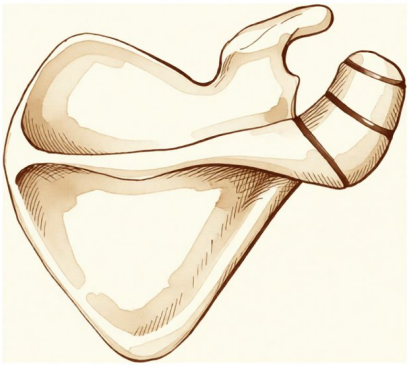
CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Os acromiale

Os acromiale: durante el desarrollo esquelético, la porción anterior del acromion no se fusionó con el resto del acromion.

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

En el caso de un os acromiale, el dolor suele notarse en la parte frontal y lateral del hombro, sobre el techo óseo de la articulación. Las actividades por encima de la cabeza lo empeoran. Estirarse para alcanzar un estante alto, colgar la ropa o levantar algo por encima de la altura del hombro pueden provocarlo. Muchas personas también notan dolor por la noche, y puede despertarle cuando se acuesta sobre ese lado.

El dolor proviene de un pequeño fragmento óseo en la parte superior del hombro que nunca llegó a unirse al resto durante el crecimiento. Al levantar el brazo, un músculo tira de este fragmento suelto y este se mueve ligeramente, presionando el tendón que está debajo. El punto de unión entre los dos fragmentos óseos también puede doler al tocarlo, y presionarlo directamente puede provocar el dolor.

En el día a día, es posible que note debilidad al levantar el brazo hacia un lado o al girarlo hacia fuera. Es frecuente un arco doloroso: el hombro duele a mitad del recorrido al levantar el brazo y luego se alivia al seguir subiéndolo. Como los síntomas se parecen tanto al desgaste del tendón que está bajo el techo del hombro, esta afección es fácil de confundir con un problema del manguito rotador, y puede seguir causando dolor incluso después de tratar ese problema.

La mayoría de las personas con esta forma del hueso nunca notan nada. A menudo se descubre por casualidad en un estudio de imagen realizado por otro motivo. Cuando sí causa dolor, suele aparecer en adultos jóvenes, a menudo sin ninguna lesión previa, y conviene sospecharlo si el dolor de hombro no se ha aliviado con fisioterapia, con reposo del deporte o con una inyección.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

El techo óseo del hombro no se forma como una sola pieza de hueso. Comienza como tres centros separados que se van uniendo lentamente; este proceso empieza hacia los 15 años y suele completarse hacia los 25 años. En aproximadamente el 8% de las personas, una de estas uniones nunca se cierra. El espacio se rellena con un tejido resistente, parecido al cartílago, en lugar de hueso, de modo que un pequeño fragmento del techo queda sujeto por una unión flexible en lugar de por hueso sólido.

Puede imaginarlo como una tabla fijada a una pared con un tornillo flojo. Se sostiene, pero se mueve un poco cuando se apoya en ella. El músculo que levanta el brazo hacia un lado se inserta en este techo, de modo que cada vez que levanta el brazo, ese músculo tira del fragmento suelto y este se flexiona ligeramente. Ese movimiento presiona hacia abajo el tendón que pasa por debajo del techo, y el roce lo irrita. Por eso duelen las actividades por encima de la cabeza y por eso el dolor se nota en la parte frontal y lateral del hombro.

La propia unión flexible también puede ser el problema. Puede volverse dolorosa por sí misma, de forma muy parecida a una articulación desgastada, y presionarla provoca el dolor. La mayoría de las personas con esta forma del hueso nunca notan nada, y no parece que por sí sola cause dolor de hombro ni que aumente la probabilidad de una rotura de tendón. Pero cuando el fragmento suelto empieza a moverse más de lo habitual, ya sea por la forma en que se desarrolló o después de un golpe en la zona, puede presionar el tendón cada vez que levanta el brazo. Eso es lo que produce el arco doloroso y el dolor nocturno descritos más arriba.

Como el fragmento suelto se encuentra justo donde está el tendón, ambos problemas suelen aparecer juntos. Si ya le han tratado el hombro por un problema de tendón y el dolor no se ha aliviado, conviene comprobar si existe este fragmento no unido, ya que operar solo el tendón no calmará un fragmento óseo que se mueve por encima de él.

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 cuando resultan necesarios.

El primer paso suele ser cambiar la forma en que utiliza el hombro y darle una oportunidad real a la fisioterapia. La fisioterapia busca calmar la irritación bajo el techo óseo y fortalecer los músculos que rodean el hombro para que toleren mejor el trabajo por encima de la cabeza. Pruebe este tratamiento durante un tiempo razonable antes de pensar en cualquier otra opción.

Los analgésicos pueden ayudarle a seguir moviéndose mientras tanto. Los antiinflamatorios sencillos, tomados según le indique su médico de cabecera, alivian las molestias para que pueda hacer sus ejercicios con comodidad. Si el dolor no mejora, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Cuando el tratamiento no quirúrgico no ha producido una mejoría suficiente, consideramos la cirugía. Antes, confirmamos el diagnóstico con radiografías simples, que casi siempre bastan para mostrar el fragmento no unido. Una proyección tomada desde debajo de la axila muestra con claridad la forma de la articulación y la parte frontal del techo, y es importante porque una lesión puede dañar la unión entre los dos fragmentos óseos. La ecografía es una forma sencilla y precisa de revisar el tendón que pasa bajo el techo, y una resonancia magnética ofrece una imagen más completa de ese tendón y de los tejidos blandos que lo rodean.

La operación que ofrecemos con más frecuencia es una evaluación de la articulación mediante cirugía mínimamente invasiva (artroscópica) con una bursectomía, que consiste en retirar el tejido inflamado del espacio que hay bajo el techo, seguida de una pequeña incisión abierta para colocar un injerto óseo y una fijación, es decir, mantener inmóvil el fragmento suelto para que pueda unirse al resto del hueso. Mantenerlo inmóvil permite que los dos fragmentos se suelden. Si el fragmento suelto es pequeño, podemos extirparlo en lugar de fijarlo. Fijar un fragmento más grande requiere cuidado, porque el músculo que levanta el brazo tira de él constantemente y el fragmento es delgado. A veces el fragmento no se une después de la fijación, lo que se denomina falta de consolidación. Hablaremos de qué opción es la más adecuada para su hombro y lo decidiremos juntos.

Qué esperar

La mayoría de las personas con esta forma del hueso nunca tienen ningún problema, y esta variante no necesita ningún tratamiento. Cuando sí causa dolor, el pronóstico depende de si el fragmento suelto es estable y de si es realmente el origen de su dolor.

En el caso de un fragmento doloroso, el tratamiento suele empezar sin cirugía. Cambiar la forma en que utiliza el hombro, la fisioterapia y los analgésicos sencillos alivian el problema a muchas personas. Si esto no ha funcionado después de probarlo durante un tiempo razonable, la cirugía puede reducir de forma real el dolor y mejorar la función del hombro. Cuando el fragmento suelto se mantiene inmóvil y se une al resto del hueso, las personas obtienen mejores resultados en las mediciones de la función del hombro que cuando los dos fragmentos siguen separados. Sin embargo, la cirugía no siempre es la solución. En algunas personas que tienen esta afección y además una rotura de tendón, los resultados tras la cirugía han sido variables, y el 53% obtuvo en conjunto un resultado satisfactorio.

Si no se trata y sigue causándole molestias, el dolor no suele desaparecer por sí solo. Además, puede pasar desapercibido: conviene sospechar esta afección cuando el dolor de hombro no se ha aliviado tras el tratamiento, incluso después de una cirugía por un problema de tendón, ya que operar solo el tendón no calmará un fragmento óseo que se mueve por encima de él.

La recuperación después de la cirugía es gradual. Trabajará con su fisioterapeuta, recuperando primero el movimiento y después la fuerza, y la capacidad de levantar peso por encima de la cabeza volverá poco a poco a lo largo de semanas o meses. El objetivo es un hombro que tolere la vida diaria sin el dolor agudo al levantar el brazo que tenía cuando acudió a consulta.

Si nota que un dedo, la mano o el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día. No necesita una derivación de su médico de cabecera.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de las personas con esta forma del hueso nunca necesitan atención médica, pero consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada si el dolor de hombro no mejora, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar el brazo. Solicite una evaluación antes si el dolor se nota en la parte frontal y lateral del hombro, empeora con las actividades por encima de la cabeza o le sigue despertando cuando se acuesta sobre ese lado. También conviene una evaluación si el punto doloroso en la parte superior del hombro duele al presionarlo, si nota debilidad al levantar el brazo hacia un lado o al girarlo hacia fuera, o si el hombro duele a mitad del recorrido al levantar el brazo. Los adultos jóvenes con estos síntomas y sin ninguna lesión previa deben ser evaluados para descartar esta afección, sobre todo si la fisioterapia, el reposo del deporte o una inyección no les han ayudado. Si un dedo, la mano o el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día; no necesita una derivación de su médico de cabecera.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. El acromion accesorio merece ser leído con atención, ya que constituye una variante anatómica normal en una proporción significativa de personas; por lo general no provoca ningún problema y, con frecuencia, se le atribuye el dolor en el hombro cuando en realidad no es la causa.

¿QUÉ ES Y QUÉ FRECUENCIA TIENE?

El acromion, la estructura ósea que forma el techo de la articulación del hombro, se forma a partir de varios centros óseos que normalmente se fusionan a finales de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. En algunas personas, uno de esos centros no se fusiona, dejando una unión fibrosa permanente. Eso es lo que se conoce como “os acromiale”, y está presente desde la adolescencia, no se adquiere posteriormente.

La prevalencia varía según la población. Un estudio multicéntrico realizado en **6,842** pacientes determinó que **el os acromiale está asociado a lesiones del manguito rotador**; además, su prevalencia en la población japonesa estudiada fue **menor que en poblaciones no asiáticas**, y el tamaño del fragmento tendía a ser más pequeño [1].

Esta asociación con las lesiones del manguito rotador merece ser analizada con detenimiento. Demuestra que ambos fenómenos ocurren juntos con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por azar, pero no que el os acromiale cause la rotura del manguito. El mecanismo probable funciona en ambos sentidos: el fragmento no fusionado se mueve ligeramente bajo la acción del músculo deltoides, lo cual podría irritar el tendón subyacente; o bien, la misma mecánica articular que predispone a las lesiones del manguito rotador hace que el fragmento inestable genere síntomas.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

LA GRAN INCÓGNITA ES SI REALMENTE ES LA CAUSA DEL DOLOR

Dado que es visible, permanece en el lugar y presenta un aspecto anormal en las imágenes, el hueso acromial suele ser señalado como la causa del dolor en el hombro. Sin embargo, la mayoría de ellos no causan síntomas; de hecho, la mayor parte de las personas que lo tienen ni siquiera lo saben.

Lo que diferencia a los casos sintomáticos es la sensibilidad localizada directamente sobre el fragmento óseo, el dolor que se reproduce al presionarlo y, cuando se realiza una inyección diagnóstica, el alivio que se obtiene al inyectar precisamente en esa zona de unión y no en el espacio subacromial situado debajo. Si no se presentan estos signos, lo más adecuado es considerar este hallazgo como algo incidental.

Los subtipos se clasifican habitualmente según el sitio de fusión afectado [2]; esto es relevante desde el punto de vista quirúrgico, pues el tamaño del fragmento móvil determina si puede extirparse o si es necesario fijarlo.

POR QUÉ COMPLICA OTRAS CIRUGÍAS DE HOMBRO

La importancia práctica del os acromiale radica menos en sus propios síntomas que en el efecto que tiene sobre las intervenciones quirúrgicas programadas para otras patologías.

El deltoides se inserta en el acromion; por ello, un fragmento no fusionado queda sometido a esa tracción en una zona anatómica móvil. Al extraer hueso de su superficie inferior, como se hace en la acromioplastia, se reduce aún más el grosor de un fragmento ya de por sí inestable, lo que puede transformar una variante asintomática en una condición dolorosa o provocar una no unión. Este es el motivo principal por el cual debe identificarse mediante estudios de imagen preoperatorios: no para tratarlo, sino para evitar desestabilizarlo.

Cuando sí es necesario tratarlo, se debe optar entre extirpar un fragmento pequeño o fijar uno más grande. La fijación en esta zona resulta difícil: el fragmento es delgado, el deltoides ejerce una tracción constante sobre él y las tasas de no unión son considerables. Esta dificultad constituye, en sí misma, una razón para confirmar que el os acromiale es realmente la causa del dolor antes de proceder a cualquier intervención quirúrgica.

REFERENCIAS

[1] Kozono N, Nishii A, Ishitani E, Mizuki Y, Kimura T, Yamamoto S, et al. Prevalencia y factores asociados al os acromiale: un estudio multicéntrico. JSES Int. 2025;9(5):1541-5. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.05.015

[2] Boehm TD, Matzer M, Brazda D, Gohlke FE. Tratamiento quirúrgico del os acromiale asociado a desgarro del manguito rotador. Revisión de 33 pacientes. J Bone Joint Surg Br. 2003;85(4):545-9. https://doi.org/10.1302/0301-620X.85B4.13634

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au