



ORIGINAL

## Inestabilidad de hombro: una revisión de las opciones de manejo



Juan C. Jaramillo Franco<sup>a,\*</sup> y Camilo Restrepo Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Ortopedista de la Universidad Pontificia Bolivariana, Subespecialista en Hombro y Codo de la Universidad de Texas, Miembro de la Sociedad Antioqueña de Ortopedia y Traumatología, Miembro de la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Ortopedista de la Clínica El Campestre y del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Estudiante de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias de la Salud-Interno Menor, Medellín, Colombia

Recibido el 25 de enero de 2016; aceptado el 15 de julio de 2016

Disponible en Internet el 6 de septiembre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Inestabilidad;  
Articulación;  
Hombro;  
Manejo;  
Tratamiento;  
Artroscopia;  
Cirugía

**Resumen** Se sabe que el hombro es la estructura con mayor rango de movilidad del cuerpo, propiedad que irónicamente la vuelve más susceptible a luxarse, lo que es un reto importante para los ortopedistas ya que se estima una tasa de presentación de 11,2/100.000 personas por año con una prevalencia del 2% en la población general. El origen traumático es la principal causa del primer episodio de luxación anterior de hombro en el 95% de los casos, mientras que las posteriores son el 2-4% de todas las luxaciones glenohumorales. Existen datos que reportan una incidencia en la población americana entre 8,2 y 23,9/100.000 personas por año. La distribución de la luxación de hombro se ha ido presentado de manera particular con picos poblacionales en la segunda y sexta décadas de la vida.

Existen dos maneras de abordar esta entidad: de forma conservadora o quirúrgica. Esta última forma cuenta con dos opciones: abierta o cerrada (artroscópica). Respecto al manejo conservador, la técnica tradicional es la inmovilización con cabestrillo o *brace* en una posición neutral durante 2-4 semanas después de la reducción si estamos ante la presencia de una luxación, con indicación de iniciar rápidamente movimientos en reposo y asistidos que sirvan como rehabilitación. Actualmente se dispone de varias herramientas para la evaluación de la calidad de vida después de los procedimientos. En este caso se va a hacer hincapié en la escala de WOSI, la cual evalúa de manera específica la calidad de vida en los pacientes con antecedentes de inestabilidad de hombro.

*Nivel de evidencia clínica:* Nivel IV.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jjaramillo@hptu.org.co](mailto:jjaramillo@hptu.org.co), [jjaramillofranco@hotmail.com](mailto:jjaramillofranco@hotmail.com) (J.C. Jaramillo Franco).

**KEYWORDS**

Instability;  
Joint;  
Shoulder;  
Management;  
Treatment;  
Arthroscopic;  
Surgery

**Shoulder instability: Management current concepts**

**Summary** It is known that shoulder is the structure in the body with the highest range of motion, property that ironically makes it more susceptible to dislocations, which is a major challenge for orthopedists. Shoulder dislocation has an incidence of 11.2/100,000 people per year, with a prevalence of 2% in general population. Traumatic dislocation is the main cause of first episode of anterior shoulder dislocation in 95% of the patients, while the posterior dislocation is 2-4% of all gleno-humeral dislocations. There are data reporting the incidence in the American population between 8.2 and 23.9/100,000 people per year. The distribution of shoulder dislocation has been presented in a particular way with population peaks in the second and sixth decades of life.

There are two ways to manage this kind of situations, conservatively or surgically, for surgery there are two management options: open or closed (arthroscopic). With regard to conservative management the traditional technique is immobilization with sling or brace in a neutral position for 2-4 weeks after reduction, when we are in the presence of a dislocation that requires rapid start of movements at rest as well as assisted in order to rehabilitate the patient. Currently there are several tools to assess the quality of life following any shoulder procedure. It is worth mentioning WOSI scale which specifically evaluates the quality of life in patients with a history of shoulder instability.

*Evidence Level: IV.*

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

**Introducción**

El objetivo de esta revisión fue determinar cuál de las técnicas disponibles para el manejo de la inestabilidad de hombro es la indicada según el origen y cuál es la que ha presentado menor tasa de recurrencia y mejores resultados a largo plazo.

**Anatomía estructural**

La articulación glenohumeral comprende una red compleja de estructuras estáticas y dinámicas que le confieren firmeza, pero, cuando en algún momento se ven comprometidas, pueden desencadenar luxaciones y posteriormente inestabilidad recurrente<sup>1</sup>. Dentro de los componentes dinámicos se encuentran el manguito de los rotadores, la cabeza larga del bíceps y el deltoides; además, los estabilizadores estáticos incluyen la cápsula y la presión negativa en su interior, el rodete, la congruencia ósea y los ligamentos glenohumerales, cada uno de los cuales tiene una función específica. La función del ligamento glenohumeral superior es oponerse al desplazamiento inferior y la rotación externa del húmero cuando el brazo se encuentra en aducción. El medio se encarga de resistir la rotación externa y provee de estabilidad anterior cuando la extremidad realiza abducción. El inferior posee dos porciones, anterior y posterior; la primera cumple la función más relevante, pues impide el desplazamiento anteroinferior de la cabeza humeral<sup>2</sup>. Un aspecto esencial tiene que ver con la congruencia que existe entre la cabeza humeral y la glenoides escapular, donde la superficie de contacto de ambas estructuras no es mayor del 30%, lo que nos lleva a pensar que la estabilidad de hombro está determinada principalmente por los tejidos blandos que

se encuentran alrededor ya mencionados y le confieren un amplio grado de movilidad, pero a su vez esto es un factor predisponente para luxaciones<sup>3</sup>.

La articulación glenohumeral es la estructura que se luxa con más frecuencia en el cuerpo humano y esto es el principal desencadenante de inestabilidad<sup>4</sup>. Se sabe que es la estructura con mayor rango de movilidad en el cuerpo, propiedad que irónicamente la vuelve más susceptible a luxarse, lo que es un reto importante para los ortopedistas ya que se estima una tasa de presentación de 11,2/100.000 personas por año con una prevalencia del 2% en la población general. El origen traumático es la principal causa del primer episodio de luxación anterior de hombro en el 95% de los casos<sup>5</sup>, mientras que las posteriores son el 2-4% de todas las luxaciones glenohumerales<sup>6</sup>. Existen datos que reportan la incidencia en la población americana entre 8,2 y 23,9/100.000 personas por año. La distribución de la luxación de hombro se ha ido presentado de manera particular con picos poblacionales en la segunda y sexta décadas de la vida. Sin embargo, es de notar que los jóvenes son el grupo en que se presenta la mayor incidencia, con estudios que señalan al colágeno de tipo 3, el cual predomina en los tejidos blandos alrededor de la cápsula articular, como una de las causas que está a favor de la laxitud estructural. Tanto es así que la recurrencia puede llegar a ser del 100% en menores de 20 años y de menos del 20% en los pacientes mayores de 40 años.

**Fisiopatología**

Esta condición puede ser el resultado de alteraciones en la integridad estructural, ya sea por hiperelasticidad de la cápsula, disfunción de los ligamentos glenohumerales,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803094>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803094>

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