

## CAPÍTULO 9

### Inestabilidad glenohumeral

Michael J. Tuite, Valeriy Kheyfits y Grégory Dieudonné

Una versión ampliada de este capítulo, incluyendo Figuras electrónicas (eFigs) adicionales, se encuentra en el acceso online.

#### PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y DEFINICIONES

La inestabilidad del hombro y los desgarros del labrum son una causa común de las quejas del hombro, sobre todo en personas jóvenes atléticas. Los síntomas pueden ser muy debilitantes y la cirugía a menudo es necesaria para reducir el dolor o estabilizar el hombro. Las imágenes juegan un papel importante ayudando a determinar quién podría beneficiarse de la cirugía.

La articulación glenohumeral es la principal articulación que se luxa con más frecuencia en el cuerpo, representa el 45% de todas las luxaciones.<sup>1</sup>

El principal estabilizador estático es el complejo labro-ligamentoso, compuesto por el labrum glenoideo, la cápsula y los ligamentos glenohumerales (GHL). Estas estructuras a menudo cicatrizan mal, con la laxitud residual o un desgarro crónico después de estar lesionados, lo que deja inestable el hombro.

La *inestabilidad del hombro* se define como la subluxación o luxación recurrente de la articulación glenohumeral. La inestabilidad se puede dividir en cuatro tipos principales: anterior, posterior, multidireccional y microinestabilidad. Los cirujanos también han descrito la "inestabilidad funcional", en la que el paciente tiene la sensación de inestabilidad del hombro, pero no hay ninguna en el examen clínico. La inestabilidad funcional suele deberse a desgarro aislado en el labrum.<sup>3</sup>

La inestabilidad anterior es el tipo más común de inestabilidad sintomática del hombro. Las luxaciones anteriores representan del 85 al 90% de todas las luxaciones.<sup>1</sup> La inestabilidad posterior representa solo del 2 al 4% de los pacientes con inestabilidad.<sup>4</sup> La *inestabilidad multidireccional* es definida como laxitud de la articulación del hombro en más de una dirección. Es relativamente común, aunque muchos de estos pacientes son tratados de forma conservadora y nunca se toman imágenes. La microinestabilidad se refiere a una familia de trastornos en los que existe inestabilidad leve en dirección superoinferior, predominantemente.<sup>5</sup>

Además, hay algunos desgarros del labrum que normalmente no están asociados con la inestabilidad, como los desgarros del labrum superior de anterior a posterior (SLAP) y desgarros posterosuperiores del labrum, asociados con quistes de la escotadura espinoglenoidea. Los desgarros SLAP, se observan casi en el 5% de los pacientes de la consulta ortopédica típica, mientras que los quistes de escotadura espinoglenoidea, son una de las causas del dolor de hombro en adultos jóvenes.<sup>6-8</sup> Otros tipos de luxaciones, como la inferior (luxatio o erecta) y la superior, son raras.

#### ANATOMÍA

La anatomía y variantes normales del hombro, se describieron en el Capítulo 6. Hay algunas características anatómicas específicas que es importante recordar, al tomar imágenes con inestabilidad de hombro.

La cabeza del húmero se mantiene dentro de la fosa glenoidea por una serie de factores, que incluyen adhesión-cohesión, efecto de ventosa y diversos estabilizadores dinámicos y estáticos.<sup>1</sup> Los estabilizadores dinámicos son los músculos y tendones que cruzan la articulación e incluyen el manguito rotador y la cabeza larga del tendón del bíceps. Los estabilizadores estáticos son el labrum y la cápsula de la articulación, especialmente los engrosamientos focales de la cápsula denominados *ligamentos glenohumerales* (ver Fig. 6-16).

El labrum glenoideo es uno de los estabilizadores más importantes del hombro porque es el sitio que normalmente se desgarra durante una luxación.<sup>1</sup> El labrum es una estructura triangular unida al cartilago hialino de manera circunferencial alrededor del reborde glenoideo.

Debido a su mala vascularización, a menudo los desgarros del labrum no cicatrizan bien por sí mismos, sobre todo en personas activas que esfuerzan el hombro continuamente.<sup>10</sup>

Hay tres principales GHL (ver Fig. 6-16.): superior, medio e inferior. El más importante de ellos para mantener la estabilidad, es el GHL inferior. El GHL inferior es la cápsula engrosada de la articulación del receso axilar, pero sus características importantes son los engrosamientos focales a lo largo de los márgenes anterior y posterior. Estos engrosamientos focales de los GHL inferiores se denominan *banda anterior* y *banda posterior*. Estos ligamentos se extienden desde el húmero para insertarse en el borde de la fosa glenoidea a través del labrum. Las bandas anterior e inferior del GHL se insertan en el labrum anterior aproximadamente en posición de cuatro en punto del reborde glenoideo, mientras que la banda posterior del GHL inferior, forma la cara posterior de la cavidad axilar y se une cerca de la posición 8 en punto, del labrum (Fig. 9-1AB). La banda anterior del GHL inferior, juega un papel importante en la prevención de la inestabilidad anterior del hombro.

#### Variaciones normales

Hay varias variaciones normales en el labrum que pueden imitar un desgarro en las imágenes de MR. La primera es la variación normal en la forma del labrum. La periferia del labrum está hecha de tejido fibroso y por tanto es flexible. Varios estudios han demostrado que el labrum puede asumir una variedad de apariencias en MRI, incluyendo una forma dentada o roma.<sup>11-13</sup>

En el labrum normal puede verse intensidad de señal difusa aumentada, debido al efecto de "ángulo mágico" o anisotropía angular. El efecto de ángulo mágico se produce porque las fibras de colágeno del labrum están orientadas