

Inestabilidad del hombro

El labrum es un borde de cartilago blando que profundiza la poco profunda cavidad glenoidea. Cuando se desgarra —generalmente durante una luxación—, la articulación pierde su principal mecanismo de contención y comienza a sentirse inestable.

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 inestabilidad del hombro significa que la “bola” de la articulación del hombro se mueve más de lo normal. Puede desplazarse parcialmente fuera de su posición (subluxación) o salirse completamente de la cavidad articular (luxación). Algunas personas notan esto tras una lesión evidente, como una caída o un golpe en el que el brazo queda extendido hacia un lado y girado hacia atrás. Otras personas no presentan ninguna lesión; su hombro simplemente siempre ha sido inestable, y el problema aparece gradualmente, a veces tras un golpe leve o un período en el que no usaron mucho el brazo.

El síntoma más común es el dolor, a menudo una molestia difusa alrededor del hombro y el omóplato que es difícil de localizar. Algunas personas, en cambio, sienten una sensación de deslizamiento o flacidez. Otras experimentan aprensión, es decir, miedo a que el hombro se disloque, cuando levantan el brazo hacia un lado o por encima de la cabeza. También puede notar chasquidos o crujidos, debilidad, o sensación de hormigueo y entumecimiento que baja por el brazo. Por la noche resulta difícil dormir, y muchas personas perciben que el hombro se vuelve inestable mientras duermen.

Las actividades cotidianas se convierten en un verdadero problema: levantar objetos por encima de la cabeza, lanzar una pelota, cargar bolsas pesadas con los brazos a los costados o estirarse en la cama pueden provocar síntomas. Los nadadores suelen sentirlo durante las fases de toma de agua y recuperación del brazo. Los atletas que lanzan pueden notar que pierden control y velocidad. Algunas personas incluso evitan ciertas posturas por temor a que el hombro se disloque.

Si su hombro se ha dislocado por completo, la situación es más grave: el hombro duele mucho, los músculos circundantes se contraen espasmódicamente y el movimiento del brazo queda limitado por el dolor. Algunas luxaciones ocurren detrás de la articulación y son menos evidentes; provocan principalmente un dolor profundo en la parte posterior del hombro y dificultad para girar el brazo hacia afuera. Estas se confunden fácilmente con otros problemas, como el hombro congelado, razón por la cual a veces se diagnostican tarde.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El hombro está diseñado para el movimiento, no para mantener objetos fijos en su lugar. La cavidad articular es naturalmente poco profunda; la cabeza del húmero encaja en ella de forma similar a como una pelota de golf se equilibra sobre un tee. Esta forma permite alcanzar objetos por encima de la cabeza y lanzar cosas, pero también significa que el hueso por sí solo apenas contribuye a mantener la articulación estable.

Por eso el cuerpo utiliza otros elementos para mantener la cabeza del húmero centrada. Un anillo de cartílago alrededor de la cavidad, llamado labrum, funciona como un borde elevado en un plato, haciendo que la cavidad sea aproximadamente un 50% más profunda. La cápsula articular, una envoltura de tejido alrededor de la articulación, y varios ligamentos internos actúan como cuerdas de sujeción, manteniendo la cabeza del húmero en su sitio durante el movimiento. Los músculos del manguito rotador también contribuyen, ejerciendo una fuerza que mantiene todo unido. Cuando todos estos elementos funcionan correctamente, el hombro permanece estable.

La inestabilidad se produce cuando este sistema de soporte falla. En algunas personas, una lesión grave, como una luxación, desprende el labrum del borde de la cavidad. Una vez que ese “borde” desaparece, la cabeza del húmero se desplaza hacia adelante con mayor facilidad; cada nuevo desplazamiento estira un poco más la cápsula articular. En otras personas, el tejido es laxo desde el principio, y toda la cápsula resulta demasiado holgada en todas direcciones; en esos casos el hombro puede desplazarse sin que haya ocurrido ninguna lesión real.

En ambos casos, el resultado es lo que usted ha estado sintiendo: la cabeza del húmero que se mueve dentro de la cavidad tensiona los músculos circundantes, lo que genera ese dolor vago y esa debilidad. El tejido laxo que se engancha o desliza durante el movimiento provoca esos chasquidos y crujidos. Y como la articulación ya no está bien sujeta, ciertas posturas –como el brazo extendido hacia el lateral y girado hacia atrás– permiten que el hombro se desplace lo suficiente como para generar esa sensación de inseguridad.

Algunas personas presentan una combinación de ambos problemas; unas pocas experimentan desplazamientos del hombro hacia atrás en lugar de hacia adelante. El patrón concreto determina qué tratamiento resulta adecuado, y eso es precisamente lo que su cirujano determinará a continuación.

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 programamos estudios de imagen si son necesarios para determinar qué tipo de inestabilidad presenta.

Para la mayoría de las personas, lo primero es la fisioterapia. Esta busca fortalecer los músculos que mantienen la cabeza del hueso en el centro de la cavidad articular, así como reeducar la percepción del paciente sobre la posición de su brazo al moverse. Si el hombro presenta laxitud sin ninguna lesión evidente, la fisioterapia

constituye el tratamiento principal; el 80 % de los pacientes mejoran sin necesidad de cirugía. En casos de laxitud en varias direcciones, la fisioterapia suele durar entre 6 y 9 meses antes de considerar una intervención quirúrgica. Si el hombro se disloca hacia atrás y los síntomas son leves, la fisioterapia combinada con cambios en el uso del brazo y tratamientos breves con antiinflamatorios puede ser suficiente. Tras una primera dislocación, un período corto con cabestrillo ayuda a estabilizar la zona, tras lo cual se inicia la rehabilitación estructurada. Por lo general, intentamos un tratamiento no quirúrgico antes de plantear la cirugía; no obstante, en ciertas lesiones podemos recomendar la operación de inmediato.

Los comprimidos antiinflamatorios pueden aliviar el dolor mientras se trabaja en el fortalecimiento y el control muscular. No corrigen la laxitud en sí, por lo que los utilizamos como apoyo a corto plazo junto con la fisioterapia, no como tratamiento definitivo.

Si el hombro sigue dislocándose a pesar de haber seguido un programa adecuado de fisioterapia, entonces vale la pena considerar la cirugía. El objetivo es reparar o tensar los tejidos que mantienen la cabeza del hueso en su lugar, así como reconstruir el hueso en el borde de la cavidad articular si se ha desgastado en exceso. La intervención más adecuada depende de la dirección en que se disloque el hombro, del grado de afectación ósea y de las funciones que su brazo deba desempeñar diariamente. Algunos casos responden bien a la cirugía artroscópica mediante pequeñas incisiones; otros requieren una cirugía abierta o la inserción de un fragmento óseo en la cavidad para impedir que la cabeza del hueso se salga. Analizaremos juntos las opciones que se adapten a su hombro; cualquier decisión quirúrgica será tomada en conjunto.

Qué esperar

La inestabilidad del hombro rara vez desaparece por sí sola. En algunas personas, mejora con fisioterapia y permanece estable durante largos períodos; luego, vuelve a manifestarse tras un golpe o un día de uso intenso del brazo. En otras personas, la inestabilidad se repite con frecuencia, especialmente si el hombro ya se ha dislocado completamente una vez. Cada nuevo episodio estira un poco más los tejidos de soporte, por lo que el problema tiende a repetirse en lugar de desaparecer.

Sin tratamiento, el pronóstico depende de la edad y del nivel de actividad física. Los jóvenes que practican deporte son los más propensos a sufrir nuevas dislocaciones. Tras una primera dislocación, aproximadamente una de cada tres personas menores de 40 años volverá a experimentarla. En personas mayores de 50 años, las dislocaciones son menos frecuentes tras el tratamiento; sin embargo, existe otro riesgo: a lo largo de 25 años, dos tercios de quienes han padecido inestabilidad desarrollan artritis degenerativa en el hombro. Las repetidas subluxaciones también desgastan la superficie articular, incrementando ese riesgo con el tiempo.

Con un tratamiento adecuado, la mayoría de las personas logran estabilidad en el hombro. Para muchos, la fisioterapia por sí sola es suficiente, sobre todo si el problema es simplemente laxitud ligamentosa y no lesión real. Si se requiere cirugía, el objetivo es obtener un hombro estable que permita usar el brazo sin preocupaciones. La mayoría de quienes se someten a una operación de estabilización vuelven a practicar deporte, aunque no todos al nivel previo; alrededor de dos tercios recuperan el nivel deportivo anterior. No obstante, cierta inestabilidad puede reaparecer tras la cirugía, especialmente si el hombro se había dislocado varias veces antes de la operación o si se ha perdido hueso en el borde de la cavidad glenoidea.

La recuperación es gradual. En las primeras semanas, el hombro se siente rígido y débil; tareas sencillas como vestirse o alcanzar objetos requieren planificación. La fuerza y la confianza se recuperan a lo largo de meses, no de semanas. Levantar cargas pesadas y practicar deportes de contacto suelen ser las últimas actividades en volver a realizarse, generalmente unos seis meses después de la cirugía. Algunas personas notan rigidez persistente o molestias leves ante cambios climáticos o uso intenso del hombro. El objetivo realista es contar con un hombro en el que se pueda confiar para la vida diaria y la mayoría de actividades, no con una articulación que parezca “nueva”.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si su hombro se sigue dislocando o le parece inestable; si el dolor o la debilidad le impiden usar el brazo con normalidad; o si los síntomas le impiden dormir o le dificultan el trabajo o la práctica deportiva. Solicite una evaluación especializada si el hombro se ha dislocado por completo, si esto ocurre repetidamente, o si siente temor de que se disloque al levantar el brazo. Diríjase a urgencias si el hombro permanece fuera de su posición y no vuelve a su sitio, si el brazo queda pegado al cuerpo y no puede girarlo hacia afuera ni levantarlo, o si el hombro presenta una forma visiblemente distinta en comparación con el otro lado. Estos signos indican que es necesario volver a colocar la articulación en su posición lo antes posible.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La inestabilidad del hombro merece una lectura adicional, porque la decisión clave no es realmente “operar o no”, sino qué tipo de operación realizar; y esto depende de una medición ósea, no de cómo se siente el hombro.

LA PÉRDIDA ÓSEA ES EL FACTOR DETERMINANTE

La reparación de los tejidos blandos permite volver a unir el labrum desgarrado y tensar la cápsula. Sin embargo, no puede reemplazar el hueso que falta en la parte anterior de la cavidad glenoidea; una vez que se pierde suficiente cantidad de dicho borde óseo, el hombro puede salirse por ese defecto, por muy bien que se haya reparado el tejido blando.

Una revisión sistemática realizada en **19,307** pacientes identificó los factores de riesgo conocidos para la recurrencia tras una reparación artroscópica de tipo Bankart: **edad más joven, pérdida ósea glenoidea y lesiones de Hill-Sachs fuera de la trayectoria normal**; también se reportaron frecuentemente el practicar deportes de contacto o de competición, el número de dispositivos de fijación utilizados y el sexo [1].

El término “fuera de la trayectoria normal” merece ser traducido. La lesión de Hill-Sachs consiste en una muesca que se forma en la parte posterior de la cabeza humeral al dislocarse el hombro sobre el borde de la cavidad glenoidea. Su importancia depende de si dicha muesca permanece en contacto con la glenoide durante todo el rango de movimiento (es decir, dentro de la trayectoria normal) o si se desplaza fuera del borde y deja de estar en contacto. Es precisamente la interacción entre ambos defectos, y no cada uno por separado, lo que predice el fracaso de la reparación.

¿QUÉ SE OBTIENE CON LA CIRUGÍA MAYOR Y CUÁNTO CUESTA?

Cuando la pérdida ósea es considerable, el trasplante óseo resuelve el problema que la reparación por sí sola no puede solucionar. En una comparación directa, el procedimiento de Latarjet arrojó una **tasa de recurrencia más baja**, mejores resultados reportados por los pacientes y una recuperación más rápida para volver a practicar deportes, en comparación con la reparación artroscópica de Bankart; sin embargo, presentó una **tasa de complicaciones más alta** [2]. Una comparación a largo plazo realizada en **3,088** pacientes reveló menor inestabilidad recurrente y menos revisiones quirúrgicas tras el procedimiento abierto de Latarjet; además, las tasas de artritis fueron **similares** en ambos grupos [3], lo cual responde a la objeción habitual de que el trasplante óseo a través de la articulación aceleraría el desgaste articular.

En cuanto al costo, al analizar datos de **7,175** pacientes se determinó que la tasa global de complicaciones tras el procedimiento de Latarjet fue de **6–7%**, mayormente relacionadas con el injerto; no se observaron diferencias significativas entre la versión abierta y la artroscópica [4].

LA OPCIÓN INTERMEDIA

La elección no es binaria. En un total de **2,100** pacientes, la realización de un procedimiento de **remplissage**, es decir, el relleno del defecto de Hill-Sachs con cápsula y tendón para impedir su interacción, redujo la recurrencia de la lesión en comparación con la reparación aislada de Bankart, **sin** una pérdida significativa de la rotación externa. Asimismo, este método podría disminuir la necesidad de reoperaciones en comparación con la técnica de Latarjet [5].

Esto resulta relevante para atletas que lanzan objetos y para cualquier persona cuyo deporte dependa de esos últimos grados de rotación externa; en estos casos, la preocupación tradicional respecto a la estabilización ha sido la posibilidad de sustituir la inestabilidad por rigidez articular.

ANALICE CON ESCEPTICISMO LA LITERATURA SOBRE RESULTADOS CLÍNICOS

Existen dos hallazgos que deben moderar cualquier cifra que le sea comunicada con confianza.

Una revisión realizada en **19,156** pacientes concluyó que una gran proporción de estudios que informan sobre los resultados de la reparación de Bankart presentan **baja calidad metodológica y escaso nivel de evidencia** [6].

Además, el acceso a este tratamiento no se distribuye de manera equitativa: en un total de **43,054** pacientes, pertenecer a una raza o etnia minoritaria, contar con seguro público, tener ingresos más bajos y padecer mayor privación social **disminuyeron la probabilidad de someterse** a la reparación de Bankart; el seguro público también se asoció con tiempos de espera más prolongados [7]. Parte de la variabilidad observada en los resultados publicados se debe a quiénes lograron acceder a la cirugía y cuándo, no a los efectos reales de la operación.

REFERENCIAS

[1] Bulleit CH, Hurley ET, Jing C, Hinton ZW, Doyle TR, Anakwenze OA, et al. Factores de riesgo de recurrencia tras la reparación artroscópica de Bankart: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2539-49. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.017>

- [2] Hossein Zadeh R, Daliri M, Sadeghi M, Hossein Zadeh R, Sahebi M, Moradi A, et al. Reparación artroscópica de Bankart frente al procedimiento de Latarjet para la inestabilidad shoulder recurrente: un metaanálisis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024;33(12):e652-e674. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.06.024>
- [3] Meyer AM, Lorentz SG, Klifto CS, Bradley KE, Lau BC, Dickens JF, et al. Los resultados del procedimiento abierto de Latarjet presentan menores tasas de inestabilidad recurrente y de reoperación que la reparación artroscópica de Bankart en el seguimiento a largo plazo. *Arthroscopy.* 2025;41(9):3693-705. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.12.038>
- [4] Hurley ET, Schwartz LB, Mojica ES, Campbell KA, Matache BA, Meislin RJ, et al. Complicaciones a corto plazo del procedimiento de Latarjet: una revisión sistemática. *J Shoulder Elbow Surg.* 2021;30(7):1693-9. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.01.024>
- [5] Gonzalez-Morgado D, Ardebol J, Noble MB, Galasso LA, Menendez ME, Denard PJ. No existen diferencias en cuanto a la pérdida de rotación externa tras la reparación aislada de Bankart, el procedimiento de remplissage o el procedimiento de Latarjet: una revisión sistemática y metaanálisis. *Am J Sports Med.* 2025;53(2):493-500. <https://doi.org/10.1177/03635465241241825>
- [6] Moran FG, Hurley ET, Storme JG, Karavan MP, Downey SA, Klifto CS, et al. Los estudios sobre la reparación de Bankart para la inestabilidad anterior del hombro presentan una mala descripción de los datos y evidencia de baja calidad: una revisión sistemática. *Arthroscopy.* 2023;40(3):963. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.07.010>
- [7] Gentile B, Muo E, Saraf SM, Rumps MV, Mulcahey MK. El impacto de los determinantes sociales de la salud en la inestabilidad del hombro y la probabilidad de someterse a cirugía: una revisión sistemática. *JSES Rev Rep Tech.* 2025;5(4):828-33. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2025.05.006>