

## Descompresión artroscópica en el síndrome de choque subracromial

DR. CARLOS RODRÍGUEZ BLANCO<sup>1</sup> Y DR. HERIBERTO OJEDA LEÓN<sup>2</sup>

Rodríguez Blanco C, Ojeda León H. Descompresión artroscópica en el síndrome de choque subracromial. Rev Cubana Ortop Traumatol 2001;15(1-2):39-42

### Resumen

El síndrome de choque subacromial es una afección que se observa estrechamente asociada con las labores y actividades deportivas que requieren la elevación reiterada del brazo por encima de 60° (nadadores, tenistas, lanzadores, pintores, decoradores, etc.) provocando una abducción dolorosa que deteriora el estilo de vida de los pacientes que la padecen. La bursoscopia artroscópica y/o acromioplastia junto con la técnica artroscópica permiten la solución del cuadro clínico con resultados superiores a la cirugía convencional concebida por *Neer* debido a la marcada disminución de la morbilidad posoperatoria con una recuperación importante y rápida de la capacidad de movilidad del miembro superior. Exponemos la experiencia del grupo de Cirugía Artroscópica del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", de Ciudad de La Habana en el tratamiento a 105 pacientes portadores de esta afección en el período de abril de 1994 a junio de 1997, en los que se obtuvieron más de 80 % de buenos resultados con 17 recidivas que requirieron tratamiento conservador sin lamentar complicaciones pulmonares o cardiovasculares como se reporta en la literatura médica.

**DeCS:** SINDROME DE INTRUSION DEL HOMBRO/diagnóstico; ARTROSCOPIA/métodos; ARTROSCOPIOS; MORBILIDAD; ESTILO DE VIDA.

El hombro es una articulación que posee amplio rango de movimientos con estabilidad asegurada por un complejo músculo tendinoso pues la unión escapulohumeral oferta poca cobertura al ser poco profunda la parte escapular receptora de la cabeza humeral.

La práctica de ciertos deportes y algunas labores que requieren el uso de la mano por encima de 60° favorecen la aparición del conflicto entre el ligamento coracoacromial, acromión y cabeza humeral, provocando un roce o choque con daño a las partes blandas que son comprimidas repetitivamente, generando una limitación dolorosa de la abducción más allá de los 60° con exacerbación nocturna y un marcado deterioro del estilo de vida.<sup>1-4</sup>

*Neer* concibió una técnica quirúrgica que resuelve el cuadro clínico al aliviar el dolor; pero limitaba la práctica de algunos deportes, no siendo aceptada por aquellas que necesitaban un hombro fuerte y estable.

La cirugía artroscópica, resuelve los factores causales con baja morbilidad, siendo el tratamiento de elección en el síndrome de choque primario.<sup>1,2</sup> El diagnóstico de este síndrome es principalmente clínico, apoyándonos además en los Rx y ultrasonido de partes blandas.

Los Rx informan la disminución del espacio acromio-humeral (menor de 9 mm es patológico), el tipo de acromión (más frecuente el tipo III) y la presencia de osteofitos; el ultrasonido nos habla del estado del manguito rotador que es un signo indirecto de la presencia de este síndrome.<sup>1-5</sup>

El tratamiento conservador prolongado debe indicarse antes de valorar la cirugía.<sup>6</sup> Debe destacarse el síndrome de choque secundario, provocado por inestabilidades, secuelas de traumas

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología.

o luxaciones, de frecuente observación en sujetos menores de 30 años y con evidentes manifestaciones de fallo ligamentoso que no se beneficia con el tratamiento que describimos.<sup>7</sup>

Habitualmente, se explora la articulación del hombro para resolver lesiones asociadas y valorar la apertura del ligamento transversal humeral en las tendinitis de la porción larga del bíceps, pasando posteriormente a la bursa subacromiodeltoidea, donde actuamos sobre las restantes estructuras que intervienen en la fisiopatología de la afección.<sup>8,9</sup>

## Métodos

Operamos 105 pacientes afectados de síndrome de choque subacromial primario grado II-III. Para el diagnóstico tuvimos en cuenta los siguientes signos y síntomas:

- Dolor a la abducción del miembro superior más allá de 60° de 6 meses de evolución con fallo del tratamiento conservador y deterioro del estilo de vida.
- Maniobras para la exploración de inestabilidad del hombro negativas.
- Disminución del espacio acromio-humeral menor de 9 mm.
- Examen ultrasónico que informa fibrosis o ruptura del manguito rotador.
- Presencia de osteofitos acromiales o acromioclaviculares.
- Atrofia de la cintura escapular.
- Maniobras de *Neery* y *Hawkins* (+)
- *Test* de la inyección intrabursal de lidocaína (+)

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 30 años.
- Movilidad pasiva limitada.
- Enfermedad por depósito de cristales o artritis reumatoidea.
- Marcados cambios degenerativos radiográficos de la articulación.

A todos los pacientes se les intervino con anestesia regional o general, posición de sentado en mesa de cirugía de hombro, un portal posterior, otro anterior y otro transdeltoideo.

A los casos con síndrome de choque grado II se les realizó bursoscopia y debridamiento y a los afectados del grado III, además la acromioplastia.

Se tomó el estado de los enfermos a los 90 días y al año de operados, recogiendo los aspectos siguientes:

- Dolor a la abducción.
- Dolor nocturno.
- Atrofia del hombro.
- Recidivas.
- Estilo de vida que se clasificó como sigue:

Estilo de vida	Limitación
I Normal	Cualquier actividad.
II Limitación escasa	- No nado deportivo. - Lanzamiento bala o jabalina. - Martillar por encima de la cabeza. - Cargar cubos de agua.
III Limitación moderada	- Trabajos como peluqueros o escritura a máquina largo tiempo.
IV Gran limitación	- Peinarse. - Conducir vehículos.

De la muestra de 105 pacientes, 78 pertenecen al sexo masculino y 27 al femenino. De ellos, 46 fueron afectados en su brazo predominante y 21 sufrieron la afección de forma bilateral.

Las actividades que requieren el uso continuado del brazo por encima de la cabeza aportaron el 62 % de los casos; el cargar pesos a los lados del cuerpo (ej. cubos de agua), proporcionó el 20 % de la muestra y un 18 % fueron traumas directos.

La edad se comportó de la forma siguiente: entre 30 y 40 años se vieron 32 casos, 4 bilaterales y 24 de la extremidad predominante, entre 40 y 50 años tuvimos 47 casos, 6 de los cuales fueron bilaterales y 14 de la extremidad predominante, entre 50 y 60 años se trataron 20 pacientes, 9 bilaterales y 7 la extremidad predominante y con más de 60 años 6 casos, 2 de los cuales fueron bilaterales y 1 predominante.

### Cuadro clínico prequirúrgico

Dolor abducción	105 casos
Dolor nocturno	86 casos
Atrofia del hombro	54 casos

## Resultados

De los pacientes tratados se observó que a los 3 meses persistía el cuadro doloroso a los

movimientos de abducción en 5 casos (4 %), dolor nocturno en 11 (10 %) y atrofia de la zona operada en 19 (18 %). Estos resultados mejoraron en el transcurso del primer año quedando dolor a la abducción en el 2 % (3 casos), dolor nocturno en el 6 % (7 casos) y atrofia en 11 casos para el 10,4 %.

En relación al estilo de vida obtuvimos un 83 % de buenos y excelentes resultados con 88 pacientes lo cual era de solo 10 % antes de la cirugía con 11 casos.

En las complicaciones se observaron 8 atrofiaciones óseas de *Sudeck*, 3 sepsis de la bursa y 9 con secreción por los portales debido a sepsis superficial. Se produjeron 3 roturas de instrumental intrarticulares que pudieron extraerse sin dificultad.

## Discusión

La distribución por sexo y edad de nuestros pacientes coincide con otros autores revisados.<sup>10,11</sup> El 47 % (46 casos) de nuestra casuística tuvo afectado su brazo predominante con tendencia a la ubicación en las edades más jóvenes de la muestra; mientras que la afectación bilateral es mayor en los grupos etáreos superiores relacionado con hombros más débiles y deteriorados de forma crónica.

La evolución a los 3 meses con sólo 5 pacientes con dolor a la abducción sin carga de peso (0,4 %) evidencia la efectividad del método en el tratamiento de esta lesión; 12 casos presentaron molestias para actividades ligeras, considerando 17 casos en total con fallo de la técnica (11 %). La evolución al año con escaso cambio en los resultados nos indica la durabilidad de la mejoría obtenida con la plastia articular descrita. Consideramos que obtuvimos un 84 % de resultados satisfactorios coincidentes con *Warner y Cameron*, en series similares.<sup>10,11</sup> Se observaron 16 recidivas en el primer año, todas relacionadas con sobrecargas articulares importantes que requirieron tratamiento fisioterapéutico y AINE para su solución.

No se lamentaron complicaciones graves que dejaran secuelas, aunque 11 pacientes requirieron tratamiento prolongado para la solución del cuadro. Otros autores reportan *pneumotórax*, *pseudoaneurismas* y arritmias transoperatorias lo cual consideramos está relacionado con mala técnica debido a vías de acceso inadecuadas, extravasación de grandes cantidades de solución salina intratorácica por elevada presión de insuflación y

compresión del tórax durante la cirugía que afecta la mecánica ventilatoria.<sup>12</sup>

Podemos concluir que la descompresión subacromial artroscópica tiene una alta eficacia en la solución del síndrome de choque subacromial primario, además que la técnica se acompaña de escasas complicaciones.

Por todo lo plateado es que recomendamos utilizar la técnica artroscópica descrita en el síndrome de choque subacromial primario debido a su escasa morbilidad, rápida recuperación y buenos resultados.

## Summary

The subacromial shock syndrome is an affection that is closely associated with jobs and sports activities that require the elevation of the arm over 60° (swimmers, tennis players, pitchers, painters, decorators, etc.), causing a painful abduction that deteriorates the life style of the patients suffering from it. The arthroscopic bursoscopy and/or acromioplasty together with the arthroscopic technique allow to solve the clinical picture with better results than the conventional surgery created by Neer due to the marked reduction of postoperative morbidity with a fast and important recovery of the capacity of mobility of the upper extremity. The experience obtained by the group of Arthroscopic Surgery of "Hermanos Ameijeiras" Clinical and Surgical Hospital, in Havana City, in the treatment of 105 patients with this affection from April, 1994, to June, 1997, is shown here. More than 80 % of the results were good with 17 relapses that needed conservative treatment without pulmonary or cardiovascular complications as it is reported in medical literature.

Subject headings: SHOULDER IMPINGEMENT/diagnosis; ARTHROSCOPY/methods; ARTHROSCOPES; MORBIDITY; LIFE STYLE.

## Résumé

Le syndrome de choc sous-acromial est une affection étroitement associée aux travaux et activités sportives réquerant l'élévation réitérée du bras au-dessus de 60° (nageurs, joueurs de tennis, lanceurs, peintres, décorateurs, etc), ce qui entraîne une abduction douloureuse qui dégrade le style de vie des patients la souffrant. L'endoscopie de la bourse séreuse et/ou la restauration chirurgicale de l'acromion conjointement avec la technique arthroscopique permettent la résolution du tableau clinique avec des résultats supérieurs à ceux de la chirurgie conventionnelle conçue par Neer, due à la diminution marquée de la morbidité postopératoire avec une récupération importante et rapide de la capacité de mobilité du membre supérieur. On expose l'expérience du groupe de Chirurgie arthroscopique de l'Hôpital clinico-chirurgical "Hermanos Ameijeiras", de la Ciudad de la Habana, dans le traitement de 105 patients atteints de cette affection dans la période d'avril 1994 à juin 1997, atteignant plus de 80% de bons résultats

avec 17 récives qui ont requis un traitement conservateur sans complications pulmonaires ou cardiovasculaires tel qu'il est rapporté dans la littérature médicale.

**Mots clés:** SYNDROME D'INTRUSION DE L'ÉPAULE/ diagnostic; ARTHROSCOPIE/méthodes; ARTHROSCOPES; MORBIDITÉ; STYLE DE VIE.

### **Referencias bibliográficas**

1. Harvard E. Arthroscopic subacromial decompression. En: Parisien JS. Arthroscopic surgery. Mc Graw Hill Book, 1988:243-8.
2. Cartsman GM. Arthroscopic Acromioplasty for lesions of the rotator cuff. J Bone Joint Surg 1990;72A(2):169-80.
3. Hawkins RJ, Abrams JS. Síndrome de descompresión sin desgarro del manguito rotador (estadios 1 y 2). Clin Ortop Norteam 1989;32-40.
4. Nevasier TJ. Papel del tendón del biceps en el síndrome compresivo. Clin Ortop Norteam 1989:41-44.
5. Nevasier RJ. Desgarros del manguito rotador. Clin Ortop Norteam 1989:45-52.
6. Jobe FW, Moynes DR, Brewster CE. Rehabilitación de la inestabilidad del hombro. Clin Ortop Norteam 1989:127-35.
7. O'Brien SJ, Warren RF, Schwartz E. Inestabilidad anterior del hombro. Clin Ortop Norteam 1989:53-65.
8. Nevasier RJ. Lesiones de la clavícula y la articulación acromioclavicular. Clin Ortop Norteam 1989:89-94.
9. Nevasier TJ. Capsulitis adhesiva. Clin Ortop Norteam 1989:95-9.
10. Kolowich PA. Arthroscopic decompression of shoulder. Clin Sport Med J 1996;5(5):404-6.
11. Warner JJ. Arthroscopic release for chronic refractory capsulitis. J Bone Joint Surg Am 1996;78(12):808-16.
12. Dietzel DP. Spontaneous pneumothorax after shoulder arthroscopic: four cases arthroscopic. 1996;12(1):99-102.

Recibido: 27 de febrero de 2001. Aprobado: 2 de abril de 2001.

Dr. *Carlos Rodríguez Blanco*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Amejeiras", San Lázaro No. 701. Centro Habana, Ciudad de La Habana. Cuba.