

PATIENT INFORMATION

Lesión de la articulación acromioclavicular (separación del hombro)



Una lesión de la articulación acromioclavicular (dislocación del hombro): el extremo externo de la clavícula se separa de la escápula.

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Esta lesión casi siempre se produce tras una caída directa sobre la punta del hombro: al caerse de una bicicleta, tras un placaje o un contacto fuerte en el deporte, o simplemente al tropezar sobre una superficie dura. De inmediato, la parte superior del hombro duele, y durante el día o dos siguientes suele aparecer un **bulto sensible o una protuberancia** justo en la punta, donde la clavícula se une al hombro.

Esa zona duele al tacto y al levantar el brazo; además, estirar el brazo hacia el lado opuesto del cuerpo o por encima de la cabeza resulta especialmente incómodo. Al presionar ese bulto, se siente **elástico**, como si se estuviera presionando el extremo de la clavícula y esta volviera a recuperar su posición, algo similar a pulsar una tecla de piano. Muchas personas, instintivamente, sostienen el brazo con la mano, pues dejarlo colgar provoca tirantez en la articulación dolorida. A esto es a lo que se refieren cuando hablan de una “**dislocación de hombro**”, aunque no es lo mismo que una luxación, en la cual la cabeza del hueso del hombro sale de su cavidad articular.

¿Qué está ocurriendo realmente?

En la parte superior del hombro existe una pequeña articulación donde el extremo externo de la **clavícula** se une a una protuberancia ósea del omóplato llamada **acromion**. Esta es la **articulación acromioclavicular (AC)**. Queda unida gracias a ligamentos: tanto los que rodean la propia articulación como un conjunto de

ligamentos fuertes situados un poco más abajo (los ligamentos **coraco-claviculares**, o CC) que actúan como amarras que sujetan la clavícula.

Al caerse sobre el punto del hombro, el omóplato se desplaza hacia abajo mientras la clavícula permanece en su sitio, **estiraban o desgarran esos ligamentos**. Cuando solo se distienden los ligamentos propios de la articulación, la clavícula se mantiene más o menos en su posición. Si además se rompen esos ligamentos más fuertes, la clavícula deja de estar sujeta y asciende, lo que genera el bulto y el desnivel visibles.

Los cirujanos clasifican estas lesiones según el grado de daño mediante una escala llamada **clasificación de Rockwood, del I al VI**. Los grados **I y II corresponden a distensiones** con poco o ningún desplazamiento; el grado **III se sitúa a medio camino**, con un bulto perceptible pero el hombro aún funciona razonablemente bien; y los grados **IV a VI representan lesiones de alto grado**, en las que la clavícula queda muy desplazada. Cabe señalar que este problema es distinto tanto de una **articulación AC desgastada y artrósica** (por el desgaste acumulado a lo largo de los años) como de una **fractura de clavícula** (ambos temas los abordamos por separado).

¿Qué podemos hacer al respecto?

En nuestra clínica, el Dr. Kieran Hirpara aborda esta lesión confirmando primero el diagnóstico mediante una evaluación exhaustiva e imágenes. Por lo general, iniciamos con tratamiento no quirúrgico en casos crónicos y solo consideramos la cirugía si este enfoque no brinda suficiente alivio.

La buena noticia es que **la mayoría de las lesiones de la articulación AC no requieren cirugía**.

Las **lesiones de grado bajo (grados I, II y la mayoría del grado III)** se tratan de forma sencilla. Un **cabestrillo para mayor comodidad**, usado durante un par de semanas, reduce la carga sobre la articulación y permite que la irritación disminuya. Una vez que el dolor inicial disminuye, la **fisioterapia** restaura el movimiento y fortalece los músculos alrededor del omóplato y el hombro. En general, los pacientes recuperan una buena, a menudo total, funcionalidad y vuelven a sus actividades laborales y deportivas. La única advertencia es de tipo estético: incluso tras la curación completa, el bulto en la parte superior del hombro suele permanecer para siempre. Aunque se ve distinto al otro lado, normalmente no impide el correcto funcionamiento del hombro.

La cirugía se reserva para las lesiones que realmente la necesitan. Es decir, para las **lesiones de grado alto (grados IV, V y VI)**, donde la clavícula está muy desplazada, y para un grupo menor de lesiones de grado bajo que siguen siendo dolorosas, débiles o inestables a pesar de una rehabilitación adecuada; especialmente en personas que realizan trabajos manuales pesados o actividades por encima de la cabeza, así como en atletas de alto nivel. La operación reconstruye los ligamentos desgarrados para volver a colocar la clavícula en su posición correcta y mantenerla allí mientras cicatriza. Hablamos de este procedimiento por separado en la sección sobre estabilización de la articulación AC.

Qué esperar

En la gran mayoría de los pacientes con lesiones de bajo grado, el pronóstico es favorable. El dolor agudo desaparece en unas pocas semanas y, con fisioterapia, el hombro recupera progresivamente su fuerza y amplitud de movimiento. La mayoría vuelve a sus actividades y deportes habituales, aceptando que el **bulto que queda puede ser un recordatorio permanente** de la lesión, sin que ello limite la funcionalidad del hombro. Incluso algunas lesiones de grado III, que a primera vista parecen graves, evolucionan bien sin necesidad de cirugía.

Las lesiones que requieren más tiempo para curarse son las de alto grado, así como aquellas de bajo grado que simplemente no mejoran. En estos casos, la cuestión clave es **si la reconstrucción permitirá obtener un hombro más estable, fuerte y menos doloroso** para soportar las exigencias de su vida diaria. La respuesta depende en gran medida de su trabajo, de su deporte y de cómo se comporte el hombro durante las primeras semanas. Existen pruebas suficientes de que esta decisión debe tomarse con calma, dándole al hombro una oportunidad de mejorar antes de optar por la cirugía, pero sin dejar una lesión de alto grado y claramente inestable sin tratamiento durante tiempo prolongado.

Cuándo consultar a un especialista

- **Una caída sobre la punta del hombro** que provoca dolor, además de una protuberancia o abultamiento sensible en la parte superior; merece ser evaluada, tanto para determinar el grado de la lesión como para descartar una fractura de clavícula.
- **Un bulto evidente y prominente**, acompañado de la sensación de que el brazo “se arrastra” hacia abajo: esto indica una lesión de mayor grado que requiere una evaluación adecuada.
- **Dolor o debilidad que no mejora** tras varias semanas de uso de cabestrillo y fisioterapia, especialmente si realiza trabajos pesados, levanta objetos por encima de la cabeza o practica deportes.
- **Piel tensa sobre el bulto**, cambios en el color de la piel en esa zona, o cualquier sensación de que el hueso presiona fuertemente contra la piel: es necesario acudir a un especialista lo antes posible.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. Una lesión de la articulación acromioclavicular merece ser leída con más detenimiento, debido a una discrepancia que subyace en toda decisión al respecto: la cirugía corrige de manera fiable lo que muestra la radiografía, pero no modifica de forma fiable el funcionamiento final del hombro.

LA CIRUGÍA CORRIGE LA IMAGEN, NO EL RESULTADO FUNCIONAL

Las separaciones de alto grado se ven alarmantes en las radiografías: la clavícula queda claramente desplazada respecto al omóplato, y parece lógico pensar que volverla a su posición original sería beneficioso. Sin embargo, al analizar **954** pacientes con dislocaciones agudas de alto grado, **no se observó diferencia clínica alguna en las puntuaciones de resultado funcional** entre quienes recibieron tratamiento quirúrgico y quienes no. Las

diferencias que sí existieron fueron en ambos sentidos: el grupo sin cirugía **regresó al trabajo más rápidamente**, aunque aceptó un resultado estético peor; en cambio, la cirugía logró una mejor reducción radiográfica [1].

Al limitarnos al tipo III según la clasificación de Rockwood —el grado en el que el debate sigue vigente—, un estudio de 2025 con **397** pacientes no halló diferencias significativas ni en la función objetiva ni en la percibida por los pacientes. La cirugía sí mejoró la reducción articular, pero conllevó un riesgo mayor de complicaciones quirúrgicas [2]. Un estudio previo con **646** hombros llegó a la misma conclusión desde otro enfoque: no hubo diferencias significativas en cuanto a aparición posterior de artritis o dolor persistente; sin embargo, la tasa de recurrencia en el grupo quirúrgico fue del **14%** [3].

Tres conjuntos de evidencias independientes, una sola conclusión: la deformidad es real y permanente sin intervención quirúrgica; no obstante, corregirla no modifica de manera significativa la funcionalidad del hombro.

POR LO TANTO, LA DECISIÓN SE BASA EN EL BULTO, NO EN LA FUNCIÓN

Esa redefinición es el valor práctico de la evidencia científica. Si la pregunta es “¿La cirugía hará que mi hombro funcione mejor?”, la respuesta honesta es que no se ha demostrado que así sea. Si la pregunta es “¿La cirugía eliminará esa protuberancia en mi clavícula?”, la respuesta suele ser sí; para algunas personas, en ciertas profesiones y deportes, eso por sí solo es suficiente motivo para operarse.

Es una razón válida para someterse a una cirugía. Simplemente se trata de un motivo distinto al que la mayoría de las personas supone que les está siendo ofrecido.

NINGUNA TÉCNICA SE HA IMPUESTO, Y UNA RESULTA CLARAMENTE PEOR

Una vez tomada la decisión de operar, la elección del método de fijación genera mucha atención, pero poca diferenciación entre opciones. En **939** pacientes, los resultados subjetivos tras el tratamiento quirúrgico fueron **similares en todas las modalidades**; sin embargo, la fijación con placa de gancho y con agujas K presentaron las tasas de complicaciones más altas, mientras que la técnica modificada de Weaver-Dunn mostró la mayor tasa de reoperaciones no planificadas [4]. Al comparar las dos técnicas más empleadas en la actualidad en **399** pacientes, el uso de botones de sutura arrojó mejores puntuaciones funcionales y menor dolor que la placa de gancho, sin diferencias significativas en el tiempo quirúrgico, complicaciones o pérdida de reducción [5].

Los estudios de reconstrucción apuntan en la misma dirección. En **4,473** pacientes, las reconstrucciones biológicas y sintéticas obtuvieron mejores puntuaciones funcionales que la osteosíntesis [6]; además, en **1,020** pacientes las reconstrucciones anatómicas rindieron mejor, siendo las técnicas artroscópicas superiores a las abiertas [7].

En general, las reconstrucciones anatómicas modernas se agrupan en un mismo rango de resultados, mientras que los implantes rígidos más antiguos quedan por debajo. Dentro del grupo moderno, las diferencias son lo suficientemente pequeñas como para que la familiaridad del cirujano sea un criterio razonable a la hora de elegir.

UNO DE CADA CINCO PACIENTES PRESENTA OTRA LESIÓN DENTRO DE LA ARTICULACIÓN

Este hallazgo es importante saberlo, ya que dichas lesiones no se observan en las radiografías que sirven para el diagnóstico.

Al analizar a **860** pacientes con dislocaciones agudas de la articulación acromioclavicular tratadas quirúrgicamente, **aproximadamente uno de cada cinco presentaba una lesión intraarticular asociada que requería intervención adicional**; en la mayoría de los casos se trataba de patología del labrum o del manguito rotador. Por ello, los autores abogan por realizar una inspección artroscópica de la articulación, incluso cuando la propia reconstrucción se realiza mediante cirugía abierta [8].

Esto también explica por qué, en una minoría de casos, el hombro sigue doliendo tras una reconstrucción realizada correctamente: es posible que el paciente haya sufrido otra lesión desde el principio.

REFERENCIAS

- [1] Chang N, Furey A, Kurdin A. Tratamiento quirúrgico frente a no quirúrgico de las dislocaciones agudas de grado alto del complejo acromioclavicular: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Trauma. 2018;32(1):1-9. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004>
- [2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Cirugía versus tratamiento conservador: ¿cuál es el mejor tratamiento para la dislocación aguda del complejo acromioclavicular de tipo III según Rockwood? EFORT Open Rev. 2025;10(3):141-50. <https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077>
- [3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. Tratamiento quirúrgico frente a conservador de la dislocación del complejo acromioclavicular de tipo III: una revisión sistemática. Br Med Bull. 2017;122(1):31-49. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx003>
- [4] Moatshe G, Kruckeberg BM, Chahla J, Godin JA, Cinque ME, Provencher MT, et al. Reconstrucción de los ligamentos acromioclavicular y coracoclavicular en casos de inestabilidad del complejo acromioclavicular: una revisión sistemática de los resultados clínicos y radiográficos. Arthroscopy. 2018;34(6):1979-95. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016>
- [5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. Botón de sutura frente a placa con gancho para la dislocación aguda e inestable del complejo acromioclavicular: un metaanálisis. Am J Sports Med. 2019;48(4):1023-30. <https://doi.org/10.1177/0363546519858745>
- [6] Saccomanno MF, Sircana G, Cardona V, Vismara V, Scaini A, Salvi AG, et al. Las reconstrucciones ligamentosas biológicas y sintéticas logran mejores resultados funcionales en comparación con la osteosíntesis en el tratamiento de la dislocación aguda del complejo acromioclavicular. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2175-93. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06217-9>
- [7] Sircana G, Saccomanno MF, Mocini F, Campana V, Messinese P, Monteleone A, et al. La reconstrucción anatómica del complejo acromioclavicular proporciona los mejores resultados funcionales en el tratamiento de la inestabilidad crónica. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2237-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5>
- [8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Díaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. La prevalencia de lesiones intraarticulares asociadas tras lesiones agudas del complejo acromioclavicular es del 20%. Una

revisión sistemática y metaanálisis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2024-38. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6>