

## PRESENTACIÓN DE ENFERMOS, RADIOGRAFÍAS E INSTRUMENTOS

# Abordaje transubescapular de la articulación glenohumeral (Presentación preliminar)

Dr. JOSE MARIA ROTELLA\*

Desde 1992 hasta la fecha fueron intervenidos quirúrgicamente con esta técnica 14 pacientes. La experiencia completa de nuestra casuística, su evaluación y resultados, serán motivo de una próxima comunicación en esta Asociación.

El motivo de esta presentación será referirnos, dentro del abordaje anterior del hombro, al tiempo del plano del músculo subescapular, que no lo desinsertamos del troquíter, sino que abordamos la cápsula y llegamos a la articulación del hombro, a través de las fibras del músculo subescapular (Figuras 3 y 4).

### Técnica quirúrgica

Paciente en decúbito dorsal. Incisión en la cara anterior del hombro, sobre una línea que va desde la coracoides al borde anterior de la axila (6 cm) aproximadamente (Figuras 1-A y B).

### Tiempo muscular

*Primer plano:* Disección del surco deltopectoral, preservando la vena cefálica, que se reclina hacia afuera con el músculo deltoides (Figura 2-A).

*Segundo plano:* Se reclinan los músculos coracoides hacia medial, recordando la presencia del nervio musculocutáneo, a 5 cm de la coracoides aproximadamente (Figura 2-B).

*Tercer plano:* Se llega al músculo subescapular; se identifican y se respetan los vasos circunflejos, que transcurren por el borde inferior de este músculo (Figura 3-A).

Se identifica, sobre la cara anterior del músculo subescapular, el "rafe", que divide al músculo subescapular en dos porciones, una superior y otra in-



Fig. 1A. Marcado de la incisión, sobre la línea que une la apófisis coracoides y el borde anterior de la axila.

ferior (Figura 3-B). Esta división siempre está presente y hablaría de dos músculos subescapulares, uno superior y otro inferior, y que explicaría la doble inervación que este músculo presenta desde el plexo braquial.



Fig. 1B. Sobre el pliegue anterior del hombro. Cosméticamente muy aceptable, 6 cm de longitud.

\* Hospital "Ángel C. Padilla", Alberdi 550, S. M. de Tucumán, y Sanatorio del Norte, Maipú 617, S. M. de Tucumán.

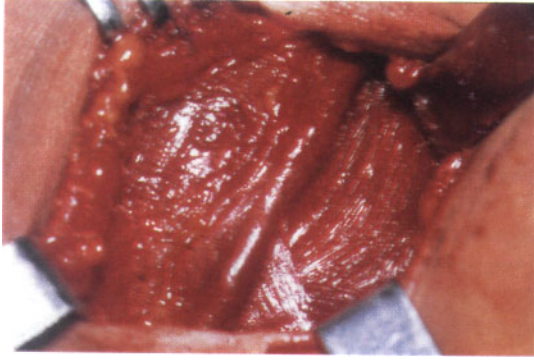


Fig. 2A. Surco deltopectoral. Se reclina la vena cefálica con el músculo deltoidees hacia afuera y el músculo pectoral hacia adentro.

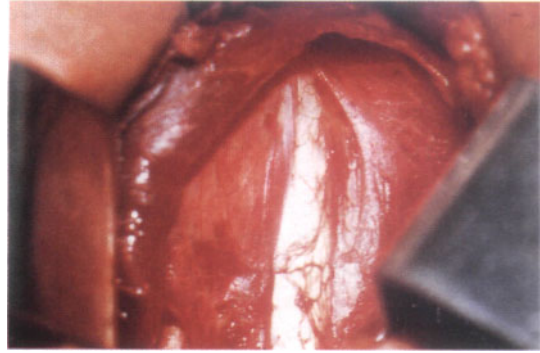


Fig. 2B. Plano de los músculos coracoides, que se separan hacia medial.

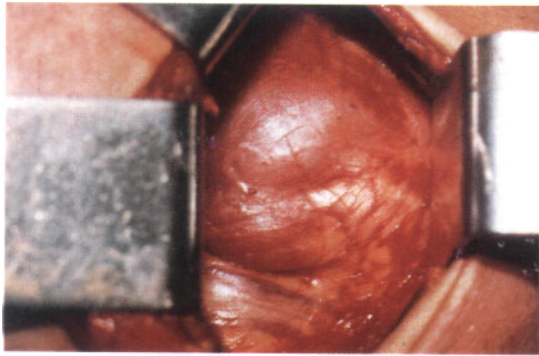


Fig. 3A. Músculo subescapular. Muy bien diferenciadas sus porciones superior e inferior. En el borde inferior de este músculo, arteria circunfleja, que no ligamos.

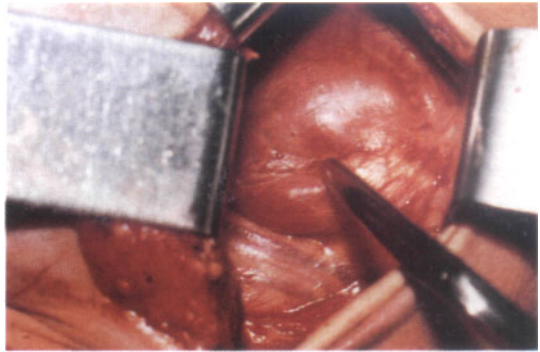


Fig. 3B. Disección roma transversal de las fibras musculares del subescapular.

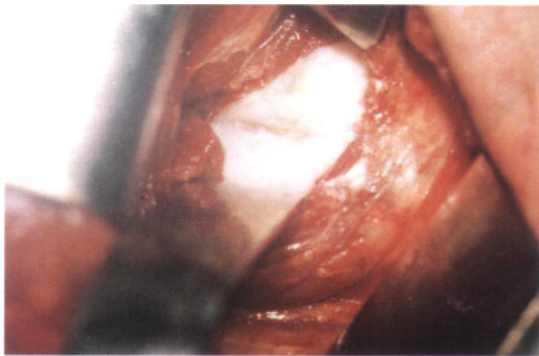


Fig 4A. Cápsula articular. Las fibras superiores e inferiores del músculo subescapular están separadas.

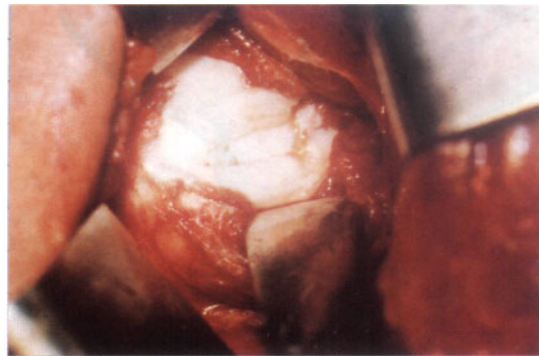


Fig. 4B. Artrotomía transversal de la cápsula articular, en el mismo sentido de las fibras del músculo subescapular.

Con disección roma horizontal se divide los dos vientres, el superior y el inferior (Figura 4-A). Es preferible realizarla en la parte medial del músculo y no cerca del troquíter, donde la cápsula está más adherida a este músculo.

Se colocan dos separadores de Farabeuff para separar los dos vientres del subescapular, maniobra que nos permite ver la cara anterior de la cápsula con comodidad.

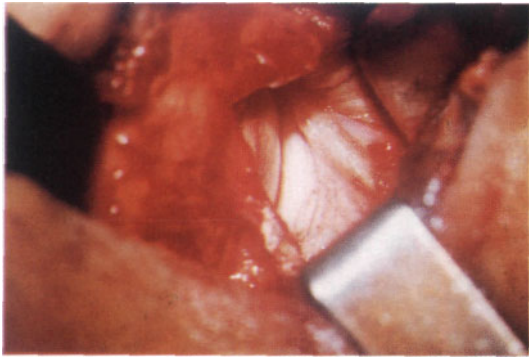


Fig. 5A. Intraarticular: desinserción del "rodete" glenoideo del reborde anterior de la glena de horas 3 a horas 6 (lesión de Bankart).

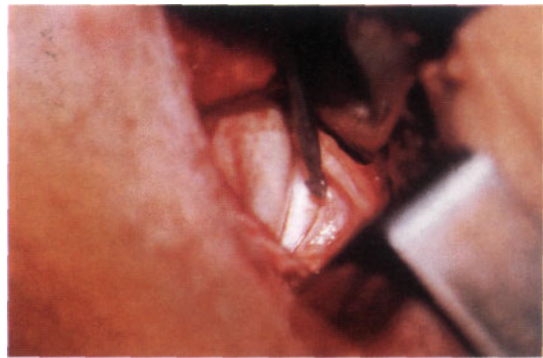


Fig. 5B. *Preparación del lecho.* Con "fresa" eléctrica se realiza cruentado del borde anterior de la glena fibrosa. El "rodete" glenoideo debe reponerse justo sobre el borde articular.

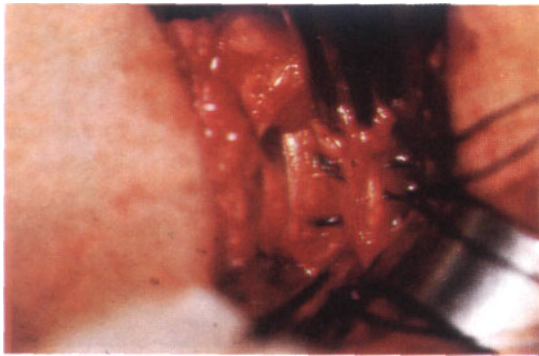


Fig. 6A. *Fijación del rodete.* "Arpones" colocados en horas 4 y 6, sobre el borde articular. Los hilos toman el "rodete" glenoideo.

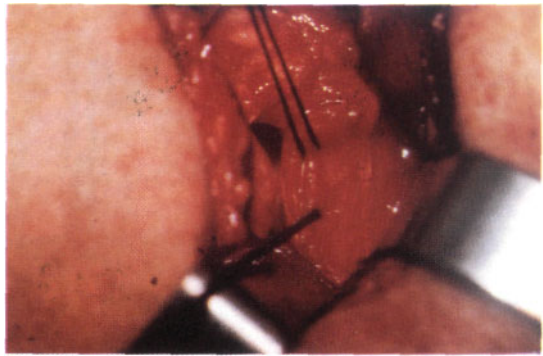


Fig. 6B. Hilos saliendo por cara anterior de la cápsula, donde serán anudados.



Fig. 7A. Postoperatorio: 2 meses de evolución. Cicatriz cosmética axilar izquierda, buena rotación externa del hombro.



Fig. 7B. Postoperatorio: 4 meses de evolución. Cicatriz imperceptible axilar derecha. Sin restricción de rotación externa del hombro.

#### **Tiempo articular**

Se incide la cápsula horizontalmente o en "T acostada", se reparan los dos bordes de la cápsula, con lino (Figura 4B).

Se colocan los separadores intraarticulares, to-

mando los bordes superior e inferior, lo que permite explorar con total comodidad la articulación (lesión SLAP), lesión de Bankart, ratas articulares, etc. (Figura 5-A).

*Lesión de Bankart:* Sobre el borde anterior de la



articulación se identifica el desprendimiento del rodete glenoideo, que generalmente es de hora "3" a hora "6".

*Preparación del lecho:* Con fresa eléctrica de bajas revoluciones se "cruentea" el reborde óseo glenoideo fibrosado hasta verificar un buen sangrado del mismo, que nos asegurará que el rodete glenoideo se adherirá nuevamente en su situación anatómica normal, justo sobre el borde anterior de la glena, para que no recidive la patología.

El cruentado de la fresa no debe lesionar el hueso subcondral, para garantizar el amarre de los "arpones" (Figura 5-B).

*Fijación del rodete:* Los "arpones" generalmente los colocamos en horas 4 y 6 (Figura 6-A).

Los hilos de los mismos toman el rodete glenoideo y luego pasan a la cara anterior de la cápsula articular, de modo tal que los nudos quedan extraarticulares entre la cápsula y el músculo subescapular (Figura 6-B).

### **Cierre**

Al sacar los separadores intraarticulares, tanto la cápsula como los bordes del músculo subescapular se aproximan espontáneamente a su posición anatómica natural.

Se separan con sutura no absorbible ambos elementos por separado y en diferentes planos.

Igual situación sucede cuando se sacan el separador medial (músculos coracoideos y pectoral mayor) y el lateral (músculo deltoides); cada ele-

mento se ubica naturalmente y por sí solo en su situación anatómica natural.

Se sutura con puntos no absorbibles el surco deltopectoral y el tejido celular subcutáneo.

Sutura intradérmica de la piel.

### **Postoperatorio**

Infiltración con duracafina de todos los planos (durante la sutura de los mismos); hielo local en las primeras 48 horas.

Inmovilización con férula de hombro (tipo Velpeau).

Al quinto día postoperatorio se permite al paciente comenzar con movimientos pendulares activos y pasivos, restringiendo únicamente los movimientos de rotación externa y abducción del hombro.

A la tercera semana se comienza con las actividades de la vida diaria.

A la sexta semana comienzan con el programa de ejercicios contra-resistencia (Figura 7, A y B).

Pensamos que esta modificación de la técnica, en la que no se desinserta ningún músculo para abordar la articulación glenohumeral, la utilizamos en aquellos pacientes en los que la RMN preoperatoria nos indica que existe únicamente desprendimiento del rodete glenoideo (lesión de Bankart).

El paciente presenta muy poco dolor postoperatorio, comienza precozmente su rehabilitación, y se evita las limitaciones de la rotación externa que la desinserción del músculo subescapular puede acarrear.