

Hombro doloroso. Tratamiento artroscópico

Dres. LEONARDO TACUS, PABLO KOBRINSKY, JULIO A. CHIAPPARA*

Resumen: *En este trabajo describimos aspectos anatómicos, diagnósticos y terapéuticos del tratamiento artroscópico del hombro doloroso.*

Las lesiones articulares las dividimos en: a) enfermedades subacromiales y b) enfermedades escápula humerales.

Sintéticamente presentamos las vías artroscópicas que utilizamos para cada una de las patologías, la técnica quirúrgica y el esquema postoperatorio.

Summary: *We present the main aspects regarding arthroscopic treatment of painful shoulder.*

The lesions may be divided in: a) subacromial disease and b) glenohumeral disease.

We summarize the various arthroscopic techniques according to the lesions.

Debido a la limitación en tiempo y en espacio abordaremos este apasionante capítulo de la patogenia del hombro sólo desde

el punto de vista del artroscopista y no abundaremos en descripciones anatómicas complejas ni en descripciones fisiopatológicas muy detalladas, ya que entendemos que esto es por todos conocido.

Sí diremos que el hombro doloroso puede ser de causa.-

- Cartilaginosa.
- Osea.
- Articular:
 - a) escapulohumeral;
 - b) subacromial.
- Sinovial.
- Capsular.
- Pericapsular.
- Muscular.
- Mixta.

Sólo será para tratamiento artroscópico la patología ósea, cartilaginosa, articular, sinovial o musculotendinosa, que esté en contacto con la articulación y al alcance de nuestras vías de abordaje.

Osea:

- Osteocondritis.
- Fracturas osteocondrales.
- Procesos quísticos yuxtaarticulares.

Cartilaginosa:

- Osteocondritis.

Sinovial:

- Calcificaciones.

Tendinosa:

- Ruptura porción larga del bíceps.
- Ruptura manguito rotador.

Capsulares:

* Centro de Investigaciones Artroscópicas, Junín 1384, P.B., (1113) Capital Federal.

- Lesiones del labrum.

En las lesiones articulares debemos separar :

- De la patología subacromial:
 - Bursitis.
 - Calcificaciones.
 - Ruptura del manguito rotador.
 - Exostosis.
 - Patología menisco-acromioclavicular.
- De la patología escapulohumeral:
 - Lesiones de la cabeza humeral (osteocondritis, fracturas).
 - Lesiones de la glena o de la cavidad glenoidea (osteocondritis, fracturas).
 - Lesiones del rodete (seudoinestabilidad).
 - Lesiones del tendón bicipital (seudoinestabilidad).
 - Sinovitis (cualquier etiología).
 - Calcificaciones.
 - Cuerpos extraños.
 - Derrames articulares.

En la patología subacromial efectuamos:

- Bursectomía de rutina para poder visualizar el espacio.
- Si el factor de hiperpresión es el ligamento acromioclavicular, lo seccionamos.
- Si el factor es acromial, efectuamos resección parcial.
- Si la patología es meniscal y del extremo clavicular, procedemos a su abrasión.
- Si hay calcificaciones intraespacio las resecamos; si son miocorporales también, siempre que no comprometan la masa del músculo o que no provoquen rozamiento.
- Si hay una ruptura leve del manguito, sólo lo debridamos.
- Si hay una ruptura grande en un joven, lo reparamos (artroscópicamente, de ser posible, o mediante cirugía abierta, de lo contrario); si es un paciente mayor de los 45 años y no tiene incapacidad funcional importante, sólo lo debridamos.
- De rutina exploramos también la articulación escapulohumeral.

En la patología escapulohumeral efectuamos:

- Abrasión en las osteocondritis.

- Resección del labrum redundante.
- Resección del resto del tendón bicipital.
- Sinovectomía (sinovitis).
- Resección de las calcificaciones, drenaje de derrames.

En síntesis, de acuerdo con el hallazgo es la terapéutica. Y movilización bajo anestesia suave y controlada bajo video artroscopía.

De la técnica expresaremos sólo que lo hacemos bajo anestesia general en decúbito lateral, abducción 60 grados, antepulsión 10 grados y tracción por doble roldana.

Abordajes

- Posterior subespina:
 - Subacromial
 - Escapulohumeral
 redirigiéndolo
- Anterior laterocoracoides:
 - Subacromial
 - Escapulohumeral
 redirigiéndolo
- Lateroacromial (subacromial).
- Acromioclavicular medial (escapulohumeral).
- Accesorios.

El postoperatorio, de acuerdo con la patología. No inmovilizamos. Crioterapia. Movilidad pasiva precoz. Movilidad activa a favor de la gravedad. Evitamos ejercicios de fuerza hasta los 60 días del postoperatorio. Raramente férula de movilidad continua.

Mostramos apretada síntesis de la terapéutica artroscópica de la casuística de nuestros archivos.

BIBLIOGRAFIA

- Amstutz HC, Sew Hoy A, Clarke I: UCLA anatomic total shoulder arthroplasty. Clin Orthop 155; 7-20, 1981.
- Atchek DW, Warren RF, Wickiewicz TL et al: Arthroscopic acromioplasty: technique and results. JBJS 72-A: 1198-1207, 1990.
- Brewen BJ: Aging of the rotator cuff. Am J Sports Med 7- 102-110, 1979.

4. Bigliani LU, Norris TR, April EW: The morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. *Orthop Trans* 10: 228, 1986.
5. Chung SMK, Nissenbaum MM: Congenital and developmental defects of the shoulder. *Orthop Clin North Am* 6: 381-392, 1975.
6. Codman EA: *The shoulder*. Thomas Todd, Boston, 1934, pp 1-31.
7. Cofield RH: Current concepts review: rotator cuff disease of the shoulder. *JBJS* 67-A: 974-979, 1985.
8. Ellman H: Arthroscopic treatment of impingement of the shoulder. *AAOS Instructional Course Lectures*, 1989, pp 177-185.
9. Ellman H: Arthroscopic subacromial decompression, a preliminary report. *Orthop Trans* 9: 49, 1985.
10. Ellman H: Arthroscopic subacromial decompression: analysis of 1-3 year results. *Arthroscopy* 3: 173-181, 1987.
11. Ellman H: Diagnosis and treatment of incomplete rotator cuff tears. *Clin Orthop* 254: 64-74, 1990.
12. Kobrinsky P, Tacus L, Chiappara J, Francone MV: Lesiones del manguito rotador de hombro. Tratamiento quirúrgico por videoartroscopi'a.
13. Liberson F: Os acromiale: a contected anomaly. *JBJS* 19-A: 683-689, 1987.
14. McClure JB, Raney RD: Anomalies of the scapula. *Clin Orthop Rel Res* 110. 22-31, 1975.
15. Mudge MK, Wodd VE, Frykman GK: Rotator cuff tears associated with os acromials. *JBJS* 66-A: 427-429, 1984.
16. Neer CS II: Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *JBJS* 54-A: 41-50, 1972.
17. Neer CS II; Impingement lesions. *Clin Orthop* 173: 70-77, 1983.
18. Neer CS II: *Shoulder reconstruction*. WB Saunders, Philadelphia, 1990, pp 41-70.
19. Neviaser TJ, Neviaser RJ, Neviaser JS: The four in one arthroplasty for the painful are syndrome. *Clin Orthop* 163: 107-112, 1982.
20. Olgivie-Harris DJ, Wiley AM: *Arthroscopic surgery of the shoulder*. *JBJS* 68-B: 201-207, 1986.
21. Ozaki J, Fujimoto O, Nakagawa Y et ah Tears of the rotator cuff of the shoulder associated with pathologic changes in the acromion. A study in cadavers. *JBJS* 70-A (8): 1224-1230, 1988.
22. Paulos LE, Franklin JL: Arthroscopic shoulder decompression development and application: a five year experience. *Am J Sports Med* 8: 235-244, 1990.
23. Rockwood CA, Matsen FA: *The shoulder*. WB Saunders, Philadelphia, 1990, pp 623-632.
24. Samllson RL: Rotator cuff tears, management and end results of over 400 cases. *JBJS* 62-B: 277, 1980.
25. Uhtoff HK, Loehr J, Sarkar K: The pathogenesis of rotator cuff tears. *In: Takeyishi N (ed): The Shoulder*. Professional Postgraduate Services, Tokyo, 1987.