

Trastornos del manguito rotador

Resonancia magnética de un desgarro completo del manguito rotador. La franja brillante en la parte superior de la cabeza del húmero corresponde a líquido que llena el espacio dejado por el tendón desgarrado.

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

Los problemas del manguito rotador son una causa frecuente de dolor en el hombro. El manguito rotador está formado por un grupo de tendones que mantienen unido el hombro y le ayudan a levantar y girar el brazo. El dolor suele localizarse en la parte delantera del hombro o en su lateral, sobre el músculo deltoides. En algunas personas el dolor se siente más en la parte delantera si el tendón del bíceps, que se encuentra cerca del manguito rotador, también está afectado.

El dolor suele aparecer de forma gradual con el tiempo, especialmente si realiza muchas actividades por encima de la cabeza o practica deportes. Estirar el brazo para alcanzar un estante alto, tender la ropa o levantar algo por encima de la altura del hombro pueden desencadenarlo. Cuando el brazo está relajado a lo largo del cuerpo, el dolor puede ser leve o incluso ausente. El dolor nocturno es frecuente; muchas personas lo notan al acostarse sobre el hombro dolorido o al despertar. La debilidad suele acompañar al dolor; es posible que le cueste levantar el brazo hacia un lado, o que sienta el brazo pesado o inestable durante las tareas cotidianas.

Si el dolor apareció repentinamente tras una caída o lesión, acompañado de debilidad nueva, eso indica un desgarro del manguito rotador en lugar de un desgaste progresivo. En caso de desgarro completo, algunas personas no pueden levantar el brazo hacia un lado en absoluto. Con el paso del tiempo, un desgarro grande e untreated puede provocar artritis por desgaste en la propia articulación del hombro, lo que hace que el hombro se vuelva rígido y limite mucho el movimiento.

Existen otros patrones que vale la pena conocer. El dolor que empeora con los movimientos por encima de la cabeza y el dolor nocturno ocasional, sin mucha debilidad, suelen deberse a inflamación de la bursa (una pequeña bolsa de líquido bajo la parte superior del hombro) o a desgaste del propio tendón. También pueden formarse depósitos de calcio en el tendón, causando dolor. Y si el hombro se siente rígido en todas las direcciones y no solo doloroso, es posible que la cápsula articular se haya tensado; esta condición se conoce a veces como hombro congelado.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El manguito rotador está formado por cuatro tendones que se unen para formar una estructura continua alrededor de la parte superior del hueso del brazo. El tendón más frecuentemente afectado es el supraespinoso; este discurre por debajo de una estructura ósea en la parte superior del hombro y se inserta en una pequeña zona ósea del hueso del brazo. Esa zona mide apenas unos 13 mm de ancho; por lo tanto, una rotura de tan solo 7 mm implica que aproximadamente la mitad del tendón se ha desprendido.

Suelen producirse dos tipos de problemas. El primero es el desgaste interno del propio tendón. Cerca de su inserción existe una zona con escasa irrigación sanguínea, por lo que con la edad el tendón tiene dificultades para repararse. Las fibras tendinosas se vuelven desorganizadas y deshilachadas, similar a una cuerda que ha estado rozando durante años contra un borde áspero. El segundo problema es la fricción externa: la estructura ósea y su ligamento pueden ejercer presión sobre el tendón, especialmente durante actividades por encima de la cabeza; además, pueden formarse espolones óseos que reducen aún más el espacio disponible.

El dolor que se siente proviene en gran medida de la bursa, el saco de líquido que permite que el tendón se deslice bajo esa estructura ósea. La bursa contiene más terminaciones nerviosas sensibles al dolor que cualquier otro tejido del hombro. A medida que el tendón se deshilacha o se rompe, el músculo al que pertenece puede debilitarse y atrofiarse; por eso levantar el brazo se vuelve más difícil. Las roturas tienden a agrandarse con el tiempo: las roturas pequeñas o parciales dolorosas pueden aumentar entre un 25% y un 50% en 3 a 4 años; además, las roturas grandes progresan más rápidamente que las pequeñas.

Las roturas son frecuentes incluso sin presentar síntomas. Afectan al 28% de las personas menores de 50 años y al 65% de las personas mayores de 70 años. También pueden formarse depósitos de calcio en el tendón; esta afección se denomina tendinitis calcificante y suele ser autolimitada, resolviéndose por sí sola. Si una rotura grande permanece sin tratamiento durante años, la articulación puede deteriorarse; esta condición se conoce como artropatía por rotura del manguito rotador.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior 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 consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y ordenamos estudios de imagen cuando es necesario. Los estudios que podríamos utilizar incluyen radiografías simples, ecografía (un estudio que emplea ondas sonoras) y resonancia magnética (un estudio detallado que muestra el tendón, el músculo y hasta qué punto se ha desplazado cualquier desgarramiento). En casos de problemas crónicos, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y consideramos la cirugía solo cuando este no produce mejoría suficiente. Si su dolor de hombro apareció repentinamente tras una lesión y presenta debilidad nueva, podríamos recomendar una reparación temprana sin necesidad de esperar.

El primer paso es modificar la forma en que utiliza su hombro. Esto implica evitar deportes en los que se levante el brazo por encima de la cabeza y otras actividades que provoquen dolor, así como reducir las tareas que requieran levantar el brazo por encima de la altura del hombro. La fisioterapia tiene como objetivo aliviar el dolor, restaurar el movimiento y fortalecer el manguito rotador y los músculos alrededor de la escápula. Los ejercicios en casa forman parte de este tratamiento, y puede comenzarlos desde el principio. Por lo general, sugerimos darle una oportunidad razonable a este enfoque antes de pensar en la cirugía. En atletas que lanzan y presentan cierto tipo de desgarramiento parcial, el estiramiento dirigido de las estructuras tensas en la parte frontal del hombro puede generar una mejora duradera. El dolor provocado por depósitos de calcio en el tendón puede tratarse de varias maneras: fisioterapia, inyección de esteroides, terapia de ondas de choque (ondas sonoras dirigidas al depósito) o cirugía artroscópica para extraer dicho depósito.

Los comprimidos antiinflamatorios como el ibuprofeno o el naproxeno pueden aliviar el dolor durante un tratamiento breve. Las inyecciones de cortisona en el espacio situado por encima del tendón pueden calmar una exacerbación del cuadro; algunas personas con desgarramientos parciales en la cara inferior del tendón obtienen alivio con ellas, aunque la evidencia sobre su eficacia es contradictoria. Las inyecciones de plasma rico en plaquetas (un concentrado preparado a partir de su propia sangre) no han demostrado beneficios claros a corto plazo para esta afección, por lo que no las ofrecemos de forma rutinaria.

Si el tratamiento no quirúrgico no logra la mejora deseada, la cirugía podría ser el siguiente paso. La mayoría de las intervenciones se realizan mediante cirugía artroscópica, utilizando una cámara diminuta. El objetivo es volver a fijar el tendón desgarrado en su posición natural sobre el hueso del brazo, o bien eliminar el tejido desgastado cuando no es necesaria una reparación. En casos de desgarramientos que no pueden repararse, o cuando la articulación está muy deteriorada, el reemplazo de hombro podría ser una opción. Analizaremos juntos en qué consiste cada alternativa y decidiremos cuál se adapta mejor a usted.

Qué esperar

La mayoría de los problemas del manguito rotador se resuelven con el tiempo y el tratamiento adecuado. La gran mayoría responde bien al tratamiento conservador, es decir, a la fisioterapia, los cambios en las actividades y los medicamentos, en lugar de a la cirugía. En el caso de los desgarramientos de grosor total (aquellos que atraviesan todo el tendón) tratados sin cirugía, alrededor del 75 % de los pacientes evolucionan favorablemente a los 2 años. Su propio pronóstico también es importante: ser más joven, pesar menos, presentar una duración más corta de los síntomas y tener cambios en la resonancia magnética que pueden revertirse están todos asociados a una mejor evolución.

Si se deja un desgarramiento sin tratar, es posible que no permanezca igual. Como ya se mencionó anteriormente en esta página, los desgarramientos suelen agrandarse con el tiempo. Un desgarramiento crónico también puede provocar artritis por desgaste en la articulación, lo que hace que el hombro quede rígido y doloroso. Si su hombro está tan débil que no puede levantar el brazo en absoluto, este cuadro rara vez mejora sin cirugía.

La cirugía también tiene sus propias realidades. Tras una reparación artroscópica, el tendón no siempre vuelve a unirse correctamente: se producen nuevos desgarramientos en aproximadamente el 20 % de las reparaciones, y con mayor frecuencia en desgarramientos más grandes. Aun así, muchas personas cuyo tendón no ha sanado por completo siguen reportando buena funcionalidad y se muestran satisfechas con el resultado. Los primeros 6 meses

posteriores a la reparación son el período crítico para la cicatrización, cuando el riesgo de nuevos desgarros es mayor. Es fundamental encontrar el equilibrio entre proteger la reparación y comenzar a mover el hombro tempranamente; demasiado reposo puede generar rigidez, mientras que demasiado movimiento demasiado pronto puede sobrecargar la reparación.

La recuperación es gradual. La funcionalidad sigue mejorando después de los 6 meses posteriores a la reparación, aunque el tendón ya suele haber alcanzado su estado final para entonces. Algunos factores dificultan la cicatrización: desgarros más grandes, mayor retracción del tendón, edad avanzada, tabaquismo, huesos frágiles, diabetes y niveles elevados de colesterol. Su cirujano valorará todo esto junto con usted y le explicará cuál es un resultado realista en su caso.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en el hombro persiste durante más de unas pocas semanas, especialmente si le duele por la noche o le cuesta levantar el brazo por encima de la cabeza. Solicite una evaluación por parte de un especialista si siente debilidad al levantar el brazo hacia los lados, o si el dolor le impide dormir o trabajar. No espere si el dolor apareció repentinamente tras una caída o lesión y ahora el brazo se siente débil o no puede levantarse en absoluto; es mejor examinar una posible rotura reciente lo antes posible. Asimismo, debe hacerse una evaluación rápida si un hombro empieza a doler y a debilitarse y el otro también comienza a molestar, o si el hombro se vuelve rígido y difícil de mover con el paso del tiempo.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. Los trastornos del manguito rotador merecen una lectura adicional debido a un dato epidemiológico que cambia por completo la interpretación de cualquier informe de imagen: los desgarros del manguito son tan frecuentes en personas asintomáticas que su presencia no implica necesariamente que sean la causa de su dolor.

EL DESGARRO DEL MANGUITO ROTADOR ES UN HALLAZGO NORMAL CON LA EDAD

Tras analizar **6,112** hombros, se observó que la prevalencia de anomalías del manguito rotador en personas **asintomáticas** es lo suficientemente alta como para considerar que **la degeneración del manguito rotador constituye un aspecto común del envejecimiento normal en humanos**; además, es tan elevada que resulta **difícil determinar si una anomalía es reciente o si es la causa de los síntomas** [1].

Se trata de una afirmación excepcionalmente directa proveniente de una revisión sistemática, y debería modificar la forma en que se interpretan los informes de imágenes. Un desgarro detectado en una resonancia magnética no es automáticamente la causa de su dolor; es posible que haya estado presente durante años sin causar molestias, tal como ocurre en una gran proporción de personas de su edad que no presentan ningún problema en el hombro.

La consecuencia clínica es que el diagnóstico depende de si el examen físico y la historia clínica coinciden con los hallazgos de la imagen, y no únicamente de esta última. Por ello, tratar la imagen en lugar del paciente constituye un error frecuente y reconocido en este ámbito.

LA CIRUGÍA AYUDA; EL TAMAÑO DEL BENEFICIO ES LO IMPORTANTE

En el caso de los desgarros degenerativos de espesor total, la cirugía sí supera a las demás opciones. En un grupo de **677** pacientes, **la reparación quirúrgica produjo resultados significativamente mejores en comparación tanto con el tratamiento conservador como con la descompresión subacromial por sí sola**, especialmente en pacientes de mayor edad; los autores señalan además que **la magnitud de la diferencia entre la cirugía y el tratamiento conservador** merece atención [2]. En otro estudio con **269** pacientes, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la cirugía tanto en las puntuaciones de la escala de Constant como en el dolor al cabo de un año [3].

En definitiva, la reparación quirúrgica es la mejor opción; no obstante, los autores del estudio más amplio resaltan el tamaño del efecto y no únicamente su dirección. Una diferencia puede ser estadísticamente significativa pero aún así menor de lo que el paciente percibiría; por ello, la elección no resulta obvia, sobre todo para quienes tienen expectativas modestas o cuyo desgarró probablemente no sea reparable.

EL EJERCICIO NO CONSTITUYE UN ÚNICO TRATAMIENTO; EL TIPO DE EJERCICIO PARECE SER IMPORTANTE

El manejo no quirúrgico suele describirse simplemente como “fisioterapia”, lo cual oculta un hallazgo clínico relevante. Al comparar **siete** tipos de ejercicio en **947** pacientes, se observó que **el entrenamiento de fortalecimiento concéntrico arrojó los mejores resultados** tanto para el dolor como para la disfunción del hombro; el fortalecimiento excéntrico y los ejercicios de control motor constituyen alternativas cuando el entrenamiento concéntrico no resulta adecuado [4].

Esto es importante saber, pues transforma la afirmación “Probé fisioterapia y no me ayudó” en una pregunta: ¿qué ejercicios se realizaron exactamente? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Se trataba de un programa progresivo de fortalecimiento o simplemente de una hoja informativa con ejercicios de estiramiento?

LA INTERVENCIÓN QUE SE AÑADE, PERO QUE NO ES NECESARIA

La acromioplastia, que consiste en desgastar hueso de la superficie inferior del acromion, se realiza con frecuencia junto con la reparación del manguito rotador, con el argumento de que elimina una fuente de compresión sobre la zona reparada.

Sin embargo, la evidencia no respalda esta práctica. En un total de **373** pacientes, **no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa en los resultados subjetivos tras la reparación artroscópica del manguito rotador, con o sin acromioplastia**, en el seguimiento a medio plazo [5].

Si se propone realizar esta intervención adicional a la reparación, es razonable preguntar al respecto.

REFERENCIAS

- [1] Teunis T, Lubberts B, Reilly BT, Ring D. Revisión sistemática y análisis agrupado sobre la prevalencia de enfermedades del manguito rotador conforme aumenta la edad. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(12):1913-21. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.08.001>
- [2] Schemitsch C, Chahal J, Vicente M, Nowak L, Flurin P, Lambers Heerspink F, et al. Reparación quirúrgica frente a tratamiento conservador y descompresión subacromial para el tratamiento de los desgarros del manguito rotador: metaanálisis de ensayos aleatorizados. *Bone Joint J.* 2019;101-B(9):1100-6. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B9.BJJ-2018-1591.R1>
- [3] Piper CC, Hughes AJ, Ma Y, Wang H, Neviaser AS. Tratamiento quirúrgico frente a no quirúrgico para el manejo de los desgarros completos del manguito rotador: revisión sistemática y metaanálisis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2018;27(3):572-6. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.09.032>
- [4] Zhang W, Du M, Xia L, Hao F, Tian M. Efectos de siete tipos de ejercicios en el tratamiento del dolor shoulder relacionado con el manguito rotador: metaanálisis de red. *J Orthop Surg Res.* 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06514-4>
- [5] Chahal J, Mall N, MacDonald PB, Van Thiel G, Cole BJ, Romeo AA, et al. Papel de la descompresión subacromial en pacientes sometidos a reparación artroscópica de desgarros completos del manguito rotador: revisión sistemática y metaanálisis. *Arthroscopy.* 2012;28(5):720-7. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.11.022>