

11245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

51  
2es

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CONJUNTO HOSPITALARIO  
"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ"

TRATAMIENTO DE EL SINDROME DE PINZAMIENTO  
SUBACROMIAL MEDIANTE ACROMIOPLASTIA  
ANTEROLATERAL Y RESECCION DE LA  
ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**POSTGRADO EN:**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
QUE PRESENTA EL:  
**DR. EDGAR ORTIZ URIBE**

ASESOR DE TESIS  
DR. ROGELIO FERRER LOPEZ



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

26/6/85

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Dr. Jorge Aviña Valencia.

Director del Hospital de Ortopedia  
"Victorio de la Fuente Narváez"

Dr. Alberto Robles Uribe.

Director del Hospital de Traumatología  
"Victorio de la Fuente Narváez"

Dr. Lorenzo Barcena Jiménez.

Jefes de División de Enseñanza e  
Investigación

Dr. Enrique Espinosa Urrutia.

Dra. Ma. Gpe. Garfias Garza

Jefes de  
Médica

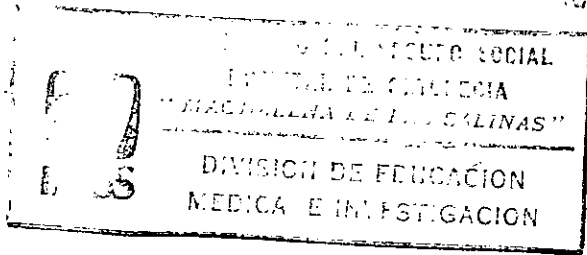
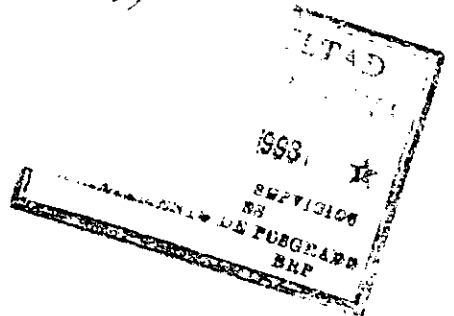
Ases

Pi

*Tesis*

*sin*

*Paginas*



## ***DEDICATORIA DE TESIS***

**A DIOS** : Por darme la oportunidad de vivir y ver realizados mis sueños.

**A MI FAMILIA** : Por tener la paciencia de la lejanía y saber que de todas formas están conmigo.

**A MIS AMIGOS** : Porque representaron una familia en el extranjero.

**A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS** : Porque ustedes formaron en mí, un especialista.

**A MIS PACIENTES** : Porque realmente ustedes son la fuente de la Sabiduría Médica.

**AL R 1** : Por esas infinitas horas de desamparo.....

## INDICE

INTRODUCCION .....	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	6
OBJETIVOS .....	9
MATERIALES Y MÉTODOS .....	9
DESCRIPCION DE LA TECNICA .....	13
MANEJO POSTOPERATORIO Y REHABILITACION .....	14
RESULTADOS .....	16
COMPLICACIONES .....	21
DISCUSION .....	22
CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFIA .....	25

## INTRODUCCION

Dentro de los padecimientos de la extremidad torácica encontramos en forma importante el Síndrome de pinzamiento subacromial, con lesiones al tendón del músculo supraespinoso así como lesiones del mango de los rotadores. La cercanía del tendón del músculo supraespinoso a la articulación del hombro con su tapizado sinovial, su relación con la bursa subacromial, el ligamento coracoacromial y el acromion hacen difícil el diagnóstico con lesiones comúnmente asociadas como rupturas completas o incompletas de los tendones, depósitos cálcicos, bursitis subacromial, tenosinovitis cicipital y otras lesiones no articulares. Siendo agrupado inicialmente con el nombre de síndrome de supraespinoso a muchas lesiones que afectan en forma directa o indirecta el tendón del músculo supraespinoso y posteriormente llamado Síndrome de choque o contacto crónico.

El tendón del músculo supraespinoso choca contra el borde anterior y superficie inferior del acromion, el ligamento coracoacromial y la articulación acromioclavicular. Los microtraumatismos a este nivel ocasionan cambios tendinosos a los cuales Neer describió como tres estados progresivos :

1. Consiste en edema y hemorragia de la bursa subacromial visto usualmente en pacientes por debajo de los 25 años de edad.
2. Si continúa el pinzamiento tiende a la cronicidad produciendo fibrosis de la bursa y tendinitis del mango, comúnmente en pacientes entre los 25 a 40 años de edad.
3. Degeneración del tendón que termina con desgarros completos o incompletos del mango rotador y que es visto usualmente en pacientes sobre los 40 años de edad.

Todos los pacientes con síndrome de pinzamiento subacromial presentan síntomas y signos similares como son dolor, espasmo muscular, limitación de la movilidad, datos de atrofia muscular e hipersensibilidad sobre el área de inserción de los músculos rotadores, generalmente del supraespinoso a nivel del húmero. Los síntomas varían de intensidad según la etiología y duración de la lesión.

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 del húmero toque el acromion produciéndose dolor en los pacientes en cualquier fase del síndrome.

El síndrome de pinzamiento subacromial representa un aspecto muy importante en la consulta Ortopédica ya que constituye un número representativo dentro de las consultas del servicio de extremidad torácica del Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez, siendo un padecimiento que causa una importante sintomatología dolorosa y por lo mismo de incapacidad funcional, requiriendo de una valoración adecuada para tratar de determinar la causa en los casos en que se puede y 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.

Por lo tanto a estos pacientes se les propone como opción quirúrgica la Acromioplastia Anterolateral con resección de la articulación acromioclavicular la cual proporciona una evolución postoperatoria satisfactoria.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En 1934 Codmann con sus estudios realizados ha sido desde entonces el responsable de nuestro actual interés por los traumatismos y padecimientos del mango rotador.

Muchos de los principios en que se basan el diagnóstico y el tratamiento han surgido de los conceptos de Codmann y son fundamentales en la práctica actual. Los trabajos de Bosworth, McLaughlin, Imann, Saunders y Abbot, Moseley, Hitchcock y Bechtol, Jones y más recientemente los de Neviaser, Neer, Jobe y Cofield han incrementado nuestro conocimiento del hombro y ayudado a determinar su diagnóstico y tratamiento.

En 1941 Bosworth agrupó dentro del término de Síndrome del Supraespinoso a muchas lesiones que en forma directa o indirecta afectaban al tendón del músculo supraespinoso, y que como muchas de esas lesiones no podían ser diagnosticadas en forma precisa por el examen clínico éste término resultaba tan bueno como cualquier otro.

Para 1942 Jones describió que con frecuencia los padecimientos del hombro y secuelas enmascaraban una ruptura del tendón del músculo supraespinoso. Desde 1944 hasta 1951 McLaughlin en sus trabajos presentados aplica a los diferentes padecimientos del hombro el nombre de Disturbio Interno de la articulación supraacromial, cuando el defecto del tendón es forzado por debajo del acromion o del ligamento coracoacromial en el cual pueden ocurrir o no episodios de bloqueo.

En 1956 y 1957 Kernwein : 1961 Samilson : 1962 Neviaser y otros han descrito numerosos grupos de pacientes en los que la artrografía del hombro se usó como auxiliar para diagnosticar lesiones del mango rotador. Neer considera que la artrografía del hombro es el método más seguro para detectar un desgarro completo del mango rotador.

En 1970 Weiner y Macnab han observado disminución del espacio subacromial en sus estudios realizados en radiografías simples del hombro.



En 1971 Brown observó que cuando se detecta una lesión temprana del mango rotador puede clasificarse en forma clínica solo como leve o aparentemente grave. realizándose un método diagnóstico con uso de anestésico local infiltrado en el sitio del dolor y realizar movimientos de flexión y abducción una vez que se retira la sintomatología dolorosa. y cuando no es posible la misma se trata de una lesión completa del mango rotador. mismos estudios realizados por R.J. y T.J. Neviaser también en 1971. En 1981 Penny y Welsh : en 1985 Ragio y col. En 1985 Thorling y col ; En 1986 Post y Cohen ; En 1987 Coffield y Azevedo : En 1988 Hawkins y col ; En 1989 Bigliani y col ; En 1989 Gerber ; En 1989 Watson así como en 1993 Rockwood y Lyons.

En 1972 Neer publica 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 este padecimiento y posteriormente en 1983 presenta su experiencia de mas de 400 casos de hombros con éste síndrome tratados mediante la acromioplastia anterior con resultados satisfactorios.

En 1988 Neer y col. así como en 1990 Patte refieren que la razón para un desfavorable pronóstico es el llamado defecto artropático del mango rotador en la cual una acelerada artrosis surge porque hay una nutrición insuficiente del cartilago articular combinada con una osteoporosis por inactividad, y que en estos casos es realmente necesaria una completa reconstrucción de la cápsula, para evitar este efecto retrasado o que un desdoblamiento es suficiente para restar controversias. Como también lo refieren en 1983 Mc Laughlin ; En 1971 y 1980 Neviaser ; en 1978 Neviaser y col.

En 1981 Penny y Welsh : 1985 Tibone y col ; 1987 Skruodis y Koebel, indican que el tratamiento con resección del ligamento coracacromial y la acromioplastia proporcionan resultados satisfactorios y que este factor es siempre confirmado en la literatura cuando las indicaciones tienen que ser debidamente seguidas.

En 1989 Seitz, Froimson y Shapiro ; en 1990 Altchek y col. refieren que las técnicas artroscópicas dan buenos resultados y un tiempo total de recuperación menor (2 a 4 meses) pero los que gustan de estas técnicas artroscópicas refieren que es un procedimiento muy dificultoso.

La tendencia reciente es una limitada disección del músculo deltoides y así se reduce la morbilidad perioperatoria como lo refieren en 1987 Ellmann : en 1987 Mc Shane y col.

En 1991 Van Holsbeeck en su estudio incluye pacientes tratados con acromioplastía y además resección de la articulación acromioclavicular reportando buenos resultados.

Desde 1993 en el servicio de extremidad torácica de nuestro Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez se utiliza la técnica de acromioplastía anterolateral, más la resección de la articulación acromioclavicular en el tratamiento del Síndrome de Pinzamiento Subacromial encontrando resultados satisfactorios como los reportados en la literatura.

## **OBJETIVOS**

Analizar los resultados obtenidos mediante la acromioplastía anterolateral más resección de la articulación acromioclavicular en el tratamiento del Síndrome de Pinzamiento Subacromial.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Demostrar que la acromioplastía anterolateral más resección de la articulación acromioclavicular es una opción quirúrgica para el tratamiento del síndrome de pinzamiento subacromial.
2. Describir la técnica quirúrgica.
3. Analizar los resultados funcionales postoperatorios con la técnica descrita.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### Tipo de estudio :

Retrospectivo - Descriptivo - Transversal - Observacional.

Se trata de un estudio realizado en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez, empleando sus instalaciones así como pacientes valorados y manejados en el servicio de Extremidad Torácica entre el período de Junio de 1996 hasta Agosto de 1997.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Pinzamiento Subacromial.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes con cualquier tipo de actividad.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.**

Pacientes portadores de artritis reumatoide.

Pacientes con tratamiento quirúrgico previo del hombro afectado.

Pacientes con antecedentes previos de luxación glenohumeral o acromioclavicular.

## **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

Pacientes que no cooperaron en el tratamiento de rehabilitación postoperatorio indicado.

## **UNIVERSO DE TRABAJO.**

Para el presente estudio nosotros tomamos 100 expedientes clínicos de pacientes del servicio de extremidad torácica de nuestro hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez, tanto de la consulta externa así como de pacientes hospitalizados los cuales tenían diagnóstico de Síndrome de Pinzamiento Subacromial y tiempo de evolución de su sintomatología que iba desde un mes hasta 8 años a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico, mediante acromioplastia anterolateral más resección de la articulación acromioclavicular.

Para nuestro estudio decidimos estudiar 3 variables como son la fuerza muscular, para lo cual utilizamos la escala de Daniels de 0 a 5 puntos. Arcos de movilidad del hombro tanto preoperatorios como postoperatorios, y por último el dolor y funcionalidad del hombro para lo cual utilizamos una modificación hecha por el Dr. Rockwood en 1995 a la escala de clasificación de UCLA. (Universidad de California, Los Angeles).

Tabla para valoración de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Pinzamiento Subacromial tratados con acromioplastía anterolateral más resección de la articulación acromioclavicular.

Nombre : \_\_\_\_\_ Filiación : \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_ Ocupación : \_\_\_\_\_

Fecha cirugía : \_\_\_\_\_

Tiempo de rehabilitación : \_\_\_\_\_

DOLOR				
*Constante e insoportable				
*Constante pero soportable				
*Presente durante actividades ligeras				
*Presente durante actividades vigorosas				
*Ocasional				
*Ninguno				
ARCOS DE MOVILIDAD      PREQX                      POSTQX				
*Flexión				
*Abducción				
*Rotación interna				
*Rotación externa				
FUERZA MUSCULAR (ESCALA DE DANIELS)      PREQX                      POSTQX				
5. Normal				
4. Buena				
3. Regular				
2. Deficiente				
3. Mala				
0. Cero				

Modificación de la Escala de Clasificación de la UCLA (Universidad de California, Los Angeles),  
 Rockwood 1995.

Categoría	Puntaje	
<b>DOLOR</b>		
Constante e insoportable. Uso frecuente de medicación fuerte.	1	( )
Constante pero soportable. Uso ocasional de medicación fuerte.	2	( )
Presente durante actividades ligeras. Ninguno pequeño durante el resto. Uso frecuente de salicilatos	4	( )
Presente solo durante actividades particulares o vigorosas. Uso ocasional de salicilatos	6	( )
Ocasional	8	( )
Ninguno	10	( )
<b>FUNCION</b>		
Paciente imposibilitado para usar el miembro	1	( )
Miembro usado solo para actividades ligeras	2	( )
Miembro usado para trabajos de casa ligeros y la mayoría de actividades de la vida diaria	4	( )
Miembro usado para la mayoría de trabajos de casa : compras, conducir, peinarse el cabello, vestirse y desvestirse, incluyendo brassiere.	6	( )
Solo restricción leve. Miembro usado para trabajo por encima del nivel del hombro.	8	( )
Actividades normales	10	( )
<b>FLEXION ACTIVA HACIA ADELANTE</b>		
< 30 grados	0	( )
30 a 45 grados	1	( )
45 a 90 grados	2	( )
90 a 120 grados	3	( )
120 a 150 grados	4	( )
> 150 grados	5	( )
<b>FUERZA Y SATISFACCION DEL PACIENTE</b>		
Menor y no satisfecho	0	( )
Mejor y satisfecho	5	( )
Excelente : 27 a 30 puntos	Bueno : 24 a 26 puntos	
Regular : 21 a 23 puntos	Pobre : 20 o menos	
Máximo puntaje : 30puntos.		

## DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA

Una vez que el paciente ha sido anestesiado utilizando principalmente bloqueo interescalénico y en algunas ocasiones utilizando anestesia general, se coloca al paciente en posición semisentado como en una silla de playa colocando un bulto pequeño debajo del hombro para levantar el mismo, así como un bulto más grande por debajo de la 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 con lavado con isodine, el mismo que 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 inicia el procedimiento trazando una incisión sobre la articulación acromioclavicular, siguiendo hacia el borde lateral del acromion hasta aproximadamente unos 7 cm de longitud, se disecciona por planos hasta la localización del músculo deltoides en su unión de la porción anterior y posterior, en el cual se abre en forma de libro evitando desinserción amplia hasta abordar la articulación acromioclavicular. Con un elevador de pericostio se refleja el músculo deltoides hasta identificar el ligamento acromioclavicular, se reseca el extremo distal de la clavícula aproximadamente unos 0,5 a 1 cm. de espesor, así mismo se reseca el ligamento acromioclavicular hasta su inserción en la apofisis coracoides. luego se regularizan los bordes de los cortes utilizando una escofina de manera que se queden romos. También se reseca el tejido condral de la porción articular del acromion y retiramos todo el tejido de curso hipocéntrico que se encuentre o que esté deshilachado y de esta manera podemos reparar las lesiones del mango de los rotadores que se encuentren presentes. Posteriormente revisamos el espacio subacromial que no se encuentren fragmentos óseos y además realizamos lavado con solución salina para eliminar todos los fragmentos que puedan existir para proceder al cierre de la herida quirúrgica por planos utilizando Vicryl de número 1 y la piel con Dermalón de número 3-0 dejando drenaje con un portovac de 1/8. Se cubre la herida con tensoplast, colocamos un vendaje de tipo puño - cuello, dando por terminado el procedimiento quirúrgico.

## MANEJO POSTOPERATORIO Y DE REHABILITACION

El paciente posterior al procedimiento quirúrgico se mantiene con un vendaje tipo Puño cuello durante las primeras 24 horas, así como vigilancia del llenado capilar distal y el funcionamiento del portovac el cual se retira entre las 24 y 48 horas posteriores a la cirugía . dependiendo de la cantidad de sangre colectada por el mismo. Una vez retirado el drenaje se quita la inmovilización y se inicia la rehabilitación con ejercicios pendulares para posteriormente continuar con ejercicios activos con ayuda de la extremidad sana, por un periodo de unos dos a tres días hasta que el paciente los realice sin mayor dificultad para ser dado de alta del servicio de hospitalización, con indicación de realizar los mismos ejercicios en su domicilio especialmente de flexión y abducción hasta ser revalorados en la consulta externa en un tiempo que va desde los 10 a 15 días posteriores a la cirugía, en donde se retiran los puntos de sutura y se envía a su Unidad de Medicina Física y Rehabilitación correspondiente. Ahí se inician movimientos contra resistencia y de fortalecimiento muscular de donde son egresados a las dos o tres semanas para continuar con un programa de rehabilitación en casa y reintegración paulatina a sus labores cotidianas.



## RESULTADOS

Para el presente estudio trabajamos con 100 pacientes de los cuales fueron 65 femeninos y 35 masculinos, con rango de edad de 30 a 74 años y promedio de 54.8 años, los cuales se dedicaban a diferentes actividades pero todos con diagnóstico de Síndrome de Pinzamiento Subacromial y tiempo de evolución de su sintomatología con rango de un mes hasta los 8 años y promedio de 17.85 meses. A todos se les realizó tratamiento quirúrgico mediante acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular, encontrándose los siguientes hallazgos quirúrgicos :

Mango de los rotadores íntegro en 25 pacientes, solo despulimiento en 7 pacientes, lesiones desde 0.5 cm hasta 2 cm en 26 pacientes, lesiones mayores de 2 cm hasta 4 cm en 22 pacientes, lesiones mayores de 4 cm hasta 6 cm en 10 pacientes, lesiones mayores de 6 cm hasta lesiones masivas en 7 pacientes.

Los pacientes que presentaban lesiones del mango de los rotadores desde 0.5 cm hasta lesiones masivas se les realizó reparación quirúrgica con vicryl del número 0. 3 pacientes presentaban calcificaciones a nivel del mango de los rotadores a los cuales se les realizó resección de la misma.

Con respecto a los arcos de movilidad valorados, encontramos que en cuanto a la flexión prequirúrgica por encima de los 100 grados solo la realizaban 49 pacientes y en forma postquirúrgica, la flexión por encima de los 100 grados la realizaban 99 pacientes. En cuanto a la abducción prequirúrgica por encima de los 100 grados, la realizaban 38 pacientes y en forma postquirúrgica la abducción por encima de los 100 grados la realizaban 90 pacientes. Con respecto a la rotación interna todos los pacientes tenían en forma prequirúrgica movilidad por debajo de los 50 grados y en forma postquirúrgica encontramos que 97 pacientes tenían movilidad de rotación interna por encima de los 50 grados. Por último con respecto a la rotación externa todos los pacientes tenían en forma prequirúrgica movilidad por debajo de los 50 grados y en forma postquirúrgica encontramos que 95 pacientes tenían movilidad de rotación externa por encima de los 50 grados.

Para la valoración de la fuerza muscular utilizando la escala de Daniels se encontró mejoría en 83 pacientes, se encontró igual en 14 pacientes, menor en 3 pacientes.

Los pacientes fueron valorados en cuanto a dolor y la funcionalidad, utilizando la escala de valoración de UCLA (Universidad de California, Los Angeles), modificada por el Dr. Rockwood en 1995 encontrando los siguientes resultados :  
Excelente en 62 pacientes, Buenos en 27 pacientes, Regulares en 8 pacientes y Pobres resultado en 3 pacientes.

Además cabe mencionar de forma importante el tiempo de rehabilitación realizado por los pacientes, el cual tenía rango de 0.75 hasta 6 meses con un promedio de 2.71 meses.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA (MESES)**

MESES	0-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	73-84	85-96
No. PACIENTES	70	15	1	2	8	1	2	1

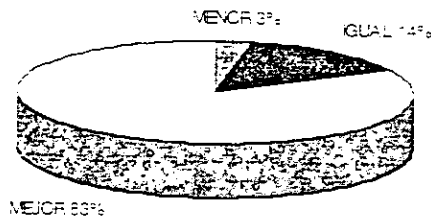
**TIEMPO DE REHABILITACION (MESES)**

MESES	0-1	1.1-2	2.1-3	3.1-4	4.1-5	5.1-6
No. PACIENTES	14	32	25	21	3	4

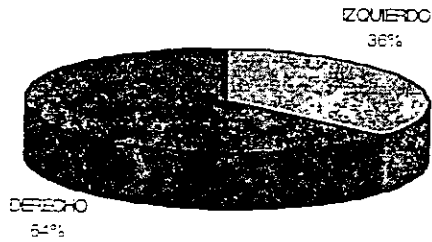
**LESIONES ENCONTRADAS.  
MANGO DE LOS ROTADORES**

LESIONES	INTEGRO	DESPULIDO	0.5-2cm.	>2-4cm	>4-6cm.	>6cm.	Calcifica
No. PACIENTES	325	7	25	22	10	7	3

**FUERZA MUSCULAR**



### HOMBRO AFECTADO



### ARCOS DE MOVILIDAD

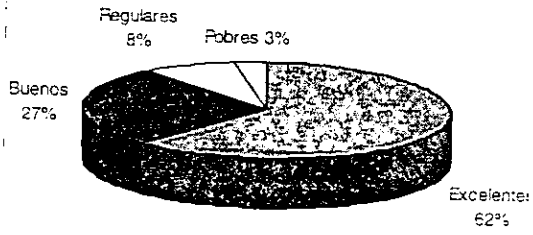
FLEXION GRADOS	PREGX No. pacientes	POSTGX No. pacientes
180	0	20
170	0	17
160	5	28
150	3	11
140	5	10
130	-	4
120	14	5
110	5	1
100	10	0
90	25	0
80	10	0
70	4	1
60	0	0
<=50	12	0

ABDUCCION GRADOS	PREGX No. pacientes	POSTGX No. pacientes
180	0	2
170	0	0
160	4	3
150	1	2
140	0	18
130	6	1
120	11	25
110	5	18
100	17	12
90	22	1
80	15	2
70	5	0
60	3	0
<=50	14	1

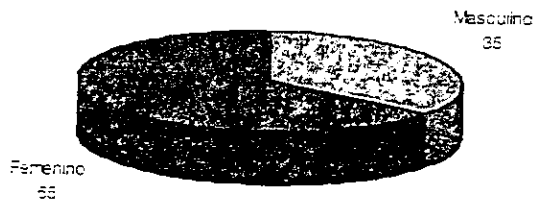
ROT. INTERNA GRADOS	PREGX No. pacientes	POSTGX No. pacientes
90	0	32
80	0	29
70	0	22
60	0	14
50	21	1
40	20	2
30	21	0
<=20	38	0

ROT. EXTERNA GRADOS	PREGX No. pacientes	POSTGX No. pacientes
90	0	0
80	0	2
70	0	15
60	0	41
50	17	37
40	16	4
30	25	1
<=20	42	0

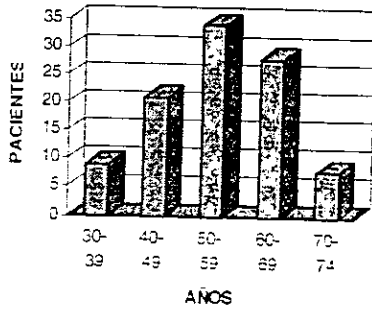
### RESULTADOS



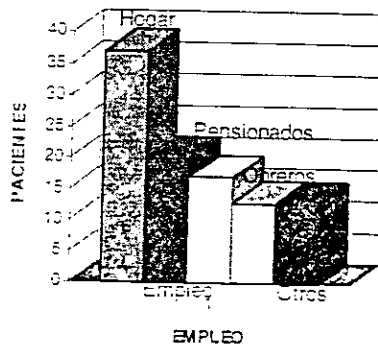
### SEXO



### EDAD



### OCCUPACION



## COMPLICACIONES

1. Encontramos 7 pacientes que evolucionaron con Capsulitis Adhesiva a los cuales 5 manejamos con movilización del hombro bajo la aplicación de anestesia general y a 2 de estos pacientes los reintervenimos para liberación de adherencias. A estos pacientes además de estos procedimientos se les incluyó un programa de rehabilitación intensivo, logrando los siguientes resultados ; 4 Excelentes ; 1 Bueno y 2 Regulares.
2. Encontramos 2 pacientes los cuales presentaron infección de su herida quirúrgica que requirió de manejo antibiótico por tiempo de 1 mes los cuales evolucionaron con los siguientes resultados : 1 Excelente y 1 Bueno.

## DISCUSION

La falta de información acerca de el Síndrome de Pinzamiento Subacromial hacia la población y el personal médico de primer y segundo nivel de atención ocasiona que el paciente con dolor de hombro acuda a la consulta del módulo de extremidad torácica de nuestro hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez, en forma tardía como demuestra en nuestro estudio el tiempo de evolución previo a la consulta inicial así como la alta incidencia de lesiones del mango de los rotadores. La explicación que hemos encontrado es que estas lesiones son producto del tiempo de evolución de la enfermedad.

Los pacientes han evolucionado etiquetados con diagnósticos tan vagos como bursitis, tendinitis, Hombro doloroso o inclusive hombro congelado durante meses o años y que han sido sometidos a tratamientos tales como infiltraciones con esteroides, manipulaciones bajo sedación y hasta la medicina alternativa.

Esto es algo que debemos de considerar, ya que el tiempo de evolución de la sintomatología ha sido sugerido por algunos autores como un factor para indicar o contraindicar el procedimiento, autores como Nielsen, Webster y Lorensen han sugerido que el lapso máximo para obtener buenos resultados con la acromioplastía es de 3 años.

Acerca de la técnica empleada podemos decir que el realizar la acromioplastía anterolateral mas la resección de la articulación acromioclavicular no representa mayor dificultad técnica por el contrario se amplía suficientemente el espacio subacromial, lo cual permite facilidad para la exploración y reparación de lesiones del mango de los rotadores cuando estas existen. El hecho de no tener que reoperar hasta el momento actual a ningún paciente representa una ventaja de esta técnica ya que uno de los problemas descritos para la acromioplastía tradicional es la persistencia de dolor en la región anterior del acromion, y que consideramos se debe a la persistencia del hueso acromial, más allá del borde anterior de la clavícula.

No se requiere de instrumental sofisticado y la cantidad de hueso a reseca es fácil de determinar, no implica un abordaje más amplio y no se prolonga significativamente el tiempo quirúrgico. Sin embargo es bueno recordar que un punto crítico para el resultado final de la cirugía lo constituye la adecuada reconstrucción de la inserción del músculo



deltoides, insistiendo en que la técnica de suturar a tejidos blandos el deltoides es la mejor forma de obtener un mal resultado y ensombrecer el futuro del paciente.

En cuanto a los resultados finales, los reportados en la literatura mundial son satisfactorios, en tanto que nuestros resultados entre buenos y excelentes representan el 89%, así como el porcentaje de malos resultados en nuestro estudio es de 3%. Estos malos resultados corresponden al déficit en la potencia muscular, la disminución en el rango de movilidad y a la dificultad para sostener peso. sin embargo los pacientes recuperaron la habilidad para asearse, peinarse y vestirse con ligera limitación.

Las causas de los malos resultados se han identificado : 1) Edad del paciente, 2) Tiempo de evolución, 3) Severidad del daño del mango de los rotadores, 4) Actitud del paciente hacia la rehabilitación. Dado lo anterior consideramos que en el paciente senil con enfermedad de larga evolución, daño comprobado del mango e los rotadores y poco cooperador, no se pueden esperar resultados espectaculares y se deberá reconsiderar el objetivo de la cirugía, que de ninguna forma podrá ser otro que el de controlar el dolor. De ninguna forma debe considerarse honesto el prometer una mejor función articular al paciente.

En cuanto a la técnica realizada consideramos que por el hecho de no haber presentado recidivas significativas de la sintomatología y por los resultados hasta el momento obtenidos, constituye una opción superior a la acromioplastia tradicional realizada hasta la fecha : sin embargo, no debemos de olvidar que la descompresión subacromial realizada mediante la técnica descrita tiene mejores resultados si se realiza un diagnóstico temprano y se agotan cada una de las instancias terapéuticas de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente antes de pensar en la cirugía.

Resulta obvio decir que la técnica aquí descrita deberá de soportar la prueba del tiempo y la variedad de individuos a los que puede y podrá ser aplicada ya que existen varios procedimientos para la resolución del padecimiento pero ninguno resuelve por completo el cuadro de dolor y lleva los arcos de movilidad al 100% en todos los pacientes.

## CONCLUSIONES

- ⇒ La acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular es una buena opción quirúrgica en el Síndrome de Pinzamiento Subacromial del hombro.
- ⇒ Con la acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular se consigue mejorar significativamente los arcos de movilidad del hombro.
- ⇒ Con la acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular logramos mejoría en cuanto a la fuerza muscular en la mayoría de los pacientes.
- ⇒ Con la acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular se obtienen buenos resultados funcionales con reintegración temprana a sus actividades cotidianas.
- ⇒ La acromioplastía anterolateral más la resección de la articulación acromioclavicular es un procedimiento relativamente sencillo y accesible en diferentes niveles de atención.

## BIBLIOGRAFIA

- = W.C. Campbell. Cirugía Ortopédica. Vol. 2 8a Edición. Capítulo 34. Editorial Médica Panamericana. 1993.
- = I.A. Kapandji. Cuadernos de fisiología articular. Vol. 1 4a edición Editorial Masson, S.A. 1991.
- = H.D. Skoff. Conservative. open acromioplasty. J. Bone Joint Surgery : 77-B No. 6 933-936 Nov. 1995.
- = C.A. Rockwood. Jr. F.R. Lyons. Shoulder Impingement Syndrome : Diagnosis, Radiographic Evaluation, and Treatment With a Modified Near Acromioplasty. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 75A No. 3. 409-424 March. 1993.
- = E.Van Holsbeeck. G. Declercq, J. Derijcke. Shoulder Impingement Syndrome. Acta Orthopedica Belgica. Vol. 57. No. 1. 25-29 1991.
- = C.H. Hartwig. R. Burkhard. Operative release of the Impingement Syndrome. Indication, Technique, results. Arch. Orthop. Trauma Surg. (1996) 115 : 249-254.
- = T. Invarsson. G. Hägglund. and R. Jonnsson. Anterior Acromioplasty. A Comparison of two Techniques. International Orthopaedics (SIOCT) (1996) Vol. 20 : 290-292.
- = M.J. Stuart. A.J. Azevedo. and R.H. Oatfield. Anterior acromioplasty for treatment of the shoulder impingement Syndrome. Clinical Orthopaedics and Related Research. Number 260 - 195-200 . Nov. 1990.
- = B. Blair. A.S. Rokito. f. Cuomo. K. Jarolem. and J.D. Zuckermann. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. The Journal of Bone and Joint Surgery vol. 78-A No. 11 1665-1669 Nov. 1996.
- = C.A. Rockwood Jr., G.R. Williams Jr. and W.Z. Burkhead Jr. Debridement of degenerative. irreparable lesions of the rotator cuff. The Journal of Bone and Joint Surgery vol. 77-A No. 6 857-866. June 1995.
- = F.H. Fu. C.D. Harner. and A.H. Klein. Shoulder Impingement Syndrome. A critical review. Clinical Orthopaedics and Related Research. Number 269. p. 162-173. August 1991.