

Los falsos mitos de la salud

El ejercicio físico es una actividad reconocida como factor importante para la salud del ser humano. Pero la práctica deportiva, pese a sus múltiples beneficios, conlleva algunos riesgos. El doc-

tor Gerardo Garcés, jefe de los servicios médicos de la Unión Deportiva Las Palmas, y su equipo, responsables en el ámbito traumatológico de la salud de la plantilla amarilla como especialistas

en Traumatología y Cirugía Ortopédica de Hospital Perpetuo Socorro, servicio médico oficial también del Herbalife Gran Canaria, analizan al detalle cuáles son y cómo prevenirlos.

La articulación glenohumeral

Su gran rango de movilidad trae como consecuencia que en determinadas circunstancias se puedan presentar cuadros de inestabilidad

LA PROVINCIA

La articulación glenohumeral está constituida entre el extremo superior del húmero y la escápula y alcanza un grado de movilidad mayor que cualquier otra articulación del cuerpo humano. Para ello actúa en colaboración con el resto de articulaciones del hombro: acromioclavicular, escapulo-torácica, y externo clavicular.

Su amplia movilidad se consigue gracias a que existe una diferencia importante en el tamaño y curvaturas de las superficies que la constituyen, teniendo la cabeza humeral una superficie grande y esférica, y aplanada más pequeña la glena. La cápsula articular del hombro está provista de una elasticidad importante pero que se refuerza según el tipo de movimiento con la tensión selectiva de los diferentes ligamentos de refuerzo, explica el doctor Álvaro Blanco, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica de Hospital Perpetuo Socorro.

Este gran rango de movilidad trae como consecuencia que en determinadas circunstancias se puedan presentar cuadros de inestabilidad, es decir, bajo cargas fisiológicas se pierde de manera total (luxación) o parcial (subluxación), el contacto normal entre las dos superficies articulares.

Para mantener la estabilidad tenemos las estructuras estabilizadoras estáticas, entre las que se encuentran las superficies articulares, que no aportan mucha estabilidad por sí mismas, pero en caso de pérdidas óseas, tanto en el lado humeral (lesión de Hill Sachs o fracturas en la parte posterior de la cabeza humeral tras una luxación anterior) o en el lado glenoideo (pérdida del ancho de la parte anterior e inferior de la glena tras luxaciones anteriores a repetición), pueden al estar presentes contribuir a la inestabilidad, por lo que deben tenerse en cuenta al planificar el tratamiento quirúrgico y así minimizar las recaídas.

Otros estabilizadores son los ligamentos glenohumerales, re-



El doctor Álvaro Blanco, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica de Hospital Perpetuo Socorro. | ARCHIVO

fuerzos de la capsula articular, especialmente el complejo del ligamento glenohumeral antero inferior que se ubica en la parte anterior e inferior de la articulación. Por su parte, el labrum o rodete glenoideo es una estructura cartilaginosa que se inserta en toda la periferia de la glena o superficie articular de la escápula incrementando la profundidad de la misma, restringiendo en cierta medida el desplazamiento de la cabeza humeral.

Los estabilizadores dinámicos son los músculos del mango rotador, esto es, deltoideos y musculatura periescapular, y la sincronización de la movilidad de la articulación glenohumeral con la movilidad de la escápula sobre el tórax.

La inestabilidad glenohumeral puede ser traumática produciéndose por traumatismos importantes que ocasionan una luxación o subluxación.

Las luxaciones son verdaderas urgencias, el paciente siente un dolor intenso y no puede movilizar el brazo. Tras realizar radiografías para tipificar la lesión, se procederá lo mas pronto posible a recolocar la articulación bajo sedación. Es importante descartar lesiones nerviosas y vasculares así como realizar una radiografía de control para corroborar la reducción articular. Se inmoviliza con cabestrillo por aproximadamente tres semanas. De acuerdo al desplazamiento de la cabeza humeral, el 95% son anteriores.

Los pacientes mas jóvenes, hasta los 30 años, tienden a las recaídas o luxaciones a recidivantes en un porcentaje más elevado que los pacientes mayores, debido al sitio de lesión de los ligamentos, presentándose la rotura en la zona antero inferior del rodete glenoideo, conocida como lesión de Bankart, con pocas

posibilidades de cicatrización espontánea.

Los pacientes de más edad presentan generalmente roturas en la sustancia de la cápsula articular y ligamentos, teniendo mas posibilidad de cicatrización, siendo menos frecuentes las luxaciones a repetición, aunque tienen mas posibilidad de lesiones asociadas como roturas del mango o rotador o lesiones del nervio circunflejo.

La inestabilidad glenohumeral no traumática es consecuencia de esfuerzos repetitivos que tensionan la cápsula y ligamentos estabilizadores. Esto conduce a su estiramiento progresivo, permitiendo un desplazamiento mayor de la cabeza humeral sobre la glena (lanzamientos, deportes de raqueta, natación, gimnasia), con episodios de resaltos, bloqueos y dolor. La inestabilidad antero inferior es el tipo más frecuente pero pueden ser también posterior-

res o multidireccionales. Los pacientes hiperlaxos son propensos a este tipo de inestabilidad.

El diagnóstico se realiza mediante el interrogatorio, antecedentes traumáticos, tipo de actividad y un examen físico minucioso así como radiografías, resonancia magnética y la tomografía computarizada (si se sospecha de defectos óseos).

“Como explicamos al principio, la estabilidad del hombro depende de múltiples factores por lo que un programa de rehabilitación adecuado que restablezca la fuerza muscular y la sincronización del movimiento entre las articulaciones glenohumeral y escapulo torácica puede dar buenos resultados en algunos casos. Igualmente el evitar el movimiento que produce la luxación, subluxación o dolor, pueden ayudar al paciente a restablecer sus actividades”, explica el doctor Blanco sobre el tratamiento conservador.

Si fracasa se recomienda el tratamiento artroscópico, con reparación anatómica de las lesiones, lo cual según el caso consiste en suturar el labrum a su inserción normal en la glena, casi siempre con una plicatura o tensionamiento del complejo del ligamento gleno humeral antero inferior. En inestabilidades posteriores puede ser necesario realizar una osteotomía en el cuello de la escápula para reorientar la glena. De no contar con unos tejidos adecuados para su reparación o en caso de recaídas tras la cirugía, se puede transferir parte de la apófisis coracoides (extensión ósea de la escápula ubicada por delante en internamente a la articulación) junto con los músculos de la porción corta del bíceps y coracobraquial que se originan en ella, a la parte anterior de la glena en proximidad de la línea articular. De existir defectos óseos relevantes deben ser valorados y tratados.

En conclusión, la inestabilidad del hombro en cualquiera de sus presentaciones puede generar un grado importante de discapacidad pero su valoración y tratamiento pueden mejorar la situación del paciente en un porcentaje elevado de casos.