

Artritis del hombro

Artritis del hombro en la radiografía: el cartílago que amortigua la articulación esférica se ha desgastado por completo; el espacio articular se ha reducido y se han formado espolones óseos alrededor del borde de la articulación.

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 artritis del hombro consiste en el desgaste de la articulación esférica donde el brazo se une a la escápula. El cartílago liso que permite el deslizamiento de la articulación se vuelve más fino, de modo que el hueso roza contra el hueso. El dolor suele ir aumentando a lo largo de años, no de semanas. Muchas personas lo atribuyen al envejecimiento o a una lesión antigua antes de que se identifique la verdadera causa.

El dolor se localiza en lo profundo del propio hombro; también puede sentirse a lo largo de la parte externa del brazo. Levantar el brazo por encima de la cabeza, sostener una tetera, tender ropa o alcanzar algo en el bolsillo trasero pueden resultar dolorosos. Es frecuente el dolor nocturno; dormir sobre el lado afectado suele despertar a la persona. El hombro también se vuelve rígido, por lo que movimientos como llevar la mano hacia atrás o lavarse el cabello se dificultan con el tiempo. El reposo alivia los síntomas por un tiempo, pero la rigidez suele reaparecer.

Algunas personas con esta afección padecen un tipo inflamatorio de artritis, como la artritis reumatoide, en la cual el propio sistema inmunitario ataca el revestimiento de la articulación. En esos casos, todo el hombro puede sentirse caliente e hinchado; la articulación resulta dolorosa y rígida en una gama más amplia de movimientos. También es posible sentirse generalmente débil, con cansancio, dolor en otras articulaciones, episodios febriles o pérdida de peso inexplicable. Con el tiempo, la articulación se debilita y puede percibirse un sonido de rechinado o crujido al moverla.

La artritis también puede afectar a las articulaciones más pequeñas cercanas al hombro, como la unión entre la clavícula y el esternón o la escápula. En aproximadamente un tercio de las personas con artritis inflamatoria del hombro, estas zonas resultan dolorosas al tacto.

Si el hombro se ha vuelto doloroso y rígido de forma rápida en lugar de progresiva, debe informárselo a su cirujano, pues existen otras afecciones que imitan a la artritis y requieren tratamientos distintos. Por lo general,

una radiografía simple del hombro basta para diferenciar la artritis del hombro “congelado”, el cual también genera rigidez pero se desarrolla en semanas o meses, no en años.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El hombro es una articulación esférica. La “esfera” situada en el extremo superior del hueso del brazo es mucho más grande que la “cuenca” en la que se asienta; es como una pelota de golf apoyada en un platillo. Un borde blando de cartílago alrededor del borde de la cuenca la hace más profunda, y toda la articulación se mantiene unida mediante músculos y tendones, no por hueso.

En la artritis por desgaste, esa superficie lisa y deslizante se desgasta. El cuerpo responde generando hueso adicional en los bordes de la articulación; el espacio entre la esfera y la cuenca se reduce hasta que el hueso roza contra el hueso. Los tejidos blandos situados en la parte delantera de la articulación también pueden tensarse, por lo que con el tiempo resulta más difícil llevar el brazo hacia atrás o girarlo hacia afuera. En algunas personas, la cuenca se desgasta más de un lado que del otro, lo que permite que la esfera se desplace ligeramente hacia atrás.

Si se trata del tipo inflamatorio, la causa es distinta: el sistema inmunitario ataca el revestimiento de la articulación, y el tejido inflamado que se genera va destruyendo progresivamente el cartílago y el hueso. Este tipo de artritis también puede debilitar los tendones que mantienen la esfera centrada en la cuenca, de modo que el hombro pierde su forma redondeada normal.

Un desgarro prolongado en alguno de esos tendones puede provocar su propio tipo de artritis. Cuando el tendón ya no mantiene la esfera en su lugar, esta se desplaza hacia arriba y roza contra el reborde óseo situado encima. Al no haber tendón que selle la articulación, el cartílago también pierde su suministro normal de fluido nutritivo, y se desgasta gradualmente.

Sea cual sea el tipo de artritis, el resultado es el mismo: superficies ásperas donde deberían ser lisas, una articulación que se mueve con menos libertad, y el dolor profundo y el dolor nocturno ya descritos.

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 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, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. En el caso de problemas crónicos como la artritis, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos y solo consideramos la cirugía cuando estos no producen mejoría suficiente.

El primer paso es modificar la forma en que utiliza el hombro, además de realizar fisioterapia. Es posible que deba ajustar cómo alcanza, levanta o carga objetos para reducir la carga sobre la articulación. La fisioterapia tiene como objetivo mantener el movimiento del hombro y fortalecer los músculos circundantes, lo cual ayuda a

sostener la articulación dañada. Le pedimos que le dé una oportunidad razonable a este enfoque antes de considerar otras alternativas. Paralelamente, los medicamentos antiinflamatorios pueden aliviar el dolor y la inflamación. Se trata de comprimidos que se toman durante un período determinado; no constituyen una cura, pero funcionan mejor cuando se combinan con los cambios en las actividades mencionados.

Si estos pasos no aportan mejoría suficiente, una inyección intraarticular puede ser la siguiente opción. La inyección de corticoesteroides es un potente antiinflamatorio que se administra directamente en el hombro; puede calmar un brote de dolor, aunque el alivio suele ser temporal. Otra inyección, conocida como viscosuplementación, utiliza un líquido gelatinoso destinado a lubricar la articulación. La evidencia científica al respecto en el hombro es limitada, por lo que lo analizamos detenidamente y solo lo proponemos cuando resulte adecuado para usted.

La cirugía se plantea cuando estos tratamientos, aplicados adecuadamente, no le han brindado suficiente alivio y la artritis es lo bastante grave como para que los tratamientos no quirúrgicos ya no sean útiles. La intervención principal es el reemplazo de hombro, en la cual se extraen las superficies desgastadas de la esfera y la cavidad articular para sustituirlas por prótesis artificiales. Existen distintas variantes: el reemplazo total de ambas superficies, el reemplazo parcial de la esfera únicamente, o una técnica de resurfacing que lija y recubre el hueso dañado. La opción más adecuada depende de su edad, nivel de actividad, estado de los tendones y forma de la articulación afectada. En algunos pacientes con artritis en etapas iniciales, se considera una intervención mínimamente invasiva para limpiar la articulación; sin embargo, esta solo es apropiada en determinadas circunstancias. Analizaremos juntos las opciones que se ajusten a su caso; cualquier decisión quirúrgica se tomará de forma conjunta.

Qué esperar

La artritis del hombro suele desarrollarse lentamente a lo largo de los años y no desaparece por sí sola. Si no se trata, el dolor y la rigidez tienden a persistir en lugar de remitir definitivamente. En algunas personas, los síntomas aparecen y desaparecen, con periodos de calma entre los episodios dolorosos. La velocidad de evolución varía mucho de una persona a otra.

La mayoría de los pacientes comienzan con el tratamiento no quirúrgico descrito anteriormente: modificar el uso del hombro, fisioterapia, medicamentos antiinflamatorios y, en ocasiones, inyecciones. Estas medidas pueden aliviar el dolor y mantener la movilidad articular, aunque no reparan las superficies articulares desgastadas. Cabe destacar que una rigidez en el hombro puede tardar mucho en mejorar; a veces, hasta 2 años para notar un cambio real en los síntomas. Para muchas personas esto resulta difícil de aceptar, pero la paciencia con el plan de tratamiento es fundamental. No existe un único tratamiento que sirva para todos, por lo que su cirujano adaptará el enfoque a su hombro y a su estilo de vida.

Si finalmente se decide por la cirugía, la prótesis de hombro puede eliminar gran parte del dolor y permitirle usar el brazo con mayor libertad. El pronóstico tras la intervención suele ser estable a lo largo de los años siguientes. Como cualquier operación, conlleva riesgos. Aproximadamente el 15 % de los pacientes sometidos a prótesis de hombro experimentan alguna complicación, generalmente de forma tardía, entre 5 y 10 años después de la cirugía. Las piezas protésicas pueden aflojarse, normalmente alrededor del año 8, y la infección puede aparecer años después, a veces alrededor del año 12. En algunos casos es necesaria una segunda

operación para corregir algún problema; esto ocurre en hasta un 3%–10% de los pacientes dentro de los dos años posteriores a la primera prótesis. Su cirujano le explicará los riesgos específicos para su caso antes de tomar cualquier decisión.

Sea cual sea el camino elegido, el objetivo es el mismo: un hombro con menos dolor, más movilidad y que le permita seguir con su vida cotidiana.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si el dolor y la rigidez en el hombro han ido aumentando durante meses y no mejoran con el reposo, o si le impiden dormir o dificultan su trabajo. Solicite una evaluación especializada si la articulación se vuelve progresivamente más rígida, débil o si se escucha un crujido al moverla; también si observa calor, hinchazón y cansancio general, signos que pueden indicar un tipo inflamatorio de artritis. Diríjase a urgencias si en pocas horas o días el hombro se vuelve caliente, muy doloroso e hinchado, o si presenta fiebre y malestar general, pues una infección articular requiere tratamiento inmediato. Asimismo, busque atención urgente tras una caída si el hombro le duele mucho, parece estar fuera de su posición normal o no puede moverlo.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La artritis del hombro merece una lectura adicional, ya que la decisión principal —qué tipo de prótesis utilizar— se ha convertido recientemente en una verdadera elección entre opciones, sin una respuesta clara; además, dicha elección varía según la edad del paciente.

REEMPLAZO ANATÓMICO VERSUS INVERSO, EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

El reemplazo anatómico reproduce la disposición anatómica normal y depende de que el manguito rotador funcione correctamente. En cambio, el reemplazo inverso invierte la posición de la esfera y la cavidad, permitiendo que el deltoides realice el levantamiento; no requiere, por tanto, un manguito rotador funcional. Históricamente, el reemplazo inverso se reservaba para pacientes sin manguito rotador; hoy en día, su uso es mucho más extendido.

La comparación realizada en **1,716** pacientes mayores de **70 años** con un manguito rotador íntegro arrojó resultados claros. El reemplazo anatómico proporcionó **una movilidad rotacional superior, superando la diferencia mínima clínicamente relevante**, lo cual podría facilitar actividades cotidianas como vestirse o asearse; en tanto, el reemplazo inverso ofreció **una mayor supervivencia del implante y tasas de revisión más bajas** [1].

Se trata de dos beneficios distintos: el reemplazo anatómico otorga una movilidad rotacional perceptible a diario, mientras que el inverso garantiza mayor durabilidad del implante. Ninguno de los dos resulta claramente superior, motivo por el cual hoy en día esta elección se debate en lugar de ser automática.

EL IMPLANTE INVERSO PRESENTA MÁS COMPLICACIONES TEMPRANAS EN ESTE CONTEXTO

La ventaja en cuanto a durabilidad conlleva un costo inmediato cuando se utiliza el implante inverso para tratar la artritis común.

En un total de **8,846** pacientes, se observó una **tasa más alta de complicaciones tempranas** con el implante inverso en comparación con el implante anatómico en casos de artritis glenohumeral primaria; esto incluye **inestabilidad, fractura escapular, infección y complicaciones de cualquier causa**. No obstante, **no hubo diferencia en la tasa de revisiones** durante ese período de seguimiento [2].

En conjunto con los datos sobre supervivencia mencionados anteriormente, se observa que el implante inverso implica un mayor riesgo de problemas tempranos a cambio de una menor probabilidad de complicaciones tardías. Qué aspecto resulta más relevante depende en gran medida de cuántos años se requiere que el implante funcione correctamente.

REEMPLAZO TANTO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA COMO DE LA CABEZA FEMORAL

La hemiartroplastia reemplaza únicamente la cabeza femoral, dejando intacta la cavidad glenoidea desgastada. Se trata de una intervención menos compleja que evita el uso del componente glenoideo, que es la parte más propensa a aflojarse con el paso del tiempo.

Sin embargo, la evidencia científica no respalda este procedimiento. En un estudio realizado con **1,317** pacientes que padecían artrosis glenohumeral primaria y tenían el manguito rotador intacto, **la artroplastia total de hombro resultó superior a la hemiartroplastia** en cuanto a resultados clínicos, riesgo de revisión quirúrgica y complicaciones postoperatorias [3].

La razón es que la cavidad glenoidea desgastada sigue generando dolor al entrar en contacto con la nueva cabeza femoral. Al prescindir del componente glenoideo, se evita un modo de fallo a largo plazo, aunque se acepta la posibilidad de complicaciones a corto plazo.

EN PACIENTES MÁS JÓVENES, EL CÁLCULO CAMBIA POR COMPLETO

En personas menores de 60 años, cada opción terapéutica resulta insatisfactoria por distintas razones; esto se refleja claramente en la literatura médica, sin que dicha literatura ofrezca soluciones definitivas. Es muy probable que cualquier prótesis implantada requiera una revisión durante la vida del paciente, y la cirugía de revisión de hombro es considerablemente más compleja que la intervención inicial. Las opciones que preservan la articulación –como el desbridamiento artroscópico, la liberación capsular o la eliminación de osteofitos– no detienen el avance de la artritis, pero pueden retrasar la necesidad de una prótesis; para un paciente joven, este objetivo en sí mismo resulta coherente.

UN HALLAZGO RELEVANTE PARA QUIENES SE HAN SOMETIDO A CIRUGÍA DE ESTABILIZACIÓN

La artritis posterior a la estabilización del hombro es frecuente en las imágenes diagnósticas y, en la mayoría de los casos, no genera síntomas. Tras la reparación artroscópica de Bankart, la prevalencia fue del **60 % para cualquier tipo de cambio artrítico y del 28 % para cambios moderados a graves**; sin embargo, **generalmente es asintomática**, sin que se haya encontrado **ninguna correlación significativa** con los factores de riesgo conocidos [4].

Si se ha sometido a una cirugía de estabilización y en un estudio posterior se detecta artritis, este hallazgo es común, normalmente no es la causa de los síntomas, y por sí solo no constituye motivo para tomar medidas.

REFERENCIAS

- [1] Gupta MS, Krishan A, Rashid A, Lee MH. Artroplastia total inversa versus anatómica en pacientes mayores de 70 años con artrosis glenohumeral primaria: una revisión sistemática y metaanálisis. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(5):1370-86. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.10.015>
- [2] Givens JM, Malkani AL, Ong KL, Watson HN, Harreld KL. Tasas de complicaciones tras la artroplastia total inversa y anatómica en pacientes con artrosis glenohumeral primaria. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(2):273-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.06.017>
- [3] Singh Jagdev B, McGrath J, Cole A, Gomaa A, Chong HH, Singh HP. Artroplastia total versus hemiartroplastia en pacientes con artrosis glenohumeral primaria y manguito rotador intacto: metaanálisis mediante la herramienta revisada de evaluación del riesgo de sesgo de Cochrane. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(12):2657-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.07.012>
- [4] Yeo MH, Seah SJ, Ang G, Arce G, Lie D. Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo de artrosis glenohumeral tras la reparación artroscópica de Bankart: una revisión sistemática y metaanálisis. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(12):e1224-e1233. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.03.011>