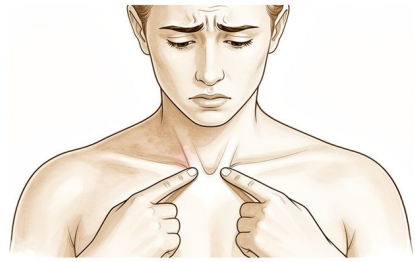


# Trastornos de la articulación esternoclavicular

La articulación esternoclavicular —el punto donde la clavícula se une al esternón— puede verse afectada por artritis, inestabilidad o, en raras ocasiones, por una grave dislocación posterior.

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 articulación esternoclavicular es la pequeña articulación situada en la parte delantera del pecho, donde el extremo interno de la clavícula se une al esternón. Puede sentirla como un pequeño bulto justo debajo de la base del cuello, a unos pocos centímetros de la línea media. Es fácil pasarla por alto hasta que surge algún problema en ella.

Los problemas en esta zona suelen manifestarse de varias formas. Algunas personas notan un **dolor o sensibilidad** profunda justo sobre ese bulto, a menudo acompañada de algo de hinchazón; este dolor empeora al estirar el brazo hacia arriba, levantar pesos, empujar o al acostarse sobre ese lado. Otras personas perciben que la articulación **hace “clic”, se desliza o cambia de posición** al realizar ciertos movimientos; a veces aparece un bulto visible que va y viene. En ocasiones, el problema comienza con una lesión repentina (una caída sobre el hombro, un placaje o un accidente de tráfico), seguida de dolor, hinchazón y un cambio en la forma de la articulación. La sensación que experimente depende en gran medida de cuál de estas situaciones esté ocurriendo; a continuación explicamos cómo distinguirlas.

## ¿Qué está ocurriendo realmente?

La articulación esternoclavicular es la **única articulación ósea verdadera** que conecta todo el brazo y el hombro con el resto del esqueleto. Todos los movimientos del brazo se anclan al tórax a través de esta pequeña articulación; por eso es muy resistente y está rodeada de ligamentos fuertes. Varias condiciones pueden afectarla.

La **artritis** (desgaste de las superficies articulares) es el problema más frecuente. Con el tiempo, el cartílago liso se vuelve más delgado; la articulación puede hincharse y doler al moverse. Se observa con mayor frecuencia en **mujeres de mediana edad**, a menudo sin ninguna lesión previa; por sí sola, no supone un peligro, aunque sí resulta molesta.

La **inestabilidad atraumática** consiste en que la articulación se desliza o se disloca parcialmente sin que haya habido una lesión real; suele deberse a ligamentos naturalmente laxos. Es más común en **personas jóvenes y flexibles (hipermóviles)**; la clavícula suele desplazarse hacia adelante (dislocación *anterior*), lo que puede manifestarse como un bulto que aparece al realizar ciertos movimientos.

La **dislocación traumática** ocurre cuando una fuerza intensa expulsa por completo la clavícula de la articulación. Si la dislocación es **hacia adelante** (anterior), resulta dolorosa y se observa un aspecto anormal, aunque rara vez es peligrosa. La que reviste mayor importancia es la **dislocación posterior**, en la cual la clavícula se desplaza hacia atrás, detrás del esternón, hacia el espacio que contiene la tráquea, el esófago y los grandes vasos sanguíneos del tórax. Es poco frecuente, pero puede ser grave. Más información al respecto en la última sección.

## ¿Qué podemos hacer al respecto?

---

Nuestro enfoque está guiado por el Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton. 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. A continuación, realizamos una evaluación exhaustiva para confirmar el diagnóstico. En casos de problemas crónicos, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico y solo consideramos la cirugía si este no brinda suficiente alivio.

La buena noticia es que **la mayoría de los problemas esternoclaviculares se resuelven sin cirugía**.

En el caso de la **artritis** y la **inestabilidad anterior (hacia adelante)**, el tratamiento de primera línea es no quirúrgico y suele ser eficaz: modificar las actividades que empeoran los síntomas, tomar analgésicos y antiinflamatorios simples, y realizar fisioterapia para estabilizar la articulación y fortalecer los músculos de soporte. Si una articulación artrítica dolorosa persiste tras un tratamiento adecuado, una **inyección de esteroides** en la articulación puede calmar el dolor y además ayudar a confirmar que esa articulación es la fuente del mismo.

**La cirugía es la excepción, no la regla.** Se reserva para pacientes seleccionados cuyo dolor o inestabilidad no mejoran a pesar de un tratamiento no quirúrgico adecuado. Dependiendo del problema, esto puede implicar **estabilizar** la articulación (reconstruir los ligamentos para mantener la clavícula en su lugar) o, en casos de artritis severa, **extirpar el extremo desgastado de la clavícula** para eliminar la superficie dolorosa. Estas opciones se evalúan con mucho cuidado, pues la articulación se encuentra justo al lado de estructuras torácicas importantes.

Una **dislocación posterior** es una situación que no admite demoras. Por lo general requiere una **reducción urgente** (volver a colocar la articulación en su sitio); dado lo que se encuentra detrás de la articulación, este

procedimiento suele realizarse en quirófano con un **cirujano torácico o vascular de guardia**, por si fuera necesario.

## Qué esperar

---

En el caso de la artritis y de la inestabilidad anterior frecuente, el pronóstico es alentador. Con cambios en las actividades, fisioterapia y tiempo, la gran mayoría de las personas logran sentirse lo suficientemente cómodas para llevar una vida normal; muchas ni siquiera necesitan nada más que eso. Las articulaciones flexibles suelen calmarse a medida que los músculos circundantes se fortalecen y la persona aprende qué movimientos debe evitar.

Cuando es necesaria la cirugía, esta puede ser muy eficaz para el paciente adecuado; sin embargo, la recuperación requiere paciencia: primero se debe proteger la articulación y luego se retoma gradualmente la actividad a lo largo de varios meses. Su cirujano le explicará el plan específico para su caso.

Una dislocación posterior tratada de inmediato suele evolucionar favorablemente una vez que la articulación vuelve a su posición correcta. Lo importante es la rapidez: es preciso evaluarla y reducirla cuanto antes.

## ¿Cuándo consultar a un especialista?

---

Acuda a su médico si presenta:

- **Dolor, hinchazón o sensibilidad persistentes** en la articulación situada en la parte delantera del pecho que no mejoran, o un bulto que aparece y desaparece continuamente.
- **Una articulación que se siente inestable** o que se disloca repetidamente al realizar ciertos movimientos, limitando sus actividades cotidianas.
- **Dolor tras una lesión** en la parte delantera del hombro o del pecho, especialmente si la articulación parece o se siente deformada.

**Considere esto una emergencia: llame a una ambulancia o acuda de inmediato al servicio de urgencias más cercano** si, tras un golpe fuerte o una lesión de alta energía en el hombro o el pecho, presenta:

- **Dificultad para respirar**, sensación de presión o ahogo, o cambios en la voz.
- **Dificultad o dolor al tragar.**
- **Hinchazón, cambio de color, frío o hormigueo en el brazo**, o pulso débil en ese lado.

Estos síntomas pueden indicar una **dislocación posterior** que ejerce presión sobre la tráquea, el esófago o los principales vasos sanguíneos situados detrás del esternón. Aunque es poco frecuente, requiere una evaluación hospitalaria urgente. No espere a ver si los síntomas desaparecen por sí solos.

# En profundidad

---

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Los problemas de la articulación esternoclavicular merecen una lectura adicional, ya que una de sus variantes constituye una verdadera emergencia médica que, externamente, puede parecer insignificante; además, el período en el que el tratamiento más sencillo resulta eficaz se mide en horas.

## LA DISLOCACIÓN POSTERIOR ES LA QUE REALMENTE IMPORTA

La articulación esternoclavicular se encuentra en la base del cuello, donde la clavícula se une al esternón. Justo detrás de ella se ubican los grandes vasos sanguíneos, la tráquea y el esófago.

Una dislocación **anterior** desplaza la clavícula hacia adelante, generando una protuberancia visible. Esta situación parece grave, pero suele ser benigna. En cambio, una dislocación **posterior** la desplaza hacia atrás, hacia dichas estructuras, y apenas produce signos externos; a veces solo se observa una ligera depresión. La apariencia externa es inversamente proporcional a la gravedad de la lesión.

Los síntomas que indican una dislocación posterior incluyen dificultad para tragar, dificultad respiratoria, cambios en la voz o congestión de las venas en el brazo o el cuello. Cualquiera de estos síntomas tras una lesión en la parte frontal del hombro requiere una evaluación inmediata. Las radiografías simples no son fiables para esta articulación; por lo general, se necesita una tomografía computarizada.

## EL PLAZO DE 48 HORAS

Cuando se identifica una dislocación posterior, con frecuencia se puede volver a colocar la clavícula en su posición sin necesidad de abrir la articulación. En **140** pacientes adolescentes, tanto los métodos cerrados como los abiertos han demostrado ser **muy eficaces**; además, **la reducción cerrada es más efectiva cuando se realiza en menos de 48 horas tras la lesión inicial** [1].

Se trata de un valor concreto y útil para la práctica clínica. Transcurridos aproximadamente dos días, los tejidos blandos comienzan a organizarse alrededor del hueso desplazado, por lo que la reducción cerrada tiene cada vez menos probabilidades de éxito; esto convierte una maniobra sencilla en una intervención abierta junto a los grandes vasos sanguíneos. Este es el argumento más contundente a favor de realizar estudios de imagen tempranos en lugar de adoptar una actitud de espera vigilante, siempre que el mecanismo de lesión sea compatible.

Debido a esa proximidad anatómica, la reducción de una dislocación posterior suele llevarse a cabo con un equipo cardiorrespiratorio disponible; no porque la maniobra suele fracasar, sino porque, de ocurrirlo, las consecuencias serían inmediatas.

## LA RECONSTRUCCIÓN PARA LA INESTABILIDAD FUNCIONA; LA TÉCNICA EMPLEADA NO ES DETERMINANTE

En casos de inestabilidad recurrente o crónica, se procede a la reconstrucción de la articulación mediante un injerto tendinoso. En un total de **164** pacientes, dicha reconstrucción generó mejoras significativas en los resultados reportados por los pacientes y en su retorno a las actividades cotidianas, todo ello con una **baja tasa**

**de complicaciones.** Esto se mantuvo **independientemente de la técnica** utilizada: ya sea perforación unicortical o bicortical, así como el uso de injerto alogénico o autólogo [2].

Cuando varias variantes técnicas arrojan resultados similares, lo razonable es concluir que lo verdaderamente importante es lograr una estructura articular estable, más que el método concreto empleado para ello.

### LA ARTRITIS EN ESTA ZONA ES TRATABLE Y POCO RECONOCIDA

Los cambios degenerativos en esta articulación constituyen una causa real y a menudo pasada por alto del dolor en la base del cuello, especialmente en mujeres de mediana edad; con frecuencia este dolor se atribuye al propio cuello. El tratamiento quirúrgico aplicado a **107** pacientes resulta ser **un procedimiento seguro que reduce eficazmente el dolor y genera un alto grado de satisfacción**, aunque la literatura médica no determina si la cirugía abierta o la artroscópica es la opción preferible [3].

Lo importante es que una sensibilidad persistente y localizada exactamente sobre esta articulación merece ser señalada de manera específica, pues se trata de un punto pequeño que fácilmente se pasa por alto cuando el dolor se describe como perteneciente al hombro o al cuello.

### REFERENCIAS

[1] Tepolt F, Carry PM, Heyn PC, Miller NH. Lesiones de la articulación esternoclavicular posterior en la población adolescente: un metaanálisis. Am J Sports Med. 2014;42(10):2517-24. <https://doi.org/10.1177/0363546514523386>

[2] Kapoor U, Khoo KJ, Hsu JE, Matsen FA, Schiffman CJ. Resultados clínicos y complicaciones tras la reconstrucción de la articulación esternoclavicular: una revisión sistemática. Am J Sports Med. 2026;54(7):1799-806. <https://doi.org/10.1177/03635465251407324>

[3] Rasmussen AH, Krogsgaard MR. Tratamiento quirúrgico de la artrosis de la articulación esternoclavicular: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(10):2517-28. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.12.044>