin, J. Teissier

La función de la articulación escapulohumeral requiere una gran movilidad para permitir la orientación de la mano en el espacio durante las actividades de la vida corriente o deportivas. Esta gran movilidad implica al nivel articular una conformación anatómica de escasa congruencia y, por tanto, una estabilidad principalmente de origen capsuloligamentario y tendin muscular. Esta estabilidad debe ser dinámica y ajustarse durante todo el movimiento, en particular en las situaciones de riesgo. Este ajuste depende de contracciones musculares que se adaptan y varían según la posición del brazo en el espacio; esta regulación es posible gracias a un conjunto de fenómenos de retroalimentación y prealimentación cuyas aferencias propioceptivas y sensitivas, conscientes e inconscientes, son el punto de partida. El rehabilitador confrontado a una patología de inestabilidad escapulohumeral debe dominar los conocimientos fundamentales sobre los distintos modos de integración de estas aferencias propioceptivas, el tratamiento de las mismas en la corteza cerebral y la forma de mejorarlas para permitir que el paciente reanude sus actividades con total seguridad tras un episodio de luxación.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Rehabilitación; Hombro; Inestabilidad; Luxación; Propiocepción

Plan

■ Introducción	1
Conceptos fundamentales	3
Sistemas de contención	3
Organización neuromotora de la estabilidad	3
■ Rehabilitación	6
Fase 1	8
Fase 2	11
Fase 3	15
Fase 4	15
Criterios para la finalización del tratamiento	16
Caso particular de las inestabilidades operadas	16
■ Conclusión	16

■ Introducción

Suele afirmarse que el hombro debe ser móvil, indoloro y estable. En la exploración inicial de un paciente, el equipo médico se centra esencialmente en el dolor, el déficit de movilidad, la integridad de las diferentes estructuras anatómicas y la fuerza durante la realización de la evaluación funcional. Sin embargo, la experiencia demuestra que, por encima de un cierto umbral, el dolor y, sobre

todo, la restricción de movilidad se toleran relativamente bien. En lo que respecta al déficit de fuerza, pocos pacientes lo refieren. Además, los tratamientos rehabilitador y médico, así como, en algunos casos, la cirugía permiten en la actualidad recuperar la movilidad y la ausencia de dolor. En cambio, una sensación de inestabilidad o una inestabilidad verdadera, cuando están presentes, pueden alterar considerablemente la función del hombro y, en algunos casos, causar una incapacidad total y dolorosa del miembro superior.

En la mayoría de los casos, el rehabilitador es el encargado de asumir este problema de inestabilidad, porque la indicación quirúrgica nunca se plantea como primera elección. Además, suele afectar a pacientes jóvenes que aún no han terminado su crecimiento, lo que obliga a diferir la estabilización quirúrgica. En tal caso, todo el tratamiento se basa en la rehabilitación.

La frecuencia de los hombros inestables ha aumentado en las últimas décadas, con la aparición de la civilización de las actividades recreativas. El aumento de la práctica deportiva incrementa lamentablemente la micro y la macrotraumatología por dos fenómenos. El primero es la multiplicación de ciclos realizados por el hombro (proporcional al número de horas de entrenamiento), que incrementa inevitablemente la inestabilidad por microtraumatismo. El segundo fenómeno, responsable de inestabilidad o de luxación, es el esfuerzo físico,

Cuadro 1.

Estimación de la probabilidad de una recidiva en los dos años posteriores a un primer episodio de luxación glenohumeral en función de la edad y del sexo (de Robinson et al [4]).

Edad	Varones	Mujeres
15	0,86	0,54
16	0,84	0,51
17	0,81	0,48
18	0,78	0,45
19	0,75	0,42
20	0,72	0,40
21	0,69	0,37
22	0,66	0,34
23	0,62	0,32
24	0,59	0,30
25	0,56	0,28
26	0,53	0,26
27	0,50	0,24
28	0,47	0,22
29	0,43	0,20
30	0,41	0,19
31	0,39	0,17
32	0,36	0,16
33	0,34	0,15
34	0,31	0,14
35	0,29	0,13

que provoca impactos cada vez más violentos. Los traumatismos, secundarios a absorciones de energía mucho más importantes que hace unos años, provocan lesiones anatómicas también más graves.

Estos traumatismos del hombro pueden oscilar de una simple contusión del manguito de los rotadores (caída sobre el muñón del hombro en esquí) a una fractura, o una luxación acromioclavicular o escapulothumeral. Esta última afecta al 1-2% de la población y representa al 11% de los traumatismos del hombro; el 96% de las luxaciones glenohumerales son de origen traumático y el 97% de ellas son anteriores. La incidencia es del 8,2-23,9 por 100.000 por año, dependiendo de los estudios. La proporción varón:mujer es de 2,55:1, y el 50% de las luxaciones se producen entre los 15 y los 29 años [1]. Sin rehabilitación, la recidiva es frecuente en los dos años posteriores, sobre todo en los individuos jóvenes (Cuadro 1). Parece que existe un factor constitucional, pues se encuentran antecedentes familiares en el 25% de los casos [2,3].

En algunos casos, la evolución se produce hacia la «curación» (recuperación de la movilidad, de la ausencia de dolor y de la estabilidad). Otras veces, la evolución se produce hacia un hombro inestable, en ocasiones con luxaciones recidivantes. La presencia asociada de una hiperlaxitud constitucional requiere un control neuromuscular superior a lo normal para que se tolere bien. Cuando éste es ligeramente insuficiente (instalación progresiva o postraumática leve), la estabilidad del hombro podría verse comprometida y evolucionar progresivamente hacia luxaciones, sin que haya ningún traumatismo grave desencadenante.

Aunque los factores de riesgo de este tipo de patología estén bien definidos, la prevención primaria sólo puede realizarse en el marco de acciones preventivas en el medio deportivo. En cambio, dado que la recidiva y la evolución hacia la cronicidad son las principales complicaciones de esta patología, se debe llevar a cabo una prevención secundaria desde la primera luxación. La rehabilitación de la inestabilidad del hombro no sólo debe tener un objetivo curativo en las primeras etapas para restituir unas amplitudes articulares normales y la ausencia de dolor, sino que



Figura 1. Omartrosis avanzada tras estabilización con tope.



Figura 2. Hemiartroplastia de hombro colocada tras la evolución artrósica de una inestabilidad glenohumeral.

también ha de tener un objetivo preventivo para evitar las recidivas.

El tratamiento inicial, basado en la rehabilitación, ha consistido durante mucho tiempo en la tonificación del subescapular; los resultados obtenidos muestran que, en los pacientes menores de 25 años, la recidiva se producía en el 60-94% de los casos, mientras que en los mayores de esa edad, se producía en el 15% de los casos [5]. En las luxaciones recidivantes, se puede realizar una estabilización quirúrgica, seguida de varios meses de rehabilitación. Las tasas de recidiva son muy bajas y la recuperación funcional es satisfactoria. Sin embargo, un estudio de los resultados a medio plazo muestra complicaciones o secuelas que no son irrelevantes. Después de una estabilización con tope, Mansat y Bellumore [6] han observado un 33% de pacientes que presentan dolor con los movimientos forzados o una fatigabilidad más importante. Estos resultados son idénticos a los observados por Déjour [7]. Además, la evolución artrósica de la articulación escapulothumeral, al contrario de lo que podría creerse, no se detiene por la cirugía. Buscayret et al [8] la observan en el 20% de los casos y Mansat y Bellumore [6] en el 31%. Esta omartrosis aumenta con el seguimiento postoperatorio y requiere en ocasiones la colocación de una prótesis total (Figs. 1 y 2).

Los progresos realizados en los últimos años en la comprensión del concepto de estabilidad del hombro, asociados al mejor conocimiento de las distintas lesiones observadas después de la luxación, han hecho evolucionar los protocolos de rehabilitación. Deben permitir no sólo una recuperación funcional satisfactoria, sino sobre todo tratar de disminuir las secuelas y evoluciones desfavorables.

Antes del estudio de la rehabilitación, se recordarán los conceptos esenciales en los que se basan la elaboración y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558539>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558539>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)