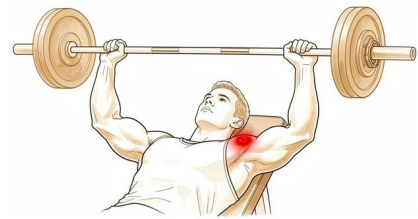


Osteólisis distal de la clavícula

La osteólisis de la extremidad distal de la clavícula (hombro del levantador de pesas) provoca dolor en la parte superior del hombro, especialmente durante ejercicios de presión.

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 el extremo de la clavícula, donde esta se une a la parte superior del omóplato. Esa pequeña articulación se denomina articulación acromioclavicular. Lo nota más cuando mueve el brazo; sin embargo, suele disminuir al descansar.

Esta afección presenta dos formas. Una aparece tras una lesión directa en el hombro, como una caída o un golpe. La otra se desarrolla lentamente debido a estrés repetido sobre la articulación. En adultos, la causa más frecuente de ese estrés repetido es el levantamiento de pesas, especialmente al empujar pesas por encima de la cabeza o al realizar ejercicios de press de banca.

El dolor suele intensificarse con la actividad física. Levantar objetos pesados, empujarse para levantarse de una silla, cargar bolsas de la compra o estirar el brazo a través del cuerpo pueden desencadenarlo. Muchas personas lo notan más al día siguiente de entrenar o de realizar tareas pesadas, en lugar de durante la actividad en sí. El descanso del brazo lo alivia, pero el dolor suele reaparecer en cuanto se vuelve a cargar el hombro.

Los movimientos cotidianos que ejercen presión sobre esa articulación resultan incómodos: alcanzar un estante alto, colgar la ropa para secar, ponerse una chaqueta o balancear una pesa en el gimnasio pueden empeorarlo. Algunas personas sienten molestias al dormir sobre ese hombro, pues el peso del cuerpo presiona directamente sobre la zona dolorida.

Por lo general, el dolor se limita a ese único punto; no se extiende hacia el brazo ni hacia el cuello. Si en el pasado sufrió una lesión en el hombro y el dolor nunca desapareció por completo, merece considerar esta afección una vez se hayan descartado otras causas, como una fractura o una inestabilidad articular.

El problema radica en que estos síntomas son muy similares a los de otras patologías del hombro: la artrosis por desgaste, el dolor del manguito rotador y la rigidez articular pueden presentarse de forma parecida. Por eso las

pruebas de imagen son esenciales. Una vista radiográfica especial de la articulación, tomada en ambos lados para comparar, y una resonancia magnética pueden mostrar hinchazón y cambios óseos en el extremo de la clavícula que confirmen lo que usted está sintiendo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El extremo de la clavícula y la parte superior del omóplato se unen en una pequeña articulación. En una articulación sana, los extremos de ambos huesos están cubiertos por hueso vivo y liso que se regenera gracias a un flujo sanguíneo constante. En su caso, ese equilibrio se ha roto: el hueso del extremo de la clavícula se está degradando más rápido de lo que puede regenerarse, por lo que se va disolviendo poco a poco.

Imagine las superficies articulares como dos losas de pavimento unidas entre sí. Si una de ellas comienza a desmoronarse por los bordes, la articulación deja de quedar nivelada. El extremo dañado y áspero de la clavícula roza contra el omóplato cada vez que mueve el brazo. Ese roce es lo que provoca el dolor del que acaba de leer, y la razón por la que empeora al levantar pesos, empujar o estirar el brazo.

Esta afección presenta dos formas. Tras un golpe o caída en el hombro, el extremo óseo puede lesionarse y luego degradarse en las semanas siguientes. La otra forma se desarrolla lentamente a causa de estrés repetitivo, sobre todo por realizar esfuerzos de empuje intensos en el gimnasio. En ambos casos el problema es el mismo: el extremo externo de la clavícula se va desgastando, y la articulación circundante se vuelve dolorida e inflamada.

El dolor desaparece una vez que se extirpa ese fragmento óseo dañado. Al eliminar esa pequeña porción de hueso, se impide que las dos superficies ásperas sigan rozándose. El resto de la clavícula sigue cumpliendo su función, pues actúa como el soporte principal que mantiene el brazo unido al torso; esa función no depende de esos pocos milímetros finales del hueso.

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 su hombro y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario para confirmar el diagnóstico.

Dado que esta afección se desarrolla con el tiempo, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico. El primer paso consiste en modificar la forma en que carga el hombro; esto suele implicar suspender ejercicios de presión por encima de la cabeza y trabajos pesados en el banco, o ajustar la forma de levantar objetos en el trabajo. La fisioterapia busca reducir la irritación alrededor de la articulación y fortalecer los músculos que sostienen el hombro. Por lo general, le damos un tiempo razonable a este tratamiento antes de considerar cualquier otra medida.

Si estas medidas sencillas no logran mejorar los síntomas, pasamos al tratamiento médico. Los analgésicos y los antiinflamatorios pueden aliviar el dolor mientras usted sigue manteniendo su actividad diaria. Los antiinflamatorios actúan directamente sobre la inflamación de la articulación, lo que le permite seguir realizando sus actividades cotidianas sin grandes dificultades.

La cirugía se contempla cuando estos pasos no han producido mejoría suficiente y el dolor sigue limitando sus actividades. La operación consiste en extirpar el extremo externo dañado de su clavícula, esa pequeña porción ósea que ha estado rozando contra el omóplato. Como ya se mencionó, eliminar ese extremo óseo irregular pone fin al roce, y el resto de la clavícula sigue cumpliendo su función de unir el brazo al torso. Este procedimiento puede realizarse mediante una incisión pequeña o mediante cirugía artroscópica con cámara. Decidir si la cirugía es adecuada para usted es una decisión que tomamos conjuntamente, sopesando lo que usted desea recuperar frente a las características de cada opción.

Qué esperar

El pronóstico depende del tipo de afección que tenga y de cómo se trate. Con reposo y cambiando la forma en que carga el hombro, muchas personas notan que el dolor disminuye con el tiempo. No obstante, no siempre desaparece por sí solo. Si el malestar persiste durante meses y las medidas sencillas no surten efecto, lo más probable es que continúe en lugar de desaparecer.

Si decide someterse a cirugía, el objetivo es claro: detener el roce óseo y, con ello, el dolor. La extirpación del extremo externo dañado de la clavícula suele producir una mejora notable en personas que padecen dolor crónico o artritis degenerativa en esa articulación. Tanto la cirugía artroscópica como la operación abierta reducen el dolor de forma significativa al cabo de un año; sus resultados a largo plazo son similares. La técnica artroscópica, realizada por vía directa, generalmente permite volver a las actividades cotidianas antes que la cirugía abierta.

La recuperación es gradual, no repentina. El alivio del dolor se debe a la eliminación del extremo óseo irregular, pero el hombro aún necesita tiempo para estabilizarse y recuperar fuerza. La mayoría de las personas retoman sus actividades habituales en cuestión de semanas o meses, no días. El fragmento óseo extraído es pequeño; el resto de la clavícula sigue desempeñando su función normal.

Hay algunos aspectos que conviene conocer. Si no se extirpa por completo el extremo dañado, este puede volver a crecer y causar problemas nuevamente; este es el motivo más frecuente por el que se requiere una segunda intervención. Además, si se colocó una placa u otro implante tras una lesión en el hombro, dejarlo en su sitio conlleva un riesgo reducido de deterioro óseo alrededor del dispositivo.

Si no se trata, la afección generalmente no empeora de forma drástica; sin embargo, el dolor tiende a reaparecer cada vez que se carga el hombro. Si ha sufrido una lesión previa en el hombro y el dolor nunca desapareció por completo, es recomendable consultar a un especialista en lugar de esperar a que mejore por sí solo.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si siente dolor en el extremo de la clavícula que no mejora tras una lesión en el hombro, o si el malestar reaparece cada vez que carga peso con el brazo. Solicite una evaluación especializada si el reposo y los cambios en las actividades no han surtido efecto tras varias semanas, o si el dolor le impide dormir, trabajar o entrenar. Es útil mencionar cualquier caída, golpe o levantamiento de peso que recuerde, ya que una lesión previa suele olvidarse, pero es relevante para el diagnóstico. Las radiografías tomadas tras una lesión antigua pueden parecer normales; los cambios óseos pueden tardar entre dos semanas y media y siete meses en hacerse visibles, por lo que una exploración temprana sin hallazgos no descarta esta condición.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La osteólisis distal de la clavícula merece una lectura adicional, pues es una de las pocas afecciones del hombro cuya causa suele ser conocida; el paciente también suele saber cuál es. El verdadero desafío radica únicamente en si el paciente está dispuesto a dejar de realizar la actividad causante.

EL HUESO SE ESTÁ REABSORBIENDO, NO DESGASTÁNDOSE

Aunque en las imágenes se observa una pérdida ósea en el extremo externo de la clavícula, esto no se debe a artritis ni a una fractura. Se trata de un proceso biológico activo: el microtrauma repetitivo sobre el hueso subcondral provoca una reabsorción más rápida de lo que el hueso puede regenerarse; por ello, el extremo óseo se desmineraliza progresivamente y aparecen quistes.

Este mecanismo explica a qué tipo de personas afecta esta condición. Clásicamente, es una patología propia de los levantadores de pesas, derivada de la aplicación repetida de cargas pesadas sobre la articulación (press de banca, fondos, press militar, etc.). Es una de las pocas afecciones de miembro superior cuya causa se puede identificar casi siempre únicamente a partir de la historia clínica del paciente.

El proceso osteolítico ha sido descrito como **una explicación plausible para esta condición, probablemente causado por microtrauma repetitivo** [1]; esto concuerda tanto con el aspecto en las imágenes como con el comportamiento clínico de la enfermedad.

DEJAR DE HACER LA ACTIVIDAD FUNCIONA, PERO SOLO SI REALMENTE SE DEJA

La serie de estudios originales es antigua, pero sigue siendo instructiva. En el caso de atletas varones, **la resección del extremo distal de la clavícula alivió los síntomas en los diecinueve pacientes seguidos; todos excepto cinco pudieron continuar practicando deportes y entrenando con pesas**. Además, y esto es crucial, **los pacientes tratados de forma no quirúrgica también mejoraron, pero únicamente tras interrumpir** la actividad que provocaba el problema [2].

Esta última afirmación es clave y explica por qué este trastorno resulta tan frustrante en la práctica clínica: el tratamiento no quirúrgico es eficaz, pero exige dejar de realizar precisamente aquella actividad que la mayoría

de estos pacientes más valoran. Simplemente modificarla suele ser insuficiente, ya que la carga mecánica que lo causa forma parte inherente de dichos movimientos.

Por tanto, la elección no es tanto “cirugía frente a fisioterapia” como “dejar de ejercer esa carga o extirpar el hueso que reacciona a ella”.

¿POR QUÉ LA RESECCIÓN RESUELVE EL PROBLEMA?

Al extirpar aproximadamente el centímetro externo de la clavícula, se elimina el hueso que está sufriendo reabsorción y se interrumpe el contacto en la articulación. Dado que los ligamentos que sujetan la clavícula al omóplato se encuentran más hacia el interior, una resección limitada elimina el contacto doloroso sin desestabilizar la clavícula.

Este hecho mecánico explica por qué la intervención funciona de manera fiable en este caso, y por qué los atletas pueden volver a realizar el mismo entrenamiento que originó el problema: ya no existe una superficie articular que soporte carga. Se trata del mismo procedimiento descrito en la página sobre extirpación distal de la clavícula, aplicado a un diagnóstico subyacente distinto.

SOBRE EL PAPEL DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

En las fases iniciales, las radiografías simples pueden parecer normales o mostrar únicamente una leve pérdida de definición; por ello, con frecuencia se pasa por alto el diagnóstico. La resonancia magnética, en cambio, revela edema de la médula ósea en la porción distal de la clavícula antes de que se observen cambios estructurales; en un levantador de pesas con dolor bien localizado justo sobre la articulación, este patrón resulta casi diagnóstico.

Además, la resonancia permite diferenciar esta afección de la artritis de la articulación acromioclavicular, mucho más frecuente; esta última afecta ambos lados de la articulación y se presenta en personas de mayor edad. Esta distinción es importante, pues la artritis no se puede revertir simplemente suspendiendo el entrenamiento, mientras que en este caso sí es posible.

REFERENCIAS

- [1] Scavenius M, Iversen BF, Stürup J. Resección del extremo lateral de la clavícula tras osteólisis, con énfasis en la osteólisis no traumática de la articulación acromioclavicular en atletas. *Injury*. 1987;18(4):261-3. [https://doi.org/10.1016/0020-1383\(87\)90010-6](https://doi.org/10.1016/0020-1383(87)90010-6)
- [2] Cahill BR. Osteólisis de la porción distal de la clavícula en atletas varones. *J Bone Joint Surg Am*. 1982;64(7):1053-8. <https://doi.org/10.2106/00004623-198264070-00015>