



11245
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 61
DE MEXICO 24)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia
"MAGDALENA DE LAS SALINAS"

LA ACROMIOPLASTIA PARCIAL ANTERIOR
COMO TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA EL
SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

P R E S E N T A :

DR. FAUSTINO PEREZ ZAMUDIO

ASESOR:

DR. EDUARDO ORDOÑES CONDE



IMSS

MEXICO, D. F.,

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA ACROMIOPLASTIA PARCIAL ANTERIOR COMO
TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA EL SIDROME DE
HOMBRO DOLOROSO**

LA ACROMIOPLASTIA PARCIAL ANTERIOR COMO TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA EL SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JORGE AVIÑA VALENCIA

JEFES DE DIVISION DE EDUCACION

MEDICA E INVESTIGACION

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

DR. ENRIQUE ESPINOSA URRUTIA

JEFES DE EDUCACION MEDICA

E INVESTIGACION

DR. GUILLERMO REDONDO AQUINO

DR. LUIS GOMEZ VELAZQUEZ

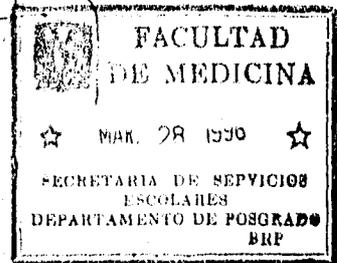
ASESOR DE TESIS

DR. EDUARDO ORDOÑEZ CONDE
Medico Asistente del Servicio de
Membro Torácico del Hospital de
Ortopedia Magdalena de las Salinas

DR. MARIO FLORES ROJAS
Jefe del Servicio de Membro Torácico
del Hospital de Ortopedia
Magdalena de las Salinas

AUTOR

DR. FAUSTINO PEREZ ZAMUDIO
Medico Residente de 4º Año de
Traumatología y Ortopedia.



AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

Por su todo su apoyo y confianza que me han dedicado durante toda mi carrera profesional.

A MIS COMPAÑEROS

Por su amistad incondicional por la que es posible superar los momentos difíciles y compartir con sinceridad los momentos de alegría y felicidad.

AL HOSPITAL

Por permitir con su disciplina y enseñanza a superarnos día con día con la opción de ser mejores y de no caer en la mediocridad porque el trabajo nos da la satisfacción del deber cumplido.

A LOS ENFERMOS

Por que gracias a ellos y por ellos es posible y necesario nuestra superación como Médicos y por su confianza en nosotros que nos da la oportunidad de ser cada día un poco mejor como personas.

**A MIS PADRES:
FAUSTINO Y ROSARIO**

Por sus incansable esfuerzo y consejos brindados a lo largo de mi vida y el apoyo y estímulo brindado para mi superación personal

A MIS HERMANOS:

Martha Diana por su alegría y compañerismo a distancia.
Thomas Alejandro por ofrecerme pacientes en todo momento
Ma del Rosario por su valioso apoyo técnico para la realización de este trabajo
Olga Magdalena por sus geniales ideas para la elaboración de toda actividad
Ma del Carmen con la sencillez que supera las adversidades
José Martín por enseñar con el ejemplo su disponibilidad para divertirse.
Alma Verónica por crearnos un clima de tensión en las últimas semanas
Benríz Elena por el apoyo gastronómico sin condiciones ofrecida al autor.

A MIS SOBRINOS:

Fernando, Sheila, Kevin, Anaíd, Citi Tzika y Alejandro, así como el próximo integrante de la familia: ya que con la energía, fortaleza e interminable alegría vale la pena el esfuerzo realizado durante estos cuatro años y la obligación de superarse todos los días.

A CRISTINA:

Por su paciencia, cariño y su compañía ofrecida sin reservas durante tres años y los próximos.

Y QUIERO AGRADECERLE A DIOS POR CONTAR CON TAN MARAVILLOSO EQUIPO.

Mira este día y se feliz sólo por hoy, no esperes a no tener ningún problema ni preocupación para serlo.

Y recuerda que el ayer no es hoy más que un sueño vago. Y el mañana sólo una incierta visión.

Pero el hoy bien vivido hace de cada ayer un valioso recuerdo y de cada mañana una visión de esperanza.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
3. METODOS DE DIAGNOSTICO	5
4. DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA	6
5. MANEJO POSTOPERATORIO Y REHABILITACION	7
6. OBJETIVOS	8
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
8. HIPOTESIS	10
9. MATERIAL Y METODOS (UNIVERSO DE TRABAJO)	11
10. RESULTADOS Y COMPLICACIONES	14
11. DISCUSION	16
12. CONCLUSIONES	18
13. BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUCCION.

Dentro de la Patología encontrada en el Miembro Torácico se encuentra en forma importante la englobada dentro del Síndrome de Hombro Doloroso a diversas patologías, en las cuales se encuentran principalmente las lesiones del supraespinoso así como las lesiones del manguito de los rotadores.

La cercanía del tendón del supraespinoso a la articulación del hombro y superpuesta sinovial y su relación con la bolsa subacromial, el ligamento coracoacromial y el acromión, hacen difícil el Diagnóstico con lesiones comúnmente

asociadas como rupturas completas o incompletas de los tendones, depósitos cálcicos, tendinitis y bursitis subacromial, periartrosis, tenosinovitis bicipital y otras lesiones no articulares de la articulación.

Siendo agrupado inicialmente con el nombre de Síndrome Supraespinoso muchas lesiones que afectan en forma directa o indirecta al tendón del supraespinoso. Posteriormente llamado Síndrome de choque o contacto crónico.

Los tendones del supraespinoso y bíceps chocan contra el borde anterior y la subsuperficie del tercio anterior del acromión, el ligamento coracoacromial y la articulación acromioclavicular. Las lesiones por contacto pasan por tres fases: empezando con edema y hemorragia siguiendo con fibrosis y tendinitis y terminando con desgarramientos del manguito rotatorio, rupturas del tendón del bíceps y cambios óseos

En pacientes mayores un traumatismo menor puede producir desgarramiento u otras lesiones con un Diagnóstico colectivo de Síndrome de Hombro Doloroso. Todos los pacientes con este Síndrome tienen signos y síntomas similares: dolor, espasmo muscular, limitación del movimiento (voluntario e involuntario), atrofia muscular e hipersensibilidad sobre la inserción de los músculos rotatorios, generalmente el supraespinoso, en la tuberosidad mayor. Los síntomas varían de intensidad según la etiología y duración de la lesión.

Una lesión crónica que dura meses y presenta sintomatología mínima puede hacerse súbitamente aguda. El llamado "signo de contacto" descrito por Neer se demuestra impidiendo la rotación escapular con una mano mientras la otra levanta el brazo afectado en flexión forzada hacia adelante y abducción, haciendo que la tuberosidad mayor toque el acromión produciéndose dolor en los pacientes en cualquier fase del Síndrome.

Es importante recordar que el hombro doloroso puede deberse al compromiso de múltiples estructuras, y no de una sola.

La patología del hombro representa un aspecto muy importante en la Consulta Ortopédica, ya que representa un número representativo dentro de las consultas del Servicio de Extremidad Torácica del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas, siendo una patología que causa una importante sintomatología dolorosa y por lo mismo de incapacidad funcional, requiriendo de una valoración adecuada siendo importante una buena exploración, tratar de determinar la causa en casos en que se pueda realizar así mismo determinar su manejo definitivo en forma efectiva y rápida con lo que se logre reintegrar al paciente en forma temprana a sus actividades laborales y del hogar, sin presentar limitación funcional y sin la presencia de sintomatología dolorosa y por lo tanto sin secuelas del padecimiento. Siendo la entidad del Síndrome de Hombro Doloroso una patología importante dentro del número de consultas diarias de primera vez y subsiguientes en el Servicio de Extremidad Torácica del HOMS y encontrándose dentro de este síndrome diversas patologías como son el Síndrome de Pinzamiento o choque Subacromial, la lesión del manguito de los rotadores, la artrosis acromioclavicular entre otras, siendo una causa de discapacidad funcional importante, y por no evolucionar en ocasiones en forma favorable con el tratamiento conservador o ser atendidos en forma inadecuada en sus fases iniciales y siendo enviados a este Servicio con fracaso en el tratamiento conservador por lo que se propone la Técnica de Acromioplastia Parcial Anterior como una opción quirúrgica para el tratamiento de este tipo de patologías que se encuentran dentro del Síndrome de Hombro Doloroso, la cual proporciona una evolución postoperatoria favorable, con resultados funcionales satisfactorios a corto y mediano plazo, y con ausencia de la sintomatología dolorosa por lo que se logra una reintegración en forma temprana a sus actividades laborales o cotidianas sin limitaciones funcionales.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El inicio del interes por las lesiones y enfermedades del hombro y el manguito de los rotadores inicia con Codman en el año 1931 y 1938, siendo sus principios de diagnóstico y tratamiento basicos en la práctica diaria. Los estudios de De Palma en 1950 y 1957 de la patología microscópica del hombro son valiosos y deben consultarse con atención, ya que permiten comprender el tipo y alcance de lesiones compatibles con una función satisfactoria. Bosworth en 1941 agrupo bajo el nombre de "Síndrome supraespinoso" muchas lesiones que afectan en forma directa o indirectamente el tendón del supraespinoso. Como ya habia sido descrito por Jones en 1942 que con frecuencia las patologías de hombro y secelas enmascaran una ruptura del tendón del supraespinoso. McLaughlin en sus trabajos presentados desde 1941 hasta 1951, aplica a las diferentes patologías del hombro con el nombre de "disturbio interno de la articulación supraacromial", cuando el defecto del tendón se fuerza por debajo del acromión o del ligamento coracoacromial pueden ocurrir o no episodios de trabado (locking). Kerwin en 1956 y 1957, Samilson en 1961, Neviaser en 1962 y otros han descrito grupos numerosos de pacientes en los que la artrografía del hombro se uso como auxiliar para diagnosticar lesiones del manguito de los rotadores. Neer considera que la artrografía del hombro es el método más seguro para detectar un desgarramiento completo del manguito de los rotadores. Wetner y Macnab en 1970 han observado disminución del espacio entre la cabeza del húmero y la parte inferior del acromión en los estudios radiográficos simples de hombro. Brown observó en 1971 que cuando se detecta en forma temprana una lesión del manguito de los rotadores puede clasificarse en forma clínica solo como leve o aparentemente grave. Realizandose un metodo diagnóstico con uso de un anestésico local infiltrado en el sitio del dolor y realizar la abducción una vez que se retira la sintomatología dolorosa, cuando no es posible la misma se trata de una lesión completa de manguito de los rotadores, mismos estudios realizados por R J y T J Neviaser tambien en 1971. Los trabajos de De Palma mencionan el uso de tratamientos conservados con resultados buenos.

MacLaughlin reporta en 1951 sus resultados del tratamiento quirúrgico para lesiones de hombro describiendo su técnica para escisión de depósitos de calcio así como una técnica de Acromioplastia, la cual es también descrita por Armstrong en 1949, siendo descritas así mismo diversas técnicas para la reparación del manguito de los rotadores por Hosworth y MacLaughlin principalmente.

Neeb publica en 1972 sus conceptos y experiencias sobre evolución y tratamiento del Síndrome de choque o contacto crónico, haciendo mención de su técnica de Acromioplastia Anterior como tratamiento para esta patología, posteriormente en 1983 presenta su experiencia de más de 400 hombros con este Síndrome de choque o contacto los cuales fueron tratados mediante la Acromioplastia Anterior con resultados satisfactorios. En el Servicio de Extremidad Torácica del Hospital de Ortopedia "Magdalena de las Salinas" se utiliza desde 1990 la técnica de Acromioplastia Parcial Anterior con buenos resultados funcionales y sintomáticos en corto y mediano plazo.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

En el Servicio de Extremidad Torácica del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salmas son revisados en la Consulta Externa numerosos pacientes con diagnóstico de Hombro Doloroso siendo inicialmente valorados clínicamente mediante la maniobra de contacto crónico descrita por Neer, en la cual se demuestra impidiendo la rotación escapular con una mano del explorador mientras otra levanta el brazo afectado en flexión forzada hacia adelante y abducción, haciendo que la tuberosidad mayor toque el acromión, produciendo dolor importante al paciente en cualquier fase que se encuentre. Así mismo se anota el rango de movilidad del hombro en forma activa y en forma pasiva, midiéndose con un goniómetro. Posteriormente se localiza el sitio exacto de dolor y que tan limitante es para la movilidad así como la valoración de la fuerza muscular, atrofia muscular respecto al hombro sano y la presencia de "chasquida" articular al realizar los movimientos.

Una vez realizada la exploración física integral se revisan estudios radiográficos los cuales generalmente en la primera consulta se trata de radiografías simples en las cuales se examinan los cambios existentes en las mismas como son el espacio húmeroacromial, la articulación acromioclavicular así como los cambios que puedan presentar a nivel óseo, así como la presencia de calcificaciones o determinan la presencia de artrosis. Siendo inicialmente manejados los pacientes en forma conservadora, cuando presentan sintomatología dolorosa importante localizada se realiza infiltración de xilocaína al 1 o 2% generalmente en el espacio subacromial, aunque puede ser otro sitio y se indica iniciar movilización paulatina con movimientos pendulares y posteriormente contragravedad pasivos y por último activos con ayuda de la extremidad sana. Si posterior a este manejo persiste con síntomas de dolor importante así como limitación funcional se solicita artrografía del hombro y de acuerdo a la evolución del paciente y los resultados del estudio se valora la necesidad de la realización de manejo quirúrgico, mediante la utilización de la Acromioplastia Parcial Anterior.

Es importante anotar que no todos los pacientes se les solicitó artrografía, ya que la misma solo se indicó cuando no presentaban cambios patológicos importantes en las radiografías simples y la limitación funcional y el dolor eran evidentes.

DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA.

Una vez que el paciente ha sido anestesiado principalmente usando bloqueo interescalemico y en ocasiones siendo usada la anestesia general, se coloca al paciente semisentado (semitrendelenburg) colocando un bulto pequeño debajo del hombro para levantar el mismo, así como un bulto más grande por debajo de las rodillas para evitar que el paciente se desplace hacia distal de la mesa de operaciones. Se realiza la preparación quirúrgica de toda la extremidad torácica y se extiende hasta la articulación esternoclavicular en la región anterior, hasta el punto medio de la espina de la escápula en la región posterior y la región axilar. Se limita el área quirúrgica con campos estériles y se hace una incisión longitudinal de aproximadamente 5 cms tomando como referencia, el acromión, la coracoides y la articulación acromioclavicular y siguiendo la dirección del acromión se incide hacia distal del mismo se disecciona por planos tratando de levantar 2 colgajos hasta llegar al acromión tratando de no realizar desinserción importante del músculo deltoides ya solo en pocas ocasiones se incide el mismo, ya que con esta incisión no se requiere abordar a través del músculo, una vez desperiostizado la articulación, así como la porción distal de la clavícula para su revisión, se procede a realizar corte con sierra eléctrica o con osteotomo en caso de no contar con la misma se realiza la osteotomía vertical del reborde anterior de la clavícula y en seguida se realiza osteotomía en biselado de reborde acromial con una inclinación de 45°, esta segunda osteotomía se realiza con tracción hacia distal de la extremidad, la cantidad de hueso que hay que resecar en ningún caso debe comprometer la capacidad del crómion como elemento de estabilización de la cabeza humeral. Después se procede a palpar el espacio para retiro de fragmentos óseos y comprobar mediante movilización del hombro para corroborar un espacio adecuado sin presencia de pinzamientos, se procede a la revisión de la articulación acromioclavicular en busca de osteofitos o presencia de artrosis realizando la resección de los osteofitos o la resección de 2 cms distales de la clavícula en caso de artrosis.

Una vez realizada la regularización de las osteotomías con gubia y escofina se localiza el ligamento coracoacromial el cual se libera y se reseca desde su inserción del coracoides. se continua con la revision y liberacion de la bursa la cual previa tracción de la extremidad hacia distal se reseca. se continua con la exploración del manguito de los rotadores realizando movilización del hombro en caso de existir la misma se realiza la reparación con vicryl del número 1 ó del 0, siendo en ocasiones que presenta lesión masiva la utilización de dermatol de 2-0, se trata de que los puntos de la reparación queden a tensión ya esto retarda la rehabilitación temprana, se coloca un drenaje tipo redón de un octavo, se cierra por planos por planos reparando el deltoides en caso de haberlo metido, se cierra por planos hasta piel de manera habitual y se sella la herida con tencoplast o nictoporo, se coloca un vendaje puño-cuello dando por terminado el procedimiento quirúrgico.

MANEJO POSTOPERATORIO Y REHABILITACION.

El paciente posterior a su procedimiento quirúrgico se mantiene con un vendaje puño-cuello durante las primeras 24 hrs así como con cuidados de de llenado capilar distal y vigilando el buen funcionamiento del drenaje tipo redón, el cual se retira a las 24-48 hrs de acuerdo a la cantidad colectada. Una vez retirado el drenaje se retira también la inmovilización y se inicia la rehabilitación con ejercicios pendulares inicialmente para posteriormente continuar con los ejercicios activos con ayuda de la extremidad sana, se egresa a su domicilio a las 48-72 hrs de acuerdo a los grados de flexión y abducción que realiza el paciente, con la indicación de continuar con los mismos ejercicios en su domicilio así como iniciar la movilización activa sin ayuda, se retiran puntos de sutura a los 10-15 días de P.O y de acuerdo a evolución se valora su envío a Medicina Física y Rehabilitación, en donde se inician ejercicios contrarresistencia y de fortalecimiento muscular de donde son egresados a las 2 o 3 semanas para su reintegración laboral u de sus actividades cotidianas en un gran numero de los casos sin limitaciones funcionales y sin dolor.

OBJETIVO GENERAL.

Demstrar que la Acromioplastia Parcial Anterior es una adecuada opción quirúrgica para el tratamiento del Síndrome de Hombro Doloroso, así como conocer los beneficios como técnica quirúrgica y valorar los resultados a corto y mediano plazo funcionales y de la sintomatología dolorosa, teniendo un buen pronóstico integral

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Demstrar que la Acromioplastia Parcial Anterior es una buena opción quirúrgica para el manejo de pacientes con Hombro Doloroso.

Conocer las ventajas que ofrece la realización de la Acromioplastia Parcial Anterior sobre otras técnicas para el tratamiento quirúrgico del Síndrome de Hombro Doloroso

Describir la Técnica Quirúrgica de la Acromioplastia Parcial Anterior

Valorar los resultados funcionales postoperatorios a corto y mediano plazo con la técnica descrita.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La realización de la Acromioplastia Parcial Anterior es una buena opción quirúrgica para el manejo de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso?

¿La utilización de la Acromioplastia Parcial Anterior ofrece alguna ventaja respecto a otras técnicas antes utilizadas?

¿El uso de la Acromioplastia Parcial Anterior garantiza una mejor evolución sintomática y funcional sin complicaciones a corto y mediano plazo en los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso?

¿La Acromioplastia Parcial Anterior proporciona a los pacientes una reintegración en forma temprana a sus actividades laborales y cotidianas sin limitaciones funcionales?

HIPOTESIS

EN PACIENTES CON SÍNDROME DOLOROSO DEL HOMBRO ES ADECUADO EL MANEJO MEDIANTE LA ACROMIOPLASTIA PARCIAL ANTERIOR OBTENIÉNDOSE BUENOS RESULTADOS FUNCIONALES CON DISMINUCIÓN O AUSENCIA DEL DOLOR Y CON RECUPERACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR REINTEGRÁNDOSE EN FORMA TEMPRANA A SUS ACTIVIDADES MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.

VARIABLE INDEPENDIENTE

La Técnica Quirúrgica en los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso que no respondieron

favorablemente al manejo conservador

Arcos de movilidad funcionales.

Recuperación de la fuerza muscular.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

SE REALIZA UN ESTUDIO

RETROSPECTIVO

DESCRIPTIVO

LONGITUDINAL

OBSERVACIONAL.

ES UN ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE ORTOPEdia MAGDALENA DE LAS SALINAS EMPLEANDO LAS INSTALACIONES Y PACIENTES VALORADOS Y MANEJADOS EN EL SERVICIO DE EXTREMIDAD TORACICA DE ENERO DE 1995 A ENERO DE 1996.

UNIVERSO DE TRABAJO

Para el presente estudio se tomaron 100 pacientes en forma aleatoria, tanto de la Consulta externa, como de los pacientes Hospitalizados los cuales tenían un tiempo de evolución con su sintomatología variable desde pocos meses hasta varios años. así mismo no se incluyeron pacientes con Artritis Reumatoide, así mismo se excluyeron los pacientes mayores de 75 años y menores de 20 años y si como los pacientes con tratamiento quirúrgico previo. Los pacientes fueron incluidos de acuerdo a los siguientes criterios

CRITERIOS DE INCLUSION

- I.- Pacientes mayores de 20 años y menores de 75 años.
- II.- Pacientes de ambos sexos.
- III.- Pacientes que realicen cualquier tipo de actividad
- IV.- Pacientes con enfermedades concomitantes, excepto A.R.
- V.- Pacientes con diagnóstico de Hombro Doloroso, que requieran de manejo quirúrgico y estaban dispuestos a realizar rehabilitación en forma temprana.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- I.- Pacientes menores de 20 años y mayores de 75 años
- II.- Pacientes con Artritis Reumatoide.
- III.- Pacientes con manejo quirúrgico previo en el hombro afectado

CRITERIOS DE ELIMINACION

1.- Pacientes que no presentaron Cooperación Fisiátrica postoperatoria

Para el presente trabajo se estudiaron 100 pacientes escogidos en forma aleatoria de los cuales 55 fueron mujeres y 45 hombres con un promedio de edad de 52.09 años con un rango de 22 a 74 años, presentando un predominio derecho (61) respecto del lado del hombro afectado, siendo 39 del hombro izquierdo.

Los pacientes presentaban un tiempo de evolución con la patología muy variable, presentando un promedio de 14.27 meses, con un rango de 3 meses hasta 10 años, así como un seguimiento postoperatorio con un promedio de 5.05 meses con un rango de 1 mes hasta 1 año. Todos los pacientes fueron manejados quirúrgicamente con la Técnica de la Acromioplastia Parcial Anterior, estando un promedio de 5 días de estancia hospitalaria, posteriormente egresados a su domicilio en donde continúan con su programa de rehabilitación, para continuar su control en la consulta externa, donde una vez retiradas las puntos de sutura de la herida quirúrgica de acuerdo a los rangos de movimientos que presente se valora su envío a Medicina Física y Rehabilitación, siendo valorados por el Servicio de Extremidad Torácica en la consulta externa una vez que son egresados de Medicina Física. Siendo valorados la presencia o no de sintomatología dolorosa, los arcos de movilidad presentes y la recuperación de la fuerza muscular, valorados de acuerdo a la escala de Daniels.

RESULTADOS

Para el presente trabajo se estudiaron 100 pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Hombro Doloroso a los cuales se trataron quirúrgicamente con la Acromioplastia Parcial Anterior presentando los siguientes hallazgos quirúrgicos. 34 pacientes presentaron mango de los rotadores íntegro, 17 con lesiones de entre .5cms a menos de 2 cms, 22 pacientes con lesiones entre 2 y 3 cms , 8 pacientes con lesiones de más de 3 cms. 10 pacientes con lesiones masivas de las cuales se repararon con vicryl de 0 sin quedar las suturas a tensión por lo que no requirieron de inmovilización prolongada, solo en un paciente con lesión masiva no se realiza la reparación por no ser posible pero presentando evolución favorable, con arcos de movilidad funcionales. un paciente presento una lesión doble la cual fue reparada, 4 pacientes solo presentaron despulimiento del mango de los rotadores. en 4 pacientes se encontro tendinitis calcificante en los cuales se realizo la limpieza del deposito de calcio. en 6 pacientes se encontro osteofitos los cuales se resecaron y un paciente presentaba cuerpos libres los cuales fueron retirados. asi mismo se encontraron en 13 pacientes artrosis acromioclavicular importante que requirio de la resección distal de la clavícula.

En 2 pacientes se encontro capsulitis adhesiva a los cuales ademas de realizarles la Acromioplastia Parcial Anterior se realizo movilización de la articulación bajo anestesia durante el mismo tiempo quirúrgico.

De los pacientes estudiados 2 evolucionaron con capsulitis adhesiva las cuales fueron tratadas con movilización bajo anestesia y posteriormente con un programa intensivo de Rehabilitación con buenos resultados funcionales. Y dentro de las enfermedades concomitantes encontradas en el grupo de estudio 13 pacientes eran Hipertensos, 9 pacientes con Diabetes Mellitus y 8 pacientes con otras patologías.

COMPLICACIONES.

1.-Se presentaron 2 pacientes que evolucionaron con capsulitis adhesiva los cuales se manejaron mediante movilización bajo anestesia y con un programa de rehabilitación intensivo con buenos resultados.

2.-No se presentaron en ninguno de los pacientes procesos infecciosos agregados

ANALISIS DE RESULTADOS

De los 100 pacientes estudiados en su seguimiento postoperatorio presentaron los siguientes resultados: respecto a la sintomatología dolorosa, 88 pacientes evolucionaron asintomaticos, en 9 pacientes se encontro dolor ocasional el cual no impedía la realización de sus actividades diarias, y en 3 pacientes presentaron dolor frecuente calificado como de una cruz, estando disminuido respecto al dolor preoperatorio, en ninguno de los pacientes se encontro "chasquido" subacromial posterior al procedimiento quirúrgico, en cuanto a los arcos de movilidad se cotejaron la abducción, aducción, la flexión, extensión y la rotación interna y externa, pero siendo principalmente para la evaluación funcional la flexión y la abducción, en los pacientes se encontraron las siguientes arcos de movilidad P.O.:

En 2 pacientes se encontró abducción y flexión de 110°, en 14 pacientes fue de 120°, en 20 pacientes presentaban 130°, y 14 con 140°, y flexión 10 con 150°, así como 20, 12, y 8 con 160°, 170° y 180° respectivamente de flexión y abducción, todos los pacientes presentaron fuerza muscular de 4 respecto a la escala de Daniel's del 1-5, excepto en un paciente que presentaba disminución de la fuerza muscular después de realizar la flexión y abducción por encima de los 90°, pero sin presencia de dolor, por lo que fue enviado a programa intensivo de fortalecimiento muscular en rehabilitación, siendo egresado posteriormente con una fuerza muscular de +3 y con arcos de movilidad funcionales.

LA A.P.A. COMO TX. QX. PARA EL SX. DE HOMBRO DOLOROSO

FEMENINO	55
MASCULINO	45

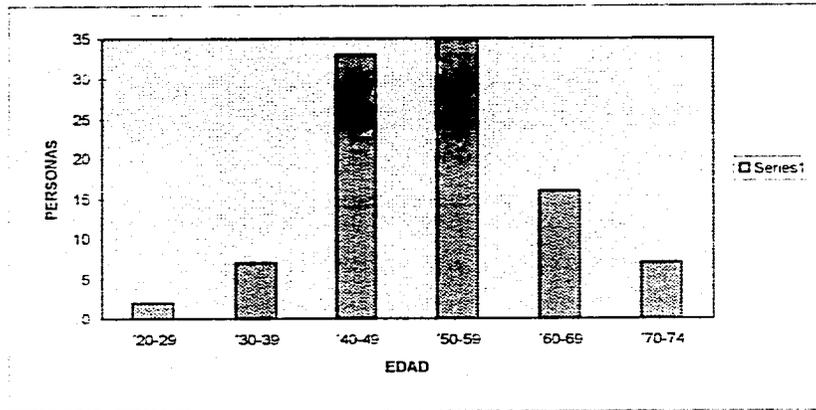
SEXO



DR. FAUSTINO PEREZ DAMASCIO

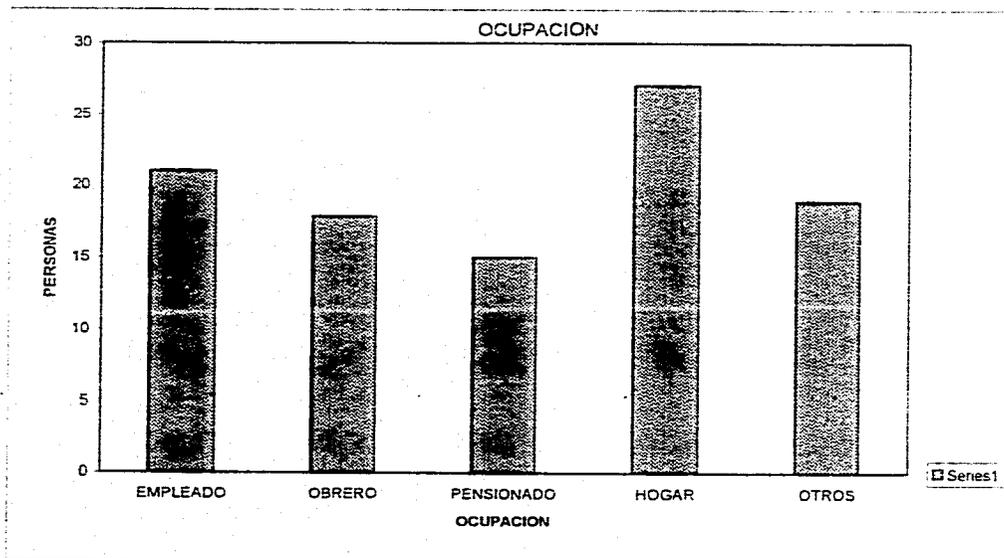
LA A.P.A. COMO IX. QX. PARA EL SX. DE HOMBRE DOLOROSO

EDAD '20-29 '30-39 '40-49 '50-59 '60-69 '70-74
2 7 33 35 16 7



LA A.P.A. COMO TX. QX. PARA EL SX. DE HOMBRE DOLOROSO

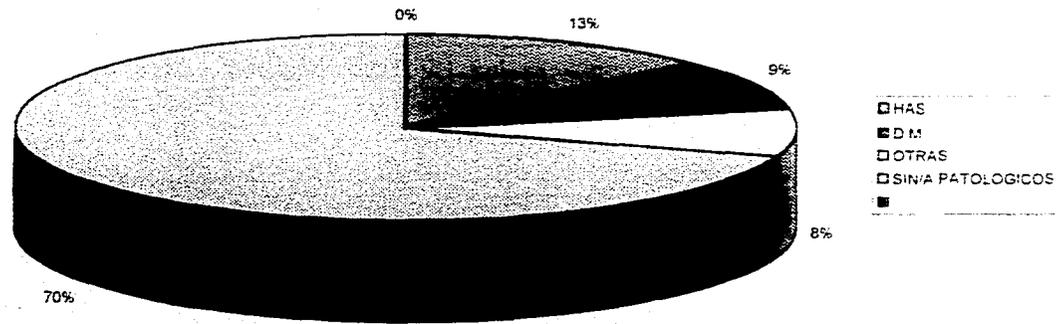
EMPLEADO	21
OBRERO	18
PENSIONADO	15
HOGAR	27
OTROS	19



LA APA. COMO TX. QX. PARA SX. DE HOMBRO DOLOROSO

ENFERMEDAD CONCOMITANTE

HAS	D.M.	OTRAS	SIN/A PATOLGGICOS
13	9	8	70



DR. FAUSTINO PEREZ ZAMUDIO

ANALISIS POR TABLAS DE RESULTADOS

1.- TABLA POR DOLOR.

TIPO	NUMERO
SIN DOLOR	87
OCASIONAL	9
FRECUENTE	3
PERMANENTE	1

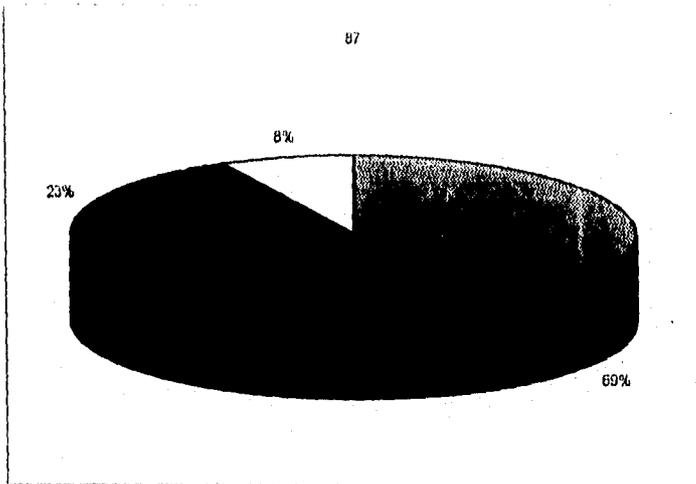


TABLA POR ARCOS DE MOVILIDAD		
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	180°	8
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	170°	12
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	160°	20
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	150°	10
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	140°	14
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	130°	20
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	120°	14
FLEXION Y ABDUCCION HASTA	110°	2

DISCUSION

La patología del Síndrome de Hombro Doloroso es una causa frecuente de consulta en el Servicio de Extremidad Torácica del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas siendo importante el número de consultas es requisito indispensable una adecuada exploración física, así como realizar los estudios necesarios para la complementación diagnóstica. Sería importante ser manejados en forma inicial con tratamiento conservador, mediante un programa de ejercicios de hombro mediante los cuales tengan una mejoría de los arcos de movilidad así como de fortalecimiento muscular, en caso necesario se puede realizar la infiltración subacromial o en los puntos dolorosos de xilocaína simple, la cual también sirve de prueba diagnóstica para lesiones del manguito de los rotadores, y valorar a los pacientes individualmente en caso de persistir la sintomatología dolorosa y la limitación funcional requiriendo entonces de un manejo quirúrgico, proponiéndose la Acromioplastia Parcial Anterior como una técnica sencilla que presenta una evolución postoperatoria satisfactoria reintegrando al paciente en forma temprana a sus actividades diarias y sin limitaciones, presentando ausencia de dolor, arcos de movilidad funcionales y recuperación de la fuerza muscular, encontrando resultados finales buenos a corto y mediano plazo.

Presentando una valoración final de los resultados de los parámetros estudiados.

DOLOR: Se encontró en 88 pacientes ausencia de dolor posterior al procedimiento quirúrgico, en 9 pacientes presentaron dolor ocasional, el cual no les impedía realizar sus actividades diarias, y en 3 pacientes se encontró dolor residual frecuente.

"CHASQUIDO" En ningún paciente se presentó "chasquido posterior a la cirugía.

MOVILIDAD: Después de la cirugía los pacientes lograron arcos de movilidad adecuados aumentando el rango de movilidad para la flexión, extensión, abducción, aducción y la rotación interna y externa, pero enfocándonos principalmente a la flexión y abducción, encontrándose en 2 pacientes 110°, en 14 logrando hasta 120°, 20 pacientes hasta 130°, y 71 pacientes con flexión y abducción con rango de movilidad de 140° hasta los 180° por lo que se considera un excelente resultado funcional.

FUERZA MUSCULAR. Posterior a la realización del procedimiento quirúrgico y con un adecuado programa de rehabilitación, todos los pacientes presentaron un aumento de la fuerza muscular evolucionando en corto plazo a la misma fuerza muscular de la extremidad de lado contrario. Sólo un paciente presentó disminución de la fuerza muscular cuando realizaba la movilidad por encima de los 90° de flexión y abducción por lo que requirió de un manejo intensivo por parte de Medicina Física y Rehabilitación, siendo egresado posteriormente sin complicaciones.

CONCLUSIONES

1.-Las lesiones que se integran dentro del Síndrome de Hombro Doloroso constituye una importante causa de la patología y del número de consultas del Servicio de Extremidad Torácica del H.O.M.S.

2.-La utilización de la Acromioplastia Parcial Anterior como tratamiento quirúrgico para este tipo de patología ofrece buenos resultados funcionales a corto y mediano plazo garantizando en el mayor número de los casos una reintegración temprana a sus actividades diarias de los pacientes, ya sean laborales, personales y del hogar.

3.-La Acromioplastia Parcial Anterior es un procedimiento relativamente sencillo y ofrece una mejor evolución postoperatoria y menos complicaciones.

4.-Además de la técnica quirúrgica, es necesario e importante un adecuado programa de Rehabilitación el cual debe ser iniciado por el Cirujano tratante a las 24-48 hrs del P.O. y posteriormente con ayuda de los terapeutas continuar su manejo hasta ser egresado del servicio, con lo que se condiciona una mejor evolución integral del paciente.

ESTA YESA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ben Yishay A,Zuckerman J.D. Pain inhibition of shoulder strength in patients with impingement syndrome Orthopedics 17(8) Aug 1994 685-88
- 2.-Bosworth D.M. Supraspinatus syndrome:symptomatology,pathology and repair JAMA 117:422 1941.
- 3.-Burns W.C. Whipple T.L. Anatomic relationship in the shoulder impingement syndrome Clin-Orthop. 294 sep 1993 96-102.
- 4.-Campbell Cirugia Ortopedica Vol 3- 7a Edición Capítulo 57.
- 5.-Codman E A Rupture of the supraspinatus Am J Surg 42:603 1938
- 6.-Cofield R.H. Current Concepts Review Rotator cuff disease of the shoulder J Bone and Joint Surg. 44-A July 1962,979-983.
- 7.-Cone R.O. Shoulder impingement syndrome,radiographic evaluation Radiology 150 29-33 1981
- 8.-DePalma A.F. Surgery of the shoulder,Philadelphia 1950 JB Lippincott Co.
- 9.-Gerber Christian The role of the coracoid process in the chronic impingement syndrome,J Bone ft.Surg. 67B:703 1985
- 10.-Gerber Christian Anterior Acromioplasty,Operat Orthop Traumatol 1:13-16 1989.
- 11.-Kapandji I.A. Cuadernos de fisiología Articular Vol. 1 1a Edición Ed Masson
- 12.-McLaughlin H.L. Rupture of the rotator cuff. J Bone Joint Surg. 44-A July 1962 979-83.
- 13.-Neer C.S. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder. J.Bone Jt Surg 54 A no.1 Jan 1972 41-49.
- 14.-Neer C.S. Impingement lesions. Clin Orthop 173:70 1983.
- 15.-Nevitser T.J. Four-one arthroplasty for the painful arc syndrome. Clin Orthop. 163:107.1982.
- 16.-Post M.Silver R. Rotator cuff tear: diagnosis and management. Clin Orthop. 173:78.1983.
- 17.-Rockwood C.A. Shoulder impingement syndrome:diagnosis,radiographic evaluation and treatment with a modified Neer acromioplasty. J.Bone Joint Surg. Am.75(3) Mar.1993.
- 18.-Stuart Michael. Anterior acromioplasty for treatment of the shoulder impingement syndrome.Clin Orthop.no.260 Nov 1990 195-200.