

Artropatía del manguito rotador

Artropatía del manguito rotador: artritis que se desarrolla tras una rotura prolongada del manguito rotador.

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

La artropatía del manguito rotador es una artritis por desgaste que afecta a un hombro cuyo manguito rotador (el conjunto de tendones que sostienen y mueven la articulación) también se ha desgastado excesivamente. El dolor se localiza en lo profundo del hombro, a menudo en la punta del hombro o justo por encima de ella. Suele intensificarse por la noche y puede despertarlo si se gira hacia ese lado. El descanso lo alivia temporalmente, pero levantar el brazo o estirarlo hace que el dolor regrese.

Los movimientos cotidianos se vuelven difíciles. Alcanzar un estante alto, levantar una tetera, colgar la ropa o ponerse un abrigo pueden causar dolor o parecer imposibles de realizar. El rango de movimiento del brazo disminuye, por lo que primero resultan imposibles las tareas que requieren elevar el brazo por encima de la altura del hombro. Muchas personas terminan usando el otro brazo para hacer cosas que antes realizaba el hombro afectado.

La debilidad se debe a la ausencia del manguito rotador. Sin esos tendones, la cabeza del húmero se desplaza hacia arriba y roza el hueso situado encima. Ese roce puede sentirse o incluso oírse, y acelera aún más el desgaste de las superficies articulares. Con el tiempo, el hombro puede volverse inestable, como si fuera a salirse de su posición, y los músculos circundantes trabajan más para compensar.

Si ya se ha sometido a una prótesis de hombro, preste atención a cualquier aumento repentino del dolor o pérdida súbita de funcionalidad tras un período de recuperación estable. El aparición de dolor nuevo en la base de la punta del hombro o sensibilidad a lo largo del borde del omóplato requiere evaluación. Estos cambios pueden manifestarse hasta un año después de la cirugía, aunque también hasta dos años después. Cualquier alteración en la forma del hombro o sensación nueva de laxitud en la articulación merece una revisión inmediata.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El hombro es una articulación esférica. La “esfera” se encuentra en una cavidad poco profunda; los tendones del manguito rotador actúan como cuerdas de sujeción que mantienen la esfera centrada mientras nos movemos. En la artropatía del manguito rotador, esos tendones se han desgastado. Al no haber nada que lo sujete, la esfera asciende y roza contra el hueso situado por encima de la cavidad. Este roce desgasta las superficies articulares, lo cual constituye la fase artrítica de la enfermedad.

El hueso situado por encima de la cavidad también puede cambiar de forma gradual, formando una cavidad en la que la esfera sigue frotándose. La articulación pierde sus superficies lisas y su centro natural. Por eso levantar el brazo resulta difícil y por qué se percibe o se escucha ese roce: los músculos que quedan alrededor de la articulación tiran de una esfera que ya no se encuentra en su posición correcta.

Un reemplazo articular normal imita la anatomía original y sigue dependiendo de esos tendones para mantener la esfera centrada. Cuando el manguito rotador ha desaparecido, este diseño carece de elementos sobre los que actuar. La intervención quirúrgica empleada para esta afección es el reemplazo articular inverso: se invierten las dos mitades de la articulación; el lado de la cavidad se convierte en una cúpula redonda y el lado de la esfera en una copa poco profunda. La articulación queda unida por su propia forma, no por tendones desgastados.

Este nuevo diseño también desplaza el centro de la articulación hacia abajo y hacia adentro. De este modo, el gran músculo deltoides, que cubre la parte superior del hombro, dispone de una palanca más larga para actuar, permitiendo levantar el brazo sin necesidad del manguito rotador. Como contrapartida, la rotación del brazo hacia adentro o hacia afuera depende más de músculos menores y puede ser menos potente.

Dado que la nueva articulación transmite fuerzas al omóplato de formas a las que el cuerpo no está acostumbrado, el delgado reborde óseo situado por encima de la cavidad a veces se fractura bajo esa carga. Esto es más probable si sus huesos son delgados, si ha tomado corticoides durante mucho tiempo o si tiene entre 70 y 80 años.

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 consultarnos, 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 el hombro y solicitamos estudios de imagen cuando resultan necesarios. Las radiografías y la tomografía computarizada (un estudio detallado que genera una imagen tridimensional del hueso) nos ayudan a planificar, ya que la forma de la cavidad articular y del hueso situado por encima guían nuestras recomendaciones.

En el caso de problemas crónicos como este, normalmente empezamos con tratamiento no quirúrgico. Modificar sus hábitos resulta útil: utilizar el otro brazo para levantar objetos, mantener las tareas por debajo de la altura del hombro y distribuir las actividades a lo largo del día para que el hombro dolorido pueda descansar. La fisioterapia tiene como objetivo mantener la actividad de los músculos alrededor de la articulación, preservar

el rango de movimiento que aún posee y fortalecer los músculos que aún pueden utilizarse. Por lo general, probamos este enfoque durante varios meses antes de considerar otras alternativas.

Los analgésicos constituyen la otra parte del tratamiento conservador. Los analgésicos simples como el paracetamol pueden atenuar los episodios de dolor agudo, mientras que los antiinflamatorios (pastillas que reducen la inflamación y el dolor) pueden ser útiles para el dolor nocturno y las molestias generales. Discutimos con su médico de cabecera qué opciones son adecuadas para usted, pues estos medicamentos no son apropiados para todo el mundo.

Si estos pasos no logran mejorar suficientemente su condición, entonces se plantea la cirugía. En el caso de la artropatía del manguito rotador, la intervención consiste en un reemplazo de hombro inverso, que invierte la posición de ambas partes de la articulación para que esta se mantenga estable sin necesidad de los tendones deteriorados. Tal como se explica en la página correspondiente, un reemplazo normal requiere que el manguito rotador funcione correctamente; por eso este diseño es el más indicado para su condición. Lo consideramos cuando el dolor le impide dormir y realizar sus actividades diarias, y cuando el tratamiento conservador ya ha alcanzado sus límites.

La decisión de someterse a cirugía es una decisión compartida. Analizaremos en detalle qué implica la operación, qué puede y qué no puede corregir, así como los riesgos y beneficios. El reemplazo de hombro inverso restaura la funcionalidad del hombro, logrando mejoras significativas; no obstante, también se producen complicaciones con una frecuencia moderada. Además, se ha reportado una tasa de infección más alta en comparación con los reemplazos en pacientes con anatomía normal, y le explicaremos cómo gestionamos ese riesgo. Si tiene menos de 60 años, lo conversaremos detalladamente con usted, pues en ese grupo de edad las complicaciones quirúrgicas durante los primeros 90 días ocurren con una frecuencia considerablemente mayor que en pacientes mayores. El hábito de fumar incrementa el riesgo de cirugías de revisión, intervenciones adicionales y complicaciones; por eso vale la pena abordarlo antes de tomar cualquier decisión.

Qué esperar

La artropatía del manguito rotador no mejora por sí sola. Los tendones que se han desgastado no vuelven a crecer, por lo que el roce articular y la debilidad tienden a persistir y empeorar lentamente sin tratamiento. Los cuidados conservadores, como la fisioterapia, el control de la actividad física y el alivio del dolor, pueden mantenerle cómodo durante mucho tiempo; por eso, normalmente los probamos durante varios meses antes de optar por otras opciones. No obstante, estos cuidados controlan los síntomas, pero no la causa subyacente.

Si decide someterse a un reemplazo de hombro inverso, lo habitual es que el dolor y la movilidad mejoren de forma constante a lo largo de semanas o meses. La mayoría de las personas que eran activas antes de la operación pueden volver a sus actividades habituales; incluso el regreso a la práctica deportiva es frecuente. La fisioterapia es clave para determinar cuánta movilidad recuperará y cómo manejará sus tareas diarias; su importancia se mantiene durante años, no solo en las primeras semanas. Algunas personas obtienen buenos resultados siguiendo un programa de ejercicios en casa, en lugar de asistir a sesiones supervisadas formalmente.

Hay aspectos que, honestamente, quizá no recuperen su estado original. Con este tipo de prótesis, la rotación interna y externa del brazo depende de músculos más pequeños; por ello, esa movilidad puede seguir siendo

más limitada que la capacidad de levantar peso. La recuperación tras un reemplazo motivado por una fractura suele ser más lenta que tras uno motivado por artritis; no obstante, al cabo de un año ambos grupos alcanzan niveles similares de funcionalidad y satisfacción.

Las complicaciones pueden ocurrir. En un gran grupo de pacientes, la tasa global de complicaciones fue del 5,1 %. Entre los problemas observados se incluyen inestabilidad articular, infección, fisura de la delgada cresta ósea situada sobre la cavidad glenoidea bajo carga, lesión nerviosa y aflojamiento progresivo de la prótesis. La tasa de infección tras esta intervención es superior a la registrada en reemplazos en hombros con anatomía normal, tal como se mencionó anteriormente. Si se produce una infección alrededor de la nueva articulación, un tratamiento escalonado con una nueva prótesis logra resolverla en el 85 % de los casos. Los coágulos sanguíneos son poco frecuentes: se presentan en el 0,82 % de los reemplazos inversos.

La mayoría de las personas que se han sometido a esta operación afirman que volverían a elegirla.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de los problemas del hombro derivados de la artropatía del manguito rotador se desarrollan de forma gradual, y su médico de cabecera puede acompañarle en ese proceso. No obstante, ciertos cambios requieren una evaluación especializada lo antes posible. Consulte a un especialista si el dolor le impide dormir, si ya no puede realizar sus tareas diarias, o si el hombro se ha vuelto inestable o hace más ruido al moverse que antes. Si ya se le ha realizado una artroplastia inversa de hombro, un aumento repentino del dolor o una pérdida súbita de la funcionalidad tras una recuperación normal requieren una evaluación inmediata; lo mismo ocurre con cualquier dolor nuevo en la base de la punta del hombro o sensibilidad a lo largo del borde del omóplato. Acuda a urgencias si el hombro cambia de forma de repente, si siente que está dislocado, o si presenta fiebre junto con enrojecimiento, calor o un dolor cada vez mayor en el hombro, pues una infección alrededor de una articulación recién operada necesita ser evaluada el mismo día.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. La artropatía por rotura del manguito rotador y las roturas masivas e irreparables merecen una lectura adicional, ya que la cantidad de intervenciones quirúrgicas descritas para ellas constituye, en sí misma, el dato más informativo; cuando existen numerosos procedimientos posibles, ninguno resulta claramente superior al resto.

TODO FUNCIONA, MÁS O MENOS; SIN EMBARGO, NADA FUNCIONA CLARAMENTE MEJOR

En un total de **2,000** pacientes, **se observaron efectos terapéuticos clínicamente relevantes en las once modalidades de tratamiento** estudiadas para los desgarros irreparables del manguito rotador posterosuperior; no obstante, las diferencias en las características de los pacientes, las intervenciones concomitantes, la forma de registrar los resultados y la duración del seguimiento dificultan cualquier comparación válida [1]. Otro estudio que incluyó **3,363** pacientes determinó que **las seis opciones no quirúrgicas** lograron mejoras estadísticamente significativas en el rango de movimiento y en los resultados percibidos por los pacientes a un año o más, con tasas de reintervención muy bajas [2].

Once modalidades de tratamiento, seis opciones distintas; todas producen mejoría, pero ninguna resulta claramente superior. Este patrón suele indicar dos cosas: que la evolución natural de la enfermedad ya conlleva cierta mejoría, y que los estudios presentan demasiada heterogeneidad como para diferenciar los efectos de cada tratamiento.

MEJORA INICIAL, DETERIORO POSTERIOR

Un hallazgo merece especial atención, pues suele pasarse por alto en los informes a corto plazo. En **2,790** pacientes sometidos a reconstrucción de la cápsula superior, reparación parcial, interposición de injerto y procedimientos relacionados, **se observaron grandes mejoras iniciales en las puntuaciones del hombro con todas las técnicas, a pesar de las altas tasas de rerotura**; no obstante, **las puntuaciones del hombro pueden disminuir en el seguimiento a medio y largo plazo** [3].

Así, la misma intervención puede parecer exitosa al cabo de un año, pero menos eficaz a los cinco años. Cuando se indica que una técnica arroja buenos resultados, el intervalo de seguimiento resulta tan importante como el número de pacientes estudiados.

Un análisis realizado en **2026** con **4,963** pacientes intentó abordar este problema clasificando los tratamientos según su tasa de fracaso en lugar de según las puntuaciones de resultado; aunque no determinó un único tratamiento óptimo, sí estableció una jerarquía de fiabilidad [4]. Clasificar por tasa de fracaso es, sin duda, una medida más fiable cuando las puntuaciones iniciales resultan muy similares entre distintas técnicas.

¿POR QUÉ LA ARTICULACIÓN SE DESGASTA UNA VEZ QUE EL MANGUITO ROTADOR DESAPARECE?

El mecanismo explica por qué se trata de una afección distinta y no simplemente de un desgarro grande. El manguito rotador mantiene la cabeza humeral centrada en la cavidad glenoidea mientras el deltoides realiza el levantamiento. Sin él, la fuerza del deltoides empuja la cabeza hacia arriba, contra la cara inferior del acromion.

Esto genera un patrón característico: en las radiografías se observa que la cabeza humeral asciende; el acromion y la cabeza se desgastan al entrar en contacto en zonas donde nunca deberían tocarse, y las superficies articulares se degeneran secundariamente. Se trata de artritis provocada por factores mecánicos y no por una enfermedad articular primaria; por eso, tratar la artritis sin corregir dichos factores mecánicos no surte efecto.

Esta es también la razón por la cual el reemplazo articular inverso resuelve el problema: permite que el deltoides sea suficiente para la función, sin necesidad del manguito rotador. Cuando la artropatía ya está establecida, este procedimiento se describe en una página aparte.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LAS EXPECTATIVAS ADECUADAS

Una advertencia a la hora de interpretar los resultados: los resultados tras la artroplastia inversa en este contexto son **menores en comparación con otras indicaciones**, en un total de **6,698** pacientes [5]. La intervención es eficaz; sin embargo, no se debe esperar que un hombro sometido a artroplastia por artropatía del manguito rotador alcance los mismos resultados que uno operado por artritis simple con manguito intacto, ya que el punto de partida es peor.

REFERENCIAS

- [1] Kooistra B, Gurnani N, Weening A, van den Bekerom M, van Deurzen D. Existen pocas pruebas científicas que respalden todas las modalidades de tratamiento para los desgarros irreparables del manguito rotador en la porción posterosuperior. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2019;27(12):4038-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-019-05710-0>
- [2] Hughes JD, Davis B, Whicker E, Sprowls GR, Barrera L, Baradaran A, et al. Las opciones distintas de artroplastia para los desgarros masivos e irreparables del manguito rotador han mejorado los resultados reportados por los pacientes. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2022;31(5):1883-902. <https://doi.org/10.1007/s00167-022-07099-9>
- [3] Davies A, Singh P, Reilly P, Sabharwal S, Malhas A. Reconstrucción de la cápsula superior, reparación parcial del manguito rotador, interposición de injerto, espaciadores de globo subacromiales o tuberoplastia: una revisión sistemática. *J Orthop Surg Res.* 2022;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03411-y>
- [4] Cooke SP, Koh JL, Amirouche F. Análisis de las tasas de fracaso de las distintas opciones de tratamiento para los desgarros grandes y masivos del manguito rotador que resultan irreparables. *J Shoulder Elbow Arthroplasty.* 2026;10(1-2):100019. <https://doi.org/10.1016/j.jsea.2026.100019>
- [5] Yazdanpanah S, Soth BT, Eskew JR, Dancy M, Fu MC, Taylor SA, et al. Deterioro de los resultados clínicos y funcionales tras la artroplastia total inversa del hombro en casos de artropatía por desgarro del manguito rotador: una revisión sistemática. *JSES Rev Rep Tech.* 2026;6(2):100691. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2026.100691>