

INESTABILITAT D'ESPATLLA. TIPUS I TRACTAMENT

22 febrer, 2024



Font: Institut Cugat

L'articulació de l'espatlla és la més mòbil del cos humà, però a la vegada una articulació fàcilment inestable. Això es deu en gran part a què els ossos que conformen aquesta articulació presenta una desproporció de mides; és a dir, el cap humeral és molt més gran que la cavitat glenoide. Per això, la càpsula articular, el làbrum glenoide, els lligaments i els tendons (maneguet rotatori) són de crucial importància per mantenir els ossos en la seva posició i evitar així una luxació.

Espatlla: luxació i subluxació

S'entén per luxació de l'espatlla quan els ossos que conformen l'articulació de l'espatlla perden el seu contacte o posició normal. Els pacients noten i a vegades expliquen que "se m'ha sortit l'espatlla del lloc". Aquesta luxació pot a vegades ser

incompleta i reduir-se automàticament, considerant-se com una subluxació. Però, en altres ocasions la luxació és completa i requereix la participació d'un metge, generalment traumatòleg, per reduir l'articulació o tornar a situar el cap humeral i la cavitat glenoide a la seva correcta posició.

Tipus d'inestabilitat de l'espatlla

Existeixen diversos tipus d'inestabilitat glenohumeral, classificats en funció de la seva direcció (luxació anterior, posterior, o inferior) o de la seva presentació clínica (aguda o crònica; primer episodi o recidivant; traumàtica, atraumàtica multidireccional, o voluntària). La presentació clínica més freqüent és la luxació recidivant anterior traumàtica o no, en funció del grau de lesió existent i intensitat del mecanisme responsable de la luxació. La lesió predominant és la desinserció del làbrum glenoide anterior o lesió de Bankart. Com més vegades s'ha luxat una espatlla menys energia es requereix per tornar a luxar-lo, i això és una cosa que els pacients expliquen perfectament.

Diagnòstic de la inestabilitat de l'espatlla

El diagnòstic de la inestabilitat d'espatlla és predominantment clínic, és a dir, el pacient explicarà el seu problema d'una manera bastant clara, que podrà confirmar-se amb l'exploració física mitjançant la maniobra d'aprehensió positiva amb recol·locació també positiva.

És a dir, al col·locar-se l'espatlla en abducció i rotació externa, el pacient tindrà la sensació que l'espatlla va luxar-se i li farà por. Aquesta sensació millorarà amb la pressió anterior sobre l'espatlla, la qual cosa es coneix com a maniobra de recol·locació. Aquest test seran altament indicatius d'una inestabilitat glenohumeral anterior. Evidentment, s'haurà d'avaluar també la presència d'inestabilitat en altres direccions: calaix posterior per la inestabilitat posterior i signe del sulco per l'inferior.

Existeixen diversos aspectes demogràfics clínics que condicionen en gran manera el tractament més eficaç. L'edat del pacient (alt índex de recidiva com més jove és el pacient davant el primer episodi de luxació), el tipus i nivell

d'esport que es practica (major risc de recidiva si es practiquen esports de contacte a alt nivell), presència o no d'hipertextos articular, o lesions òssies associades són alguns dels factors més importants.

Pren especial rellevància la presència de lesions òssies associades, com la lesió de Hill-Sachs (impacte o defecte ossi en la part posterior del cap humeral com a resultat del contacte entre la cavitat glenoide anterior i el propi cap humeral, típicament davant múltiples episodis de luxació) o la fractura glenoide anterior (lesió de Bankart ossi). A vegades, no existirà fractura de la cavitat glenoide, però sí una erosió que al final comportarà una pèrdua òssia.

Tractament de la luxació d'espatlla

El tractament inicial d'un primer episodi de luxació serà el d'una immobilització d'entre 3-4 setmanes, per després passar a guanyar mobilitat perduda i la força muscular. Aquesta última és de vital importància com a element estabilitzador de l'articulació. Si falla el tractament conservador (no quirúrgic) o en casos en els quals existeixen molts episodis de luxació i sobretot si aquests són de molt baixa energia, es recomanarà un tractament quirúrgic.

El tractament quirúrgic més acceptat avui dia és la reinserció o reparació capsulolabral artroscòpia o reparació de Bankart. Sense obrir l'articulació i mitjançant el que denominem portals, s'utilitza una càmera d'alta resolució i diversos instruments per col·locar ancoratges en la borda glenoide on existeix la lesió capsulolabral i es cus aquest últim teixit de tornada a l'os on es va arrencar.

Aquest procediment haurà de realitzar-se en totes aquelles àrees on el làbrum glenoide s'hagi desinserir. A més, si existeix una lesió de Hill-Sachs significativa haurà d'afegir-se un procediment denominat remplissage, que consisteix a fer més posterior la inserció de càpsula i tendó infraespinós mitjançant ancoratges al cap humeral posterior, eliminant, per tant, el defecte ossi existent. Això redueix les possibilitats d'una nova luxació.

Quan la reparació, artroscòpia de Bankart no funciona i el

pacient presenta altra luxació d'espatlla, o simplement existeix molta pèrdua òssia que fa recomanable una tècnica amb un topall ossi. Aquesta pot ser mitjançant un empelt d'os col·locat en la part anterior de la cavitat glenoide, o mitjançant la transposició de l'apòfisi coracoide i el tendó conjunt que s'insereix en ella. Aquesta última tècnica es coneix com a tècnica de Latarket o Bristow-latarjet, i ha demostrat ser altament eficaç per evitar tornar-se a luxar-se l'espatlla.

Postoperatori

El protocol postoperatori no difereix molt de la tècnica quirúrgica empleada. Per regla general, els pacients hauran de romandre immobilitzats durant unes 3-4 setmanes, per després iniciar la rehabilitació. Els objectius seran primer guanyar la mobilitat i, en segon lloc, guanyar la força muscular. El pacient normalment podrà conduir aproximadament a les 4-5 setmanes i practicar esport als 4-6 mesos, en funció del tipus i intensitat de pràctica esportiva.