

Estabilización posterior del hombro

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

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por valorar 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 la evaluación, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen si resulta necesario. La inestabilidad posterior del hombro se caracteriza por que la parte superior del hueso del brazo se desplaza o parece a punto de salirse por la parte posterior de la cavidad glenoidea. Se trata de un problema poco frecuente, que a menudo no se detecta en un principio, lo cual puede retrasar el diagnóstico correcto.

En muchos casos, primero intentamos un tratamiento no quirúrgico, como modificaciones en las actividades y fisioterapia. La cirugía se considera cuando este tratamiento no produce mejoría suficiente, o cuando el hombro sigue saliéndose de su posición. Podríamos recomendar esta operación si su hombro le causa dolor o presenta inestabilidad a pesar de otros tratamientos, o si es necesario corregir la forma del hueso en la cavidad glenoidea. La intervención consiste en una reparación artroscópica que tensa los tejidos blandos situados en la parte posterior del hombro para mantener la articulación en su lugar. Su objetivo es aliviar el dolor, restablecer la estabilidad y ayudarle a volver a realizar sus actividades habituales, incluidos los deportes.

Antes de la operación

Antes de su cirugía, confirmaremos qué estudios de imagen son necesarios para planificarla. Con frecuencia, las radiografías simples del hombro son suficientes por sí solas. Un escáner TAC proporciona una imagen más clara del hueso de la cavidad glenoidea, mientras que una resonancia magnética o una ecografía pueden mostrar los tejidos blandos, como el labrum y el manguito rotador. No será necesario realizar todos los exámenes; solo aquellos que respondan a alguna duda respecto a su hombro.

El día de la operación, no debe ingerir alimentos ni bebidas durante siete horas antes de la hora programada. Pedimos que sean siete horas en lugar de seis para que, si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto, pueda adelantarse su intervención. Su cirujano le indicará qué medicamentos habituales debe suspender. Lleve consigo una lista por escrito de todos los fármacos que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la cirugía y vístase con ropa holgada y cómoda. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación con el anestesta.

El día de la intervención

Llega a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Conocerá al anestesta, el médico encargado de sedarlo y mantenerlo cómodo durante la operación. Esta intervención se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se aplica un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, lo llevarán al quirófano, donde se realiza la operación. Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que se halle estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y cómo evolucione su recuperación.

¿En qué consiste la operación?

La forma más común de esta operación es la reparación mediante cirugía mínimamente invasiva. El cirujano realiza dos o tres incisiones pequeñas, de aproximadamente 1 cm cada una, alrededor del hombro. A través de una de ellas se introduce una cámara delgada para visualizar el interior de la articulación en una pantalla; por las demás incisiones se introducen instrumentos pequeños.

En el interior del hombro, el cirujano repara el anillo de cartílago situado en el borde de la cavidad glenoidea que se ha desprendido, y tensa la bolsa de tejido que recubre la articulación. Esta tensión se logra mediante una técnica de sutura que pliega y sujeta el tejido flácido; en algunos casos esto se puede realizar a través de una sola incisión pequeña. La reparación se fija con pequeños anclajes colocados en el hueso. Finalmente, las incisiones se cierran con puntos de sutura y se cubren con un apósito.

En algunos casos es necesario algo más que una simple reparación de tejidos blandos. Si una porción ósea en la parte posterior de la cavidad glenoidea está desgastada o ausente, el cirujano puede añadir un pequeño fragmento óseo para reconstruir el borde y mantener el hueso del brazo en su posición. Esto se puede hacer mediante cirugía mínimamente invasiva, utilizando un marco guía y pequeños botones para fijar el fragmento óseo mientras cicatriza. En otros casos, se corrige el ángulo mismo de la cavidad glenoidea. Su cirujano le explicará qué método es el más adecuado para su hombro y por qué.

La posición en la que usted se acuesta durante la operación –ya sea ligeramente sentado o de lado– es elegida por el cirujano según el procedimiento a realizar.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su hombro le dolerá, y las enfermeras le administrarán medicamentos para mantenerlo cómodo. Su brazo descansará en un cabestrillo, que protege la zona operada mientras cicatriza. Las pequeñas incisiones alrededor del hombro se han cerrado con puntos de sutura y se cubrieron con un vendaje. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando vengamos a verlo. Una enfermera le ayudará a levantarse y a moverse, generalmente unas pocas horas después. Por favor, asegúrese de que alguien permanezca con usted durante las primeras 24 horas después de llegar a casa. Su equipo médico le informará si podrá irse a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital.

Recuperación

Durante los primeros días y semanas, su hombro estará adolorido e hinchado. Esto es normal después de una reparación artroscópica. El descanso, las compresas frías y los analgésicos recetados por su equipo médico aliviarán la molestia. La hinchazón disminuirá gradualmente a medida que los tejidos sanen.

Al principio, deberá usar un cabestrillo para proteger la zona reparada mientras cicatriza. Su fisioterapeuta le guiará en ejercicios suaves para recuperar el movimiento y, posteriormente, la fuerza. En casa, podrá moverse, vestirse y realizar tareas ligeras con la otra mano. No deberá levantar nada pesado con el brazo afectado, ni empujar, tirar o estirar el brazo por encima de la cabeza hasta que la reparación esté completamente consolidada. Durante un tiempo, dormir podría resultar incómodo; muchas personas encuentran más fácil dormir recostadas en una silla o con almohadas detrás de ellas.

A medida que el dolor disminuya y recupere el movimiento, podrá hacer más cosas con el brazo. Su fisioterapeuta añadirá ejercicios más exigentes según lo permita su hombro. Cuando su cirujano considere que su progreso es satisfactorio, se le autorizará nuevamente a conducir. Las reglas son sencillas: no se puede conducir mientras se usa el cabestrillo, y debe ser capaz de sujetar el volante con ambas manos y reaccionar en una frenada de emergencia, sin depender de analgésicos potentes. Nuestra guía sobre [conducir tras una cirugía de miembro superior](#) ofrece más detalles al respecto.

Volver a practicar deportes lleva más tiempo que la recuperación cotidiana, ya que la reparación necesita tiempo para fortalecerse. Su cronograma personal puede diferir del de otras personas; su cirujano y fisioterapeuta le guiarán paso a paso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

La principal preocupación tras esta operación es que el hombro vuelva a volverse inestable. Es posible que note la misma sensación de deslizamiento o de “ceder” que tenía antes de la cirugía, o la impresión de que la

articulación está a punto de salirse por detrás. Si esto ocurre, hágaselo saber en su próxima consulta. En algunos casos, es necesaria otra operación para mantener la articulación en su sitio.

Si se añadió un bloque óseo para reconstruir la cavidad glenoidea, en ocasiones pueden surgir problemas durante su cicatrización. El bloque óseo podría no unirse al hueso propio, o los pequeños tornillos que lo fijan podrían doblarse o romperse. Podría sentir un clic brusco, nuevos chasquidos o ruidos de fricción, o dolor profundo en el hombro que no mejora. Con el tiempo, el bloque también puede encogerse o desgastarse, dejando el material metálico a la vista; además, la articulación puede desarrollar lentamente artritis por desgaste. Informe a su cirujano de cualquiera de estos cambios para que pueda evaluar el hombro mediante estudios de imagen.

Los nervios situados alrededor del hombro se encuentran muy cerca de la zona donde se coloca el bloque óseo. Si algún nervio resulta irritado durante la cirugía, podría notar entumecimiento, hormigueo o debilidad en el brazo, así como dificultad para levantar la muñeca y los dedos. La mayoría de las irritaciones nerviosas se resuelven por sí solas, pero debe comunicarlo de inmediato en lugar de esperar a la siguiente revisión.

La reparación con bloque óseo también puede hacer que el hombro quede más rígido que antes. Es posible que le resulte más difícil llevar la mano a la espalda o levantar el brazo hacia el lateral. Su fisioterapeuta trabajará con usted en ello; sin embargo, mencione cualquier limitación en el movimiento si no mejora.

Algunos tipos de inestabilidad, en los que el hombro se desplaza durante ciertos movimientos sin que haya una lesión evidente, no responden bien a la cirugía. Si este es su caso, su cirujano lo comentará con usted antes de proceder a la operación.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas se detectan a tiempo cuando nos informa al respecto. Llámenos si tiene fiebre, si la herida se vuelve más roja o comienza a supurar líquido, o si el dolor empeora repentinamente. Comuníquese con nosotros si experimenta entumecimiento, hormigueo o debilidad en el brazo, o si no puede moverlo. Acuda a urgencias si la pantorrilla está hinchada o le duele, o si le cuesta respirar. Si siente que el hombro vuelve a “salirse” de su posición, avísenos en lugar de esperar a su próxima consulta.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La inestabilidad posterior del hombro merece una lectura adicional, pues se comporta de manera distinta a la versión anterior, que es la que la mayoría conoce; además, esa diferencia va en una dirección que usted probablemente no adivinaría.

LA REPARACIÓN POSTERIOR ES MÁS ESTABLE, PERO EL REGRESO ES MÁS DIFÍCIL

Un metaanálisis que comparó la inestabilidad anterior y posterior tras una reparación artroscópica determinó que los pacientes con inestabilidad **anterior** presentaban **tasas más altas de retorno al deporte**, pero eran **más propensos** a sufrir inestabilidad postoperatoria [1]. En el caso de los pacientes sometidos a reparación posterior, ocurría lo contrario: la reparación se mantenía mejor, pero menos pacientes lograban volver a practicar su deporte [1].

Esto merece ser reflexionado, pues separa dos cuestiones que los pacientes suelen confundir. Las respuestas a “¿Mi hombro permanecerá estable?” y “¿Podré volver a hacer lo que hacía antes?” son distintas en este caso; la segunda es la más difícil de lograr.

Los resultados generales de la intervención son positivos. Una revisión sistemática de **2,307** casos de estabilización posterior artroscópica arrojó buenos resultados, con alta satisfacción del paciente y bajas tasas de inestabilidad recurrente, necesidad de revisiones quirúrgicas y dolor residual [2]. Otra revisión independiente realizada con **1,047** atletas mostró altas tasas de retorno al deporte, así como tasas relativamente elevadas de retorno al nivel previo a la lesión [3]. Ambos hallazgos pueden ser ciertos simultáneamente: la estabilización posterior es una intervención fiable, aunque el camino de recuperación sigue siendo más arduo que en el caso de la reparación anterior.

¿QUÉ PREDICE EL FRACASO DEL TRATAMIENTO?

El trabajo reciente más útil es el que analiza quiénes tienen peores resultados. Una revisión sistemática de **960** pacientes identificó tres factores de riesgo para el fracaso o la necesidad de revisión tras la reparación artroscópica de la cápsula y el labrum posteriores: **ser mujer, una anchura ósea glenoidea reducida y una pérdida ósea glenoidea previa al tratamiento superior al 11%–15%** [4].

Igualmente informativo es lo que *no* predice el fracaso: la versión glenoidea, el tipo de deporte, la anchura del labrum y su versión no mostraron ningún efecto significativo [4]. En particular, la versión glenoidea se suele considerar un factor decisivo, pero según esta evidencia no lo es.

La consecuencia práctica es que el estado óseo glenoideo debe evaluarse adecuadamente antes de la cirugía. Cuando dicha pérdida ósea supera aproximadamente el valor de 11–15%, una reparación exclusivamente con tejidos blandos va en contra de la mecánica articular que no puede corregir; este es el tema que debe abordarse antes de la operación, no después de que se produzca el fracaso.

¿POR QUÉ PASA DESAPERCIBIDA?

La inestabilidad posterior rara vez se manifiesta como una luxación. Con mayor frecuencia se presenta como dolor en el brazo flexionado y sometido a carga, durante ejercicios como el press de banca, las flexiones, o al empujar con la mano contra una silla; sin que exista historia previa de que el hombro se haya salido visiblemente de su posición. Esta presentación clínica lleva a que se diagnostique impingement o tendinopatía, y el diagnóstico de inestabilidad posterior suele hacerse tarde.

Si experimenta dolor al realizar esfuerzos con el brazo flexionado y este no ha mejorado con tratamientos dirigidos al manguito rotador, es importante descartar específicamente la inestabilidad posterior.

REFERENCIAS

- [1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroepel JP, et al. Diferencias en los resultados entre la inestabilidad anterior y posterior del hombro tras la reparación artroscópica de Bankart: una revisión sistemática y metaanálisis. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>
- [2] Ralph JE, Hurley ET, Lunn K, Levin JM, Klifto CS, Owens BD, et al. Resultados de la estabilización artroscópica para la inestabilidad posterior del hombro: una revisión sistemática. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>
- [3] Matar RN, Shah NS, Gardner TJ, Grawe BM. Regreso a la práctica deportiva tras el tratamiento quirúrgico de la inestabilidad posterior del hombro: una revisión sistemática. *JSES Int.* 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>
- [4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. El sexo femenino, una menor anchura ósea de la glenoide y una pérdida ósea de la glenoide superior al 11%–15% podrían aumentar el riesgo de fracaso tras la reparación artroscópica capsulolabral posterior: una revisión sistemática. *Arthroscopy.* 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>