

Osteoartritis de la articulación acromioclavicular

Vista anterior del hombro izquierdo que muestra la articulación acromioclavicular (AC), donde la clavícula se une al acromion del omóplato, así como los ligamentos circundantes y la articulación glenohumeral situada más profundamente.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



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

Qué está sintiendo

El dolor se localiza justo en la parte superior del hombro, en la pequeña articulación donde la clavícula se une al omóplato. Puede extenderse hacia la parte frontal del hombro o hacia el músculo que va desde el cuello hasta el hombro. Levantar objetos pesados suele desencadenar el dolor; lo mismo ocurre al acostarse sobre ese lado por la noche.

Algunas personas notan el dolor principalmente después de hacer ejercicio, mientras que otras lo sienten al despertar. Estirar el brazo a través del cuerpo, como al intentar alcanzar el cinturón de seguridad o levantar una bolsa del otro lado de una mesa, puede resultar doloroso. Asimismo, levantar el brazo por encima de la cabeza también provoca dolor en esa zona superior del hombro.

Hay algo importante que debe saber: la artritis que se observa en los estudios de imagen no siempre coincide con la intensidad del dolor. Hay personas que presentan signos de artritis degenerativa en esta articulación según las imágenes, pero no sienten ningún dolor. De hecho, la mayoría de quienes tienen artritis visible en los estudios de imagen pero no experimentan dolor permanecen sin molestias durante los años siguientes. En cambio, otras personas muestran en los estudios una artritis leve, pero sienten mucho dolor. Lo que realmente importa son sus síntomas, no únicamente lo que muestran las imágenes.

Si su hombro le duele, su cirujano examinará si hay sensibilidad en ese punto exacto de la parte superior del hombro y evaluará el movimiento de su brazo. En ocasiones, se aplica una inyección anestésica en la articulación para confirmar si ésta es la fuente del dolor. Si el dolor desaparece tras la inyección, eso nos indica cuál es el origen del problema.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La articulación situada en la parte superior del hombro es el punto donde la clavícula se une al omóplato. Se trata de una articulación pequeña y móvil, no rígida. Se mueve ligeramente en todas direcciones a medida que el omóplato se desplaza alrededor del tórax. Puede considerarse como una pequeña bisagra que también desliza y gira, permitiendo que ambos huesos se muevan al unísono mientras el brazo se mueve.

Entre ambos huesos hay un cojín blando, similar a una junta. Este amortigua la articulación y permite que sus superficies se deslicen sin problemas. Con el tiempo, este cojín se desgasta; ahí comienzan los problemas. Las superficies articulares empiezan a rozarse entre sí, y el hueso responde formando pequeños espolones óseos en sus bordes. Esto es la artritis por desgaste.

Este tipo de artritis suele aparecer a partir de la mediana edad. Es más frecuente en personas que realizan repetidamente trabajos por encima de la cabeza o levantan cargas pesadas. Una antigua separación del hombro, incluso una leve ocurrida años atrás, también puede provocar posteriormente artritis dolorosa en esta articulación.

Cuando la articulación se desgasta, el dolor aparece exactamente donde usted lo siente: en esa zona superior del hombro. Levantar objetos, estirar el brazo hacia el otro lado del cuerpo o acostarse sobre ese lado presionan las superficies desgastadas, motivo por el cual esos movimientos resultan dolorosos. Los espolones óseos y las superficies articulares dañadas son la causa del dolor mencionado anteriormente.

Aquí está lo más importante: lo que muestra el estudio por imagen no determina lo que usted siente. Muchas personas tienen artritis en esta articulación y nunca lo notan; la mayoría permanece sin dolor durante años. Otras presentan un desgaste apenas perceptible pero sí dolor real. Sus síntomas, y no la imagen del estudio, son los que guían cualquier decisión terapéutica.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen si resulta necesario. Dado que se trata de un problema degenerativo de larga data, normalmente iniciamos con tratamientos no quirúrgicos.

El primer paso es sencillo: evite las actividades que desencadenen el dolor y aplique hielo cuando este aparezca. Con frecuencia se utilizan tabletas antiinflamatorias para reducir el dolor y la hinchazón. La fisioterapia ayuda a recuperar un movimiento cómodo de la articulación y a fortalecer los músculos circundantes para que asuman parte de la carga. Le recomendamos probar este enfoque durante un tiempo razonable antes de considerar otras alternativas.

Si estas medidas no logran controlar el problema, se recurren las inyecciones. Una inyección de cortisona introduce medicamento antiinflamatorio directamente en la articulación; esto puede ayudar a identificar el origen del dolor y también a aliviarlo. En aproximadamente el 47 % de los pacientes, la inyección sigue siendo efectiva un año después. No todos obtienen un alivio duradero, pero para algunos supone un período prolongado de comodidad.

La cirugía se contempla únicamente cuando el dolor persiste a pesar de haber probado todas las opciones anteriores. La intervención consiste en extraer una pequeña porción de hueso del extremo externo de la clavícula, evitando así que las superficies desgastadas y con espolones óseos se froten entre sí. Solo abordaríamos este procedimiento una vez que los tratamientos menos complejos hayan sido probados, y la decisión siempre se toma conjuntamente con usted.

Qué esperar

Para la mayoría de las personas, esta es una afección de evolución lenta y no repentina. El dolor tiende a aparecer y desaparecer según la actividad que realice: las actividades más intensas lo desencadenan, mientras que en semanas más tranquilas disminuye. Algunas personas notan que el dolor se controla con medidas sencillas y permanece ausente durante largos periodos; otras, en cambio, lo padecen durante meses o años, con episodios de empeoramiento cuando se exceden en sus actividades.

Si usted no siente dolor, el pronóstico es favorable. La mayoría de las personas cuyas radiografías muestran signos de artritis pero que no presentan síntomas, permanecen asintomáticas durante siete años. El desgaste de esta articulación que no se percibe clínicamente suele mantenerse así.

Si su hombro ya le duele, vale la pena probar tratamientos no quirúrgicos. El reposo, la fisioterapia y los antiinflamatorios ayudan a muchas personas. La inyección de cortisona, como ya se mencionó, sigue siendo efectiva al cabo de un año en aproximadamente la mitad de los pacientes que la reciben. Cuando la inyección funciona, no parece importar si las imágenes muestran mucho o poco desgaste: ambos grupos reportan el mismo nivel de satisfacción posteriormente.

Si el dolor persiste a pesar de todo ello, la cirugía para extirpar un pequeño fragmento de hueso del extremo externo de la clavícula elimina de forma fiable el dolor y mejora el funcionamiento del hombro. Este alivio se mantiene a lo largo de los años, no solo durante los primeros meses.

Si se deja sin tratar, la artritis dolorosa en esta articulación generalmente no daña otras estructuras del hombro. El desgaste no tratado no impide el éxito de otras intervenciones quirúrgicas en el hombro, ni constituye motivo para extirpar parte de la clavícula durante otras operaciones. El principal riesgo de dejarlo sin tratar es simplemente que el dolor continúe.

Una advertencia honesta: la cirugía no es una solución infalible. Toda intervención conlleva sus propias posibles complicaciones; una técnica cuidadosa reduce esos riesgos, pero no los elimina por completo. Antes de tomar cualquier decisión, analizaremos juntos la situación real, y la elección siempre será una decisión compartida.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en la parte superior del hombro persiste, especialmente al levantar objetos, al estirar el brazo hacia el otro lado del cuerpo o al acostarse sobre ese lado. Solicite una evaluación especializada si las medidas sencillas no han logrado aliviar el dolor tras un período razonable de prueba, o si el dolor le impide dormir o le impide trabajar. Vale la pena hacerse una evaluación aún más pronto si el dolor es agudo y se concentra en un punto muy pequeño en la parte superior del hombro, pues la sensibilidad en esa zona es una pista útil para localizar el origen del problema. Esta afección no es una emergencia, y no requiere atención inmediata. No obstante, el dolor que no cede merece una evaluación adecuada, ya que los tratamientos mencionados anteriormente son más eficaces antes de que el problema se agrave con el paso de los años.

En mayor profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La artritis de la articulación acromioclavicular merece ser leída con mayor atención por una razón desagradable: es extremadamente frecuente en las imágenes diagnósticas, se le atribuye con frecuencia el dolor en el hombro, y la evidencia de que su tratamiento resulta beneficioso es más escasa que en casi cualquier otro tema tratado en este sitio.

LAS EVIDENCIAS NO DEMUESTRAN QUE NADA FUNCIONE

Una revisión sistemática sobre el tratamiento de la artrosis primaria de la articulación acromioclavicular agrupó a **1,902** pacientes y llegó a una conclusión que rara vez se expresa de forma tan clara: los estudios presentaban variaciones en cuanto a indicaciones, intervenciones y calidad; **no aportaron evidencia de que ni las intervenciones no quirúrgicas ni las quirúrgicas sean eficaces** [1].

Esto no equivale a afirmar que nada sirve de ayuda. Significa simplemente que no se han realizado ensayos con un nivel de rigor suficiente para demostrarlo. La excisión distal de la clavícula es una operación de larga tradición, fundamentada en el razonamiento mecánico de que al eliminar la superficie articular desgastada se elimina el dolor; sin embargo, “ser una técnica de larga tradición y tener sentido desde el punto de vista mecánico” no constituye evidencia científica. Es importante conocer esta distinción a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

AÑADIR ESTE PROCEDIMIENTO A OTRA OPERACIÓN NO MEJORA DICHA OPERACIÓN

La prueba más directa proviene de pacientes a quienes se realizó otro procedimiento al mismo tiempo. Entre **208** pacientes con roturas del manguito rotador, la resección distal de la clavícula **no** generó mejores puntuaciones de resultado clínico ni mayor amplitud de movimiento [2].

Esto es relevante porque esa es precisamente la situación en la que con mayor frecuencia se realiza la resección: el cirujano ya está dentro de la articulación del hombro, la articulación acromioclavicular parece degenerada en las imágenes, y la extracción de unos pocos milímetros de hueso es un procedimiento rápido. La evidencia indica que el paciente no obtiene beneficios perceptibles. Si se propone este procedimiento como complemento a la reparación del manguito rotador, es razonable plantear esta duda.

LA TÉCNICA NO ES LA CUESTIÓN RELEVANTE

Se han comparado repetidamente la resección abierta y la resección artroscópica; los resultados son consistentes: **resultados funcionales y clínicos similares** con cualquiera de los dos métodos en **319** pacientes [3]. Asimismo, una comparación previa con **429** pacientes tampoco arrojó una clara ventaja para ninguno de los métodos [4].

Cuando dos técnicas muy distintas producen el mismo resultado, la conclusión lógica es que la técnica no es lo que determina el desenlace; lo que realmente importa es la selección del paciente.

¿POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL HACER UNA SELECCIÓN DIAGNÓSTICA EN ESTE CASO?

La articulación acromioclavicular se degenera en casi todas las personas con la edad. Se trata de una articulación pequeña que soporta una carga elevada; su disco articular es delgado y se desgasta con facilidad. Por ello, encontrar signos de degeneración de dicha articulación en un estudio por imagen es algo esperado a partir de la mediana edad, más que un verdadero diagnóstico.

Existe una correlación estructural medible: en personas con síntomas de degeneración de la articulación acromioclavicular, **tanto la extremidad distal de la clavícula como el acromion presentan un aumento de tamaño**; en cambio, en personas asintomáticas esa relación entre ambas estructuras permanece inalterada [5]. Este dato indica que la degeneración sintomática y la degeneración incidental difieren a nivel estructural; sin embargo, se trata de una observación a nivel grupal, no de una prueba que pueda aplicarse a cada caso individual.

En la práctica, esto explica por qué la inyección diagnóstica en la articulación tiene tanta importancia en estos casos. Si el anestésico local, administrado con precisión en la articulación acromioclavicular, elimina el dolor, es muy probable que dicha articulación sea la fuente del problema. Si, por el contrario, el dolor persiste, la degeneración observada en el estudio por imagen probablemente sea un hallazgo incidental; en ese caso, resecarla no aportaría beneficios, tal como advierten los datos clínicos mencionados anteriormente.

REFERENCIAS

- [1] Welch M, Rankin S, How Saw Keng M, Woods D. Revisión sistemática del tratamiento de la artrosis primaria de la articulación acromioclavicular. *Shoulder Elbow*. 2023;16(2):129-44. <https://doi.org/10.1177/17585732231157090>
- [2] Wang J, Ma J, Zhu S, Jia H, Ma X. ¿Reduce la resección de la clavícula distal el dolor o mejora la función del hombro en pacientes con rotura del manguito rotador? Un metaanálisis. *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476(12):2402-14. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000424>
- [3] Hohmann E, Tetsworth K, Glatt V. Resección abierta versus artroscópica de la articulación acromioclavicular: revisión sistemática y metaanálisis. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2019;139(5):685-94. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03114-w>
- [4] Pensak M, Grumet RC, Slabaugh MA, Bach BR. Resección abierta versus artroscópica de la clavícula distal. *Arthroscopy*. 2010;26(5):697-704. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2009.12.007>

[5] Bulkman K, Peeters I, De Wilde L, Van Tongel A. Relación entre el acromion y la clavícula distal en articulaciones acromioclaviculares normales y con degeneración sintomática. Arch Orthop Trauma Surg. 2019;140(4):465-72. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03258-9>