

## Newsletter

# Estabilización de hombro.



## De qué se trata?

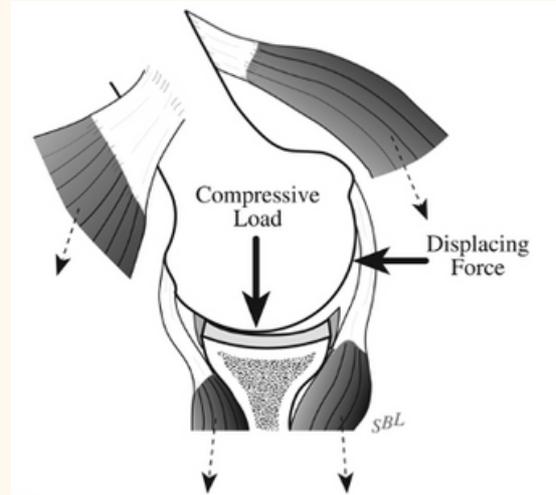
En este primer blog abordaremos la inestabilidad glenohumeral desde una perspectiva actualizada en relación con los componentes musculares que inciden sobre esta estabilización. En el siguiente blog (abril) expondremos las estrategias neuromotoras que utilizan los pacientes con esta patología y cómo una vez mantenidas en el tiempo pueden ocasionar disfunciones en la articulación glenohumeral.

**01** La inestabilidad glenohumeral es una condición patológica definida como: "una excesiva traslación de la cabeza humeral en la glenoide, dando como resultado una pérdida de función que se caracteriza por dolor y aprehensión".

**02** La estabilidad depende de la concavidad glenoidea y el arco coracoacromial junto con los componentes activos y pasivos (que forman parte de un sistema integrado) que mantiene el centraje de la cabeza humeral.

## Newsletter

# El manguito rotador como un compresor.



## De qué se trata?



El ratio (proporción) de estabilidad está determinado por la fuerza necesaria para desplazar la cabeza humeral del centro de la glenoide. Es así, como el manguito rotador confiere una estabilización dinámica, pues es considerado un compresor.

El subescapular es considerado un compresor anterior y el infraespinoso, uno posterior. Para generar estabilización, ambos deben activarse al mismo tiempo (on — off) y con la misma intensidad. De esta manera, se produce una compresión balanceada durante el movimiento.

### 03

La coactivación (CoA) del subescapular e infraespinoso tiende a disminuir en pacientes con inestabilidad glenohumeral y se produce una mayor desactivación durante el descenso del brazo.

¿Quizás por ello, los pacientes tienen dolor en el excéntrico del movimiento?

### 04

Al disminuir esta CoA, se produce una migración superior de la cabeza humeral dinámica, provocando un pinzamiento que puede comprometer la bursa, tendón bicipital y supraespinoso.

Si llega un paciente con bursitis debiésemos pensar en esta posibilidad.

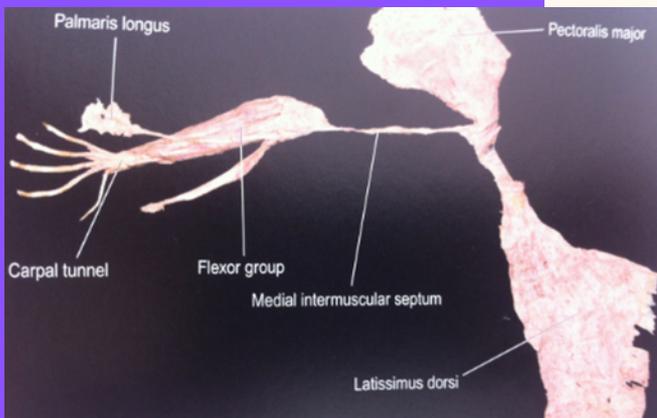
## Newsletter

# El manguito rotador no es el único.



## Quién puede ayudar?

Se ha demostrado que existe una segunda CoA durante el movimiento de elevación del hombro que intenta estabilizar y contrarrestar la fuerza de deslizamiento superior de la cabeza humeral ocasionada por la activación del deltoides medio. Esta sería la CoA del pectoral mayor y dorsal ancho. Estos músculos también tienen un efecto compresor; por ende, estabilizan. Eso sí, en posiciones más altas (sobre 90° de elevación).



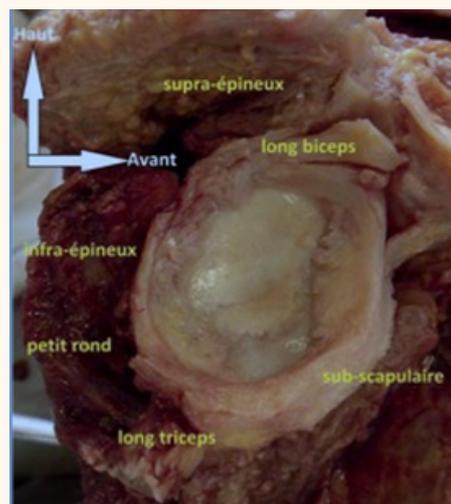
**05** Si tuviéramos un paciente con diagnóstico de lumbalgia recurrente, esto puede ocasionar una disfunción del dorsal ancho, alterando la coactivación y posterior, estabilización de la glenohumeral. Por ejemplo: raquiostenosis, HNP, entre otros.

**06** ¿Qué pasa en paciente con rotura de manguito rotador completo?

La segunda coactivación se vuelve primordial para estabilizar la glenohumeral.

## Newsletter

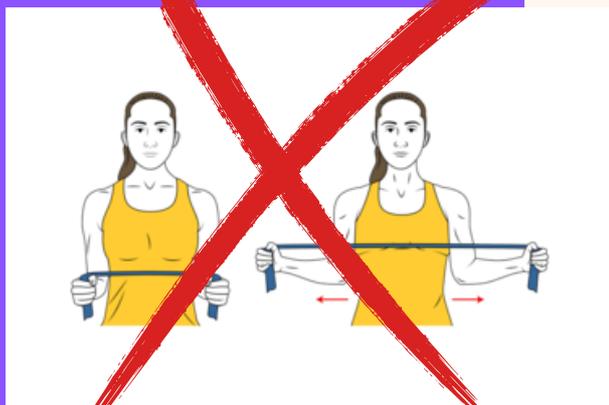
# Otras CoA que ayudan a la estabilización.



## El complejo biceps/ triceps

En el último tiempo se han incorporado la porción larga del bíceps y tríceps como una nueva coactivación para lograr una mayor estabilización glenohumeral. Estos músculos son un enlace entre todo el labrum (escápula) y el antebrazo en su zona miofascial, participarían en el centrado de la cabeza humeral y la estabilización del codo.

Y una última CoA, menos estudiada, sería el efecto compresivo del deltoides anterior y posterior.



**07** Por lo consignado, parece inapropiado llevar a cabo ejercicios analíticos, como por ejemplo, rotaciones en pacientes inestables, ya que no generan ningún tipo de coactivación.

¿Quieres saber más del programa de estabilización?

Conoce nuestros cursos en línea y semipresenciales donde abordaremos este tema y muchos otros, en forma teórica y PRÁCTICA.

Nos vemos...

La

# Estabilización de hombro.

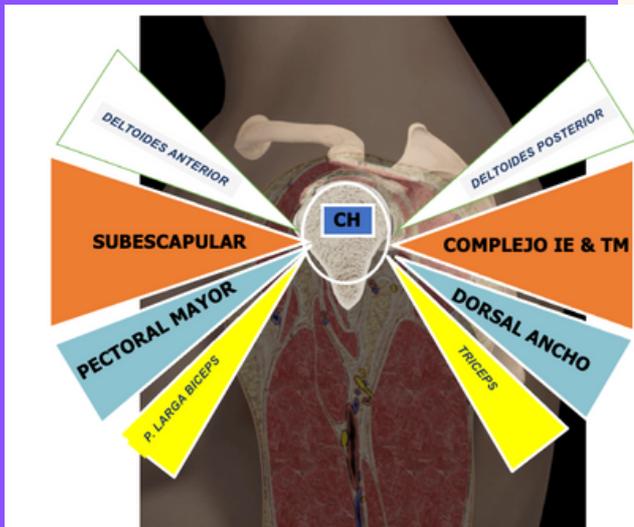


## La figura esencial

Desde mi punto de vista kinésico, la esencia de la estabilización glenohumeral es lograr la coactivación de las diferentes sinergias musculares (Figura).

La estrategia a utilizar va a depender de cada paciente, patología que provoco la inestabilidad y la habilidad del tratante.

Tampoco, debemos olvidar que hay componentes miofasciales, articulares, capsuloligamentosos y nerviosos que pueden afectar esta condición.



## Klgo. Msc. Jorge Torres S

Tengo más de 25 años de experiencia en atención clínica de pacientes con lesiones en EESS, específicamente en hombro. He dictado más de 40 cursos en el área músculo-esquelética en Chile y en el extranjero.

Actualmente, soy Coordinador de kinesiología en Clínica MEDS y director del programa de perfeccionamiento profesional de la misma Institución.

Los espero en los diferentes cursos.

