



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE
ALTA ESPECIALIDAD

TÍTULO DE LA TESIS

FRECUENCIA DE LESIONES DEL LABRUM GLENOIDEO, EN SU REGIÓN ANTERIOR SUPERIOR Y POSTERIOR (TIPO SLAP) EN PATOLOGÍA DE SÍNDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSA DE HOMBRO, IDENTIFICADAS EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE PETRÓLEOS MEXICANOS , DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE FEBRERO DEL 2007 Y MARZO DEL 2008

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DR. EDGAR ANTONIO VÁZQUEZ ESCÀRCEGA

TUTOR DE TESIS:

DR. OSCAR ANTONIO MARTÍNEZ MOLINA

ASESOR DE TESIS:

DRA. GLORIA DE LOURDES LLAMOSÀ GARCÌA VELAZQUEZ



MEXICO, D. F.

2009



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.

**DR. CARLOS FERNANDO DIAZ ARANDA
DIRECTOR
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
PEMEX PICACHO**

**DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
PEMEX PICACHO**

**DR. OSCAR ANTONIO MARTINEZ MOLINA
JEFE DEL SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DE
PETROLEOS MEXICANOS Y TUTOR DE TESIS**

**DR. GLORIA DE LOURDES LLAMOSAS GARCÍA VELÁZQUEZ
ASESOR DE TESIS**

“El valor de las cosas no esta en el tiempo que duran, sino en la intensidad con que suceden. Por eso existen momentos inolvidables, cosas inexplicables y personas incomparables”

Huang Shi Quang

A Dios.

Por permitirme culminar un sueño que por instantes pense no lograr.

AGRADECIMIENTOS.

A mi hijo Mariano

Quien fue el factor desencadenante que me motivó emprender la tarea diaria de progreso y mejora profesional, así como el hecho de seguir siendo el pilar que mantiene la continuidad en el esfuerzo requerido para llegar al término de mi residencia médica.

A mi madre y hermana

Por ser en todo momento mi apoyo, mi consuelo y principio de realidad, gracias por su amor, paciencia, comprensión y confianza.

A mi familia

Por ser un gran ejemplo a seguir, y mantener en todo momento el impulso necesario para seguir adelante, todo con el afán de lograr los objetivos fijados al inicio de esta residencia médica. Gracias por los valores inculcados.

A mis maestros

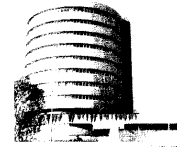
Dr. Oscar Antonio Martinez Molina, Dr. José Ernesto de León Martinez, Dr. Francisco Saavedra Carabajal, Dr. Pablo Tadeo Atlitec Castillo, Dr. Luis Ojeda Cruz, Dra Verónica Martina Robles Garcia, por su amistad y ser un ejemplo a seguir . Muchas Gracias

A mi novia

Quien me enseñó que ningún obstáculo es tan grande que no sea susceptible de ser vencido, y que las metas que nos fijamos están mas cerca de de lo que pensamos, lo único que necesitamos es constancia en nuestro esfuerzo.

INDICE

	Páginas
TÍTULO	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	1
OBJETIVO	1
MARCO TEÓRICO	1
Superficies articulares	2
Medios de unión	2
Mecanismos de la articulación del hombro	2-4
Exploración física	5
Exámenes de gabinete que corroboran diagnóstico	5-6
Clasificación según Snyder de las lesiones de SLAP	7
Esquemas representativos de lesiones de SLAP	8-9
Lesiones asociadas a la lesión de SLAP	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO PRINCIPAL	12
TIPO DE ESTUDIO	12
DISEÑO DE ESTUDIO	12
CRITERIOS	12
MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	13
DEFINICIÓN DE VARIABLES	13
MATERIALES Y MÉTODOS	13-14
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	16
CARTA DE CONSENTIMIENTO	16
RECURSOS Y LOGÍSTICA	16
RESULTADOS	16
Distribución de diagnósticos preoperatorios para patología dolorosa de hombro	16
Frecuencia por edad de las lesiones de SLAP	17
Distribución de la frecuencia diagnóstica y por artroscopía	17
Correlación de lesiones de SLAP con resto de la patología de hombro doloroso	17
Distribución de las lesiones de SLAP	18
Correlación de lesiones de SLAP con lesiones del manguito rotador	18
Clasificación de los tipos de acromion según Bigliani	19
Distribución de tipos de acromio de acuerdo al estudio realizado	19
Distribución de lesiones del manguito rotado	20
Distribución general de los hallazgos por técnica mini-open	20
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22



TITULO

FRECUENCIA DE LESIONES DEL LABRUM GLENOIDEO, EN SU REGIÓN ANTERIOR SUPERIOR Y POSTERIOR (TIPO SLAP) EN PATOLOGÍA DE SÍNDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSA DE HOMBRO, IDENTIFICADAS EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE PETRÓLEOS MEXICANOS, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE FEBRERO DEL 2007 Y MARZO DEL 2008

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El advenimiento de la artroscopia de hombro como medida diagnòstico-terapéutica, ha permitido la identificación de lesiones del labrum glenoideo conocidas como de SLAP, conjuntamente con lesiones del manguito rotador, lesiones de la porción larga del bíceps y otras más asociadas, que anteriormente no eran identificables ni susceptibles de tratamiento.

Un mayor entendimiento de la lesión tipo SLAP, de su sospecha clínica intencionada y un mayor interés por identificarla han permitido un diagnóstico más certero, tratamiento más oportuno y una mejor rehabilitación del paciente, así como la incorporación a sus actividades cotidianas en un tiempo menor.

OBJETIVO

- Demostrar la presencia de lesiones tipo SLAP como determinante en la patología dolorosa de hombro. Mediante artroscopía de hombro como medida diagnóstica terapéutica.

MARCO TEÒRICO

La articulación del hombro es una Articulación Esferoidea que une el húmero a la escápula.

Superficies Articulares

Cabeza del húmero: Representa la tercera parte de una esfera de 30 mm de radio, ligeramente más extensa en sentido vertical que anteroposterior. Está revestida por una capa uniforme de cartílago de 2mm de espesor aproximadamente. La cabeza humeral está orientada hacia arriba, hacia dentro y hacia atrás; su eje forma con el del cuerpo un ángulo de 130° aproximadamente.

Cavidad glenoidea de la escápula: Su superficie es menor a la de la cabeza humeral. Está orientada hacia fuera, hacia delante y ligeramente hacia arriba es cóncava en ambos sentidos (vertical y transversal), pero su concavidad es irregular y menos acentuada que la convexidad de la cabeza. La cavidad está recubierta por cartílago siendo este más grueso en su parte inferior y más delgado en la parte central.

Rodete glenoideo: Se trata de un anillo fibrocartilaginoso que se aplica sobre el contorno de la cavidad glenoidea y que aumenta su profundidad, mejorando así la congruencia (coincidencia) de las superficies articulares. Presenta tres caras:

- * Una cara interna: que se inserta en el contorno glenoideo.
- * Una cara periférica: donde se insertan algunas fibras de la cápsula.
- * Una cara central (o axial): cuyo cartílago es una prolongación de la glenoide ósea, y que contacta con la cabeza humeral. (1)

Medios De Unión

Cápsula articular: Presenta la forma de un manguito fibroso muy laxo, que permite una separación de las superficies articulares de hasta 2 o 3 cm. La **inserción escapular** de la cápsula se realiza sobre la cara periférica del rodete glenoideo y se extiende hasta la parte proximal del reborde óseo de la cavidad glenoidea. En la parte superior contornea el tendón de la porción larga del bíceps braquial y alcanza la base de la apófisis coracoides. En la parte inferior se fusiona con el tendón de la porción larga del tríceps. La **inserción humeral** se efectúa en casi todo el contorno de la cabeza del húmero. En la mitad superior la inserción tiene lugar en el cuello anatómico, y en la mitad inferior en el cuello quirúrgico.

Membrana sinovial: La membrana sinovial recubre la cara profunda de la cápsula articular hasta sus inserciones óseas, desde donde se refleja hasta el límite del revestimiento cartilaginoso de las superficies articulares. El tendón de la porción larga del bíceps braquial se encuentra normalmente libre dentro de la cavidad articular; el tendón se halla completamente envuelto por la membrana sinovial.

- * **Bolsas sinoviales periarticulares:** Existen algunas bolsas sinoviales (serosas) entre la cápsula y los músculos periarticulares. Las más importantes son:

1. Bolsa subtendinosa del subescapular, situada entre la cápsula y la parte superior del tendón del subescapular.
2. Bolsa sinovial bicipital, que envuelve el tendón de la porción larga del bíceps braquial en su surco intertubercular.
3. Bolsa subacromial, situada entre la parte superior de la articulación inferiormente y la bóveda acromioclavicular y el deltoides superiormente.
4. Bolsa sinovial subcoracoidea, situada entre la base de la apófisis coracoides y la parte vecina de la cápsula articular por un lado, y el músculo subescapular por el otro.
5. Bolsa subtendinosa del infraespinoso, que a menudo se halla ausente.

Se encuentran también otras bolsas sinoviales como las del coracobraquial - pectoral mayor - dorsal ancho - redondo mayor.

Ligamentos pasivos: refuerzan a la cápsula y son:

- a) Ligamento coracohumeral o superior: se inserta, por un lado en la apófisis coracoides, y por otro, en el troquíter del húmero.
- b) Ligamento glenohumeral superior: se inserta por un lado en el rodete glenoideo, y por otro, en el cuello anatómico del húmero, ya cerca del húmero este ligamento está unido al ligamento coracohumeral por medio de unas fibras transversales que van desde el troquíter al troquíen. Estas fibras forman el ligamento humeral transversal de Brodie que pasa sobre la corredera bicipital formando un túnel por donde pasa el tendón de la porción larga del bíceps braquial.(porción intraarticular).
- c) Ligamento glenohumeral medio: se inserta por un lado en el rodete glenoideo, y por otro, en el troquíen. Entre este ligamento y el superior queda un espacio triangular que se llama ojal del subescapular o foramen oval de Weitbrecht. Este foramen es obliterado por el tendón del subescapular, pero es el punto más débil de la cápsula y es por donde se suele luxar la cabeza humeral. Hay otro punto débil de la cápsula, entre los ligamentos glenohumerales medio e inferior, que es el foramen oval de Rouvière.
- d) Ligamento glenohumeral inferior: se inserta por un lado en el borde de la cavidad glenoidea, y por otro, en el cuello quirúrgico del húmero. Es el más fuerte de los tres.

Ligamentos activos: Los músculos periarticulares transversales, verdaderos ligamentos activos de la articulación, aseguran la coaptación de las superficies articulares.

- * Por delante: el músculo subescapular.
- * Por detrás: los músculos redondo menor e infraespinoso (forman el manguito rotador del hombro conjuntamente con el supraespinoso y el subescapular).
- * Por arriba: el músculo supraespinoso y el tendón de la porción larga del bíceps braquial. (2).

Mecanismo De La Articulación Del Hombro

Puesto que existe un contacto perfecto entre las superficies articulares, la cabeza del húmero puede moverse en torno a una gran variedad de ejes, produciéndose por lo tanto los más variados movimientos, que se dividen en cuatro tipos principales: movimientos de flexión y extensión, de abducción y aducción, de rotación interna y externa, y de circunducción. (2)

El advenimiento y el incremento de los procedimientos artroscópicos a nivel de hombro, han llevado a la mejor identificación de lesiones que condicionan síndrome de abducción dolorosa de hombro.

Inicialmente aproximadamente desde 1984 (3) solo se reconocían las principales (8) estructuras, el tendón de la porción larga del bíceps, la cabeza humeral, la glenoides y el labrum glenoideo; en 1985 se iniciaron los primeros intentos por reconstruir las lesiones labrales, utilizando agujas de tuyo artesanalmente adaptadas para ello y se concluyo en ofrecer este sistema para lesiones anteroinferiores.

En 1985 se inicio con la descripción de lesiones de origen deportivo a cargo de Andrews en donde se describían lesiones del labrum glenoideo en atletas lanzadores, principalmente localizado a nivel del labrum anterior y superior.

En 1990 Snyder describe el patrón de la lesión del labrum superior que se extiende de anterior a posterior, a la vez que introdujo el término de lesión de SLAP; (de sus siglas en ingles Superior Labrum Anterior Posterior) correspondientes a las lesiones superiores del labrum de anterior a posterior, en las cuales se genera dolor e inestabilidad del hombro.

Las lesiones de SLAP han sido reconocidas e identificadas en pacientes atletas sobre todo en los que realizan actividades de movimientos del brazo por arriba de la cabeza y realiza artroscopia diagnostico terapéutica una vez que el tratamiento conservador a base de aines y terapia física no ha dado el resultado esperado.

El paciente con lesión de SLAP (9) se nos presenta con dolor difuso o localizado en la cara anterior del hombro, a nivel de la coracoides, o irradiado a la porción larga del bíceps; que en general no reconoce antecedente traumático claro, que aumenta con la función y particularmente con la abducción y rotación externa; en ocasiones con sensación de atrapamiento o crujido con momentos de seudobloqueo o sensación de subluxación y muchas veces de sintomatología indefinida.

Dentro del examen físico se tienen dos pruebas:

1) Test de la tensión bicipital

En la que el brazo y antebrazo extendido y antebrazo supinado se le aplica resistencia a la flexión activa del brazo. (Fig 1)

2) Test de la compresión y rotación articular

En la que el brazo en abducción d 90 grados el codo grados rotación anterior y posterior mientras se comprime el hombro (Fig. 2)

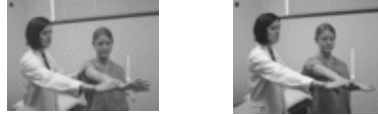


Fig. 1 (a) y (b). Test de tensión bicipital

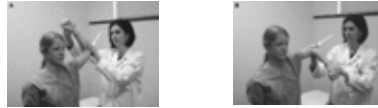


Fig. 2 (a) y (b). Test de compresión y rotación articular

La dificultad del diagnóstico de la lesión tipo SLAP hace imperante una mayor necesidad de herramientas necesarias para su diagnóstico. Por lo que dentro de los métodos de diagnóstico utilizados se encuentran:

- La radiografía simple que nos permite valorar la implicación de elementos óseos en la patología, o la morfología del acromion como parte causal o no de patología de hombro. (Fig. no 3).



Fig. 3. Imagen que muestra la presencia de un acromion grado III como partícipe en la producción de patología dolorosa de hombro.

- La Tomografía axial computarizada que al igual que los rayos x nos permite evaluar los elementos-òseos.

- La Resonancia Magnética que puede particularmente resaltar lesiones de estructuras extraarticulares como el manguito rotador, o la bursa subacromial, e incluso nos puede orientar en la sospecha de lesiones tipo SLAP si como en la actualidad el estudio se realiza con algun medio de contraste. Dando pie al estudio conocido como artroresonancia. (Fig.no. 4)

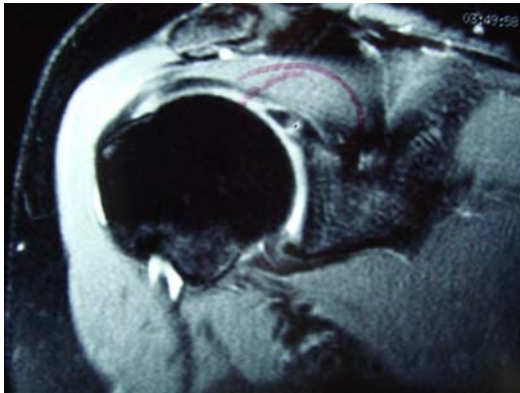


Fig. 4. Presencia de lesiòn de SLAP detectada por Resonancia Magnética misma que es compatible con su hallazgo artroscópico

- La ARTROSCOPIA cuyo desarrollo en la actualidad no solamente nos permite visualizar y palpar las estructuras intrarticulares del hombro, si no una vez identificadas y diagnosticadas poder abordarlas quirúrgicamente para lograr su regularización o estabilización como en el caso de las lesiones de SLAP.

Snyder de acuerdo a sus observaciones artroscópica desarrollo la siguiente clasificaciòn de las lesiones de SLAP, misma que nos permite de una manera sistematizada determinar el grado de lesiòn, y de acuerdo a este, el grado de inestabilidad, así como el abordaje quirúrgico mas apropiado : (Fig. 5)

GRADO (1)

Desgarro y Degeneración de la inserción superior del borde superior labral, con inserción firme del labrum y del bíceps (Fig. 6)

GRADO (2)

Desinserción del anclaje del labrum bicipital. (Fig. 7)

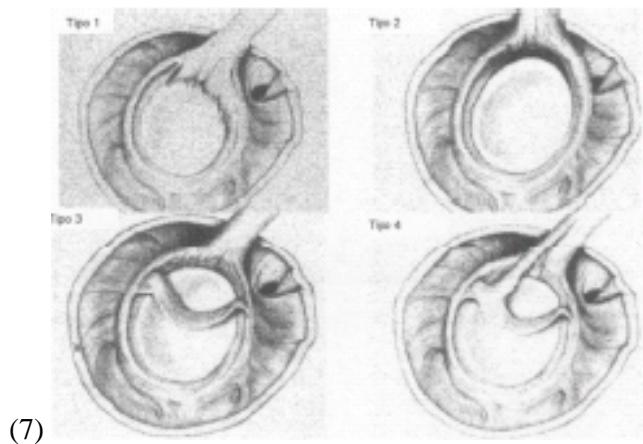
GRADO (3)

Ruptura de asa de balde del labrum superior, permaneciendo ancladas porciones del labrum y bíceps a su inserción (Fig. 8)

GRADO (4)

Ruptura del Asa de balde en el labrum superior con extensión de la ruptura del tendón bicipital (Fig. 9).

Esquemático en la Fig. 6



(7)

Fig. 5. Esquema demostrativo de los tipos de lesiones de SLAP descritos por Snyder

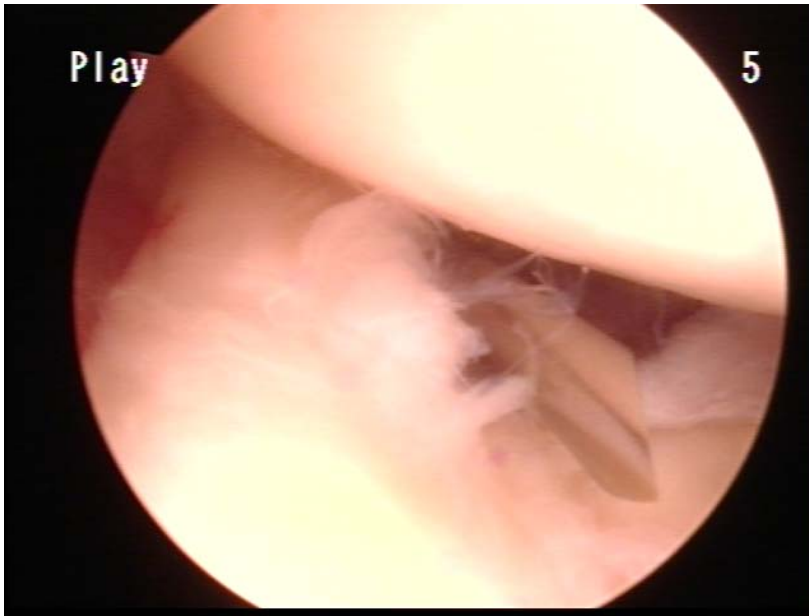


Fig. 6 Imagen artroscópica en la que se muestra una lesión de SLAP grado I.

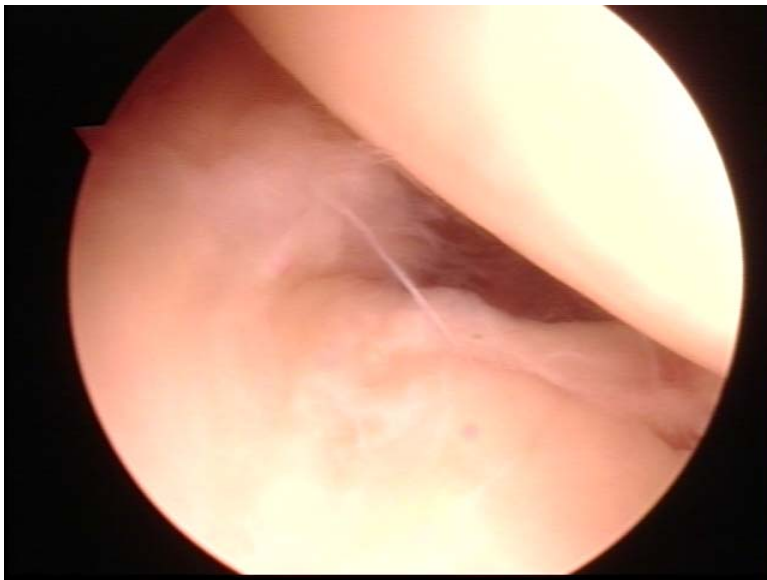


Fig. 7. Imagen artroscópica en la que se muestra una lesión de SLAP grado II.



Fig. 8. Imagen artroscópica en la que se muestra una lesión de SLAP grado III (lesión en asa de balde).

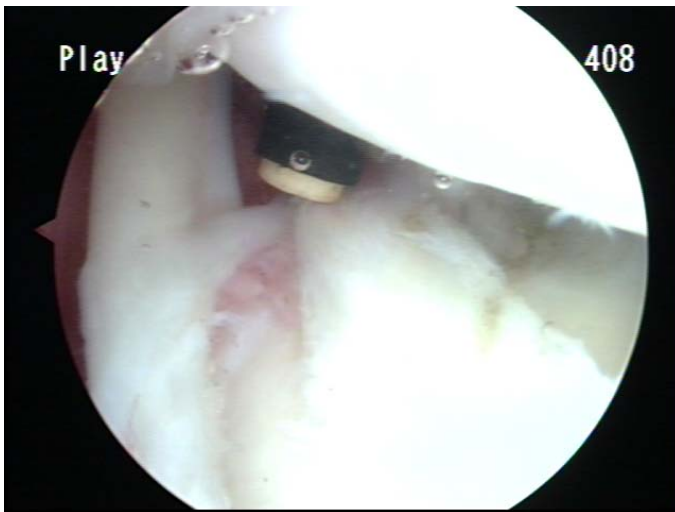


Fig.9. Imagen artroscópica de lesión de una lesión de SLAP grado IV a la que se le esta realizando radiofrecuencia como reparación de la lesión.

Vale la pena destacar que para fines de este trabajo hemos optado por ilustrar y describir la clasificación clásica descrita por el autor, mencionando aquí que a partir de esta

clasificación base, se han agregado variantes que esencialmente no impactan en la propuesta original.

En un afán por correlacionar la naturaleza de la lesión de SLAP con algún mecanismo específico de lesión, se ha propuesto aquel que se lleva a cabo con el brazo en abducción de 70 grados con leve flexión de 30 grados acompañado de trauma por compresión sin embargo también los siguientes han tratado de correlacionarse en la génesis:

La elevación brusca del miembro superior

La acción violenta de lanzar un objeto por sobre la cabeza

Tracción vigorosa del brazo

Para algunos autores es mas bien la acción combinada de estos mecanismos, pero sobre todo el aspecto repetitivo de la acción, de allí la prevalencia de este tipo de lesiones en los pacientes que comparten la rutina de deportes de lanzamiento, y labores repetitivas por encima del hombro.

Como lesiones asociadas se tienen contempladas:

Osteocondritis de la cabeza humeral

Lesiones del manguito rotador

Lesiones bicipitales

Calcificaciones (fig. 10).

Cuerpos libres



Fig.10. Imagen radiográfica en la que se muestra calcificación del manguito rotador.

Como se ha mencionado previamente, esta lesión se hace evidente desde el punto de vista diagnóstico a partir del desarrollo de la artroscopía, y desde luego el manejo también ha sido desarrollado a la par de la artroscopia:

los grados 1 y 2 se abordan realizando un desbridamiento de la lesión, este desbridamiento fue llevado inicialmente con equipo de motor y la idea fundamental consiste en regularizar los bordes deshilachados del lábrum, evitando con ello que las lesiones evolucionen a grado inestables o a lesiones cada vez mas extensas, actualmente este procedimiento es realizado con la aplicaciones de radiofrecuencia de tal manera que el deshilachamiento no solamente es regularizado si no que además se retrae la laxitud del lábrum; en las lesiones grados 3 y 4 se hace resección del asa de balde y tratándose de lesiones inestables se procede a la re inserción del labrum al reborde glenoideo mediante la colocación de suturas engarzadas en anclas metálicas, con el fin de conseguir la mayor reducción anatómica posible.

JUSTIFICACIÓN

La identificación preoperatoria de lesiones combinadas slap y lesiones que forman parte del Síndrome de abducción dolorosa de hombro (bursitis, lesiones del manguito rota, luxación de hombro antigua, artrosis acromioclavicular, artrosis glenohumeral, etc) nos permite hacer una planeación más adecuada para el abordaje quirúrgico, de tal manera que si tenemos una sospecha de correlación entre estas patologías, podemos ofrecer a los paciente un abordaje artroscópico combinado a un abordaje extraarticular, bien sea abierto, por mini open o incluso por artroscopia subacromial.

Este estudio se encuentra orientado a una identificación mas pronta y eficaz de las lesiones tipo SLAP, en pacientes derechohabientes del HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX PICACHO, tomando en cuenta a aquellos pacientes que cuentan con algún grado de patología de hombro doloroso, misma que condiciona disminución de la productividad laboral y en su familiares que ocasiona limitación para sus actividades diarias y para lo que atendiendo y actuando de manera pronta nos permitirá evaluar la mejoría de la sintomatología y su incorporación a sus actividades diarias y laborales correspondientes.

No requiere hipótesis

Este apartado por el momento no aplicar ya que se trata de un estudios descriptivo de acuerdo a hallazgos encontrados en artroscopia de hombro doloroso practicada a paciente que padecían algún tipo de patología de hombro doloroso.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la frecuencia de lesiones del labrum glenoideo tipo SLAP en patología de hombro doloroso en pacientes derechohabientes pertenecientes al HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX PICACHO.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal.

UNIVERSO: Pacientes derechohabientes de PETRÒLEOS MEXICANOS con antecedente de síndrome de abducción dolorosa que fueron sometidos a artroscopia de hombro con identificación de lesiones de tipo SLAP en un periodo comprendido entre febrero del 2007 y marzo del 2008.

CRITERIOS

Inclusión:

Pacientes derechohabientes de PETRÒLEOS MEXICANOS

Pacientes con expediente completo.

Pacientes sintomáticos al momento de artroscopia.

Paciente de ambos sexos.

Pacientes de entre 35 y 60 años

Dolor crónico de hombro con el uso activo del miembro afectado.

Aquellos pacientes que fueron sometidos a proceso artroscópico.

Exclusión:

Pacientes en los que se encontraba patología sistémica previa a nivel de hombro en cuestión.

Pacientes que habían recibido algún otro tratamiento alternativo previo que modificaba la orientación hacia el diagnóstico de lesión de SLAP

Eliminación:

Pacientes que llegaban al evento artroscópico con diagnóstico de lesión de slap previa sin hallazgo artroscópico identificable

En aquellos pacientes con hoja quirúrgica sin descripción de lesión de SLAP

MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se tomarán aquellos paciente que cuenten con un registro de expediente electrónico a los que se les haya realizado una artroscopia de hombro por patología de hombro doloroso

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad NUMÉRICA, NO CONTINUA, AÑOS, DEFINICIÓN OPERATIVA

Sexo NO NUMÉRICA, DICOTÓMICA, M/F, DEF OP

Tiempo de evolución de la sintomatología NUMÉRICA, NO CONTINUA

Mecanismo de lesión NO NUMÉRICA, NO CONTINUA

Ocupación o actividad física previa NO NUMÉRICA, NO CONTINUA

Intensidad de dolor NO NUMÉRICA, NO CONTINUA

Exploración física NO NUMÉRICA, NO CONTINUA en la cual se hará una exploración física intencionada a la búsqueda de signos específicos de patología dolorosa de hombro como serian :

Test de la tensión bicipital

En la que el brazo y antebrazo extendido y antebrazo supinado se le aplica resistencia a la flexión activa del brazo.

Test de la compresión y rotación articular

En la que el brazo en abducción d 90 grados el codo grados rotación anterior y posterior mientras se comprime el hombro

Terapéutica empleada previamente NO NUMÉRICA NO CONTINUA

Grado de lesión NUMÉRICA, CONTINUA

Periodo de mejoría de la sintomatología NO NUMÉRICA NO CONTINUA

Ganancia de la función de hombro intervenido. NO NUMÉRICA NO CONTINUA

MATERIALES Y MÉTODOS

Se tomará como universo de trabajo a pacientes derechohabientes de Petróleos Mexicanos con sintomatología de abducción dolorosa al momento de la cirugía, a los que se realizó artroscopia de hombro, por un solo cirujano, durante el periodo comprendido de febrero del 2007 y marzo del 2008 en Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, se contemplaron aquellos en lo que previo a artroscopia existía la sospecha clínica de lesión tipo SLAP, así como transoperatoriamente mediante la clasificación artroscópica de lesiones de SLAP de acuerdo la clasificación de Snyder y se recolectaron los hallazgos artroscópicos y el tiempo de evolución de los síntomas en hoja de recolección de datos, así como la desaparición de la sintomatología de aquellos pacientes a los que se realizo anclaje correctivo de la lesión.

El presente estudio no cuenta con implicaciones éticas puesto que solo es una recopilación de hallazgos artroscópicos en pacientes sometidos a artroscopia de hombro ante la sospecha de patología de hombro doloroso.

Por lo que se anexara formato de recolección de datos:



PEMEX

**PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ORTOPEDIA**



PACIENTE	SEXO	ARTROSCOPIA	MINI OPEN	PROCEDIMIENTOS ARTROSCOPICOS	PROCEDIMIENTOS MINI OPEN
FICHA	EDAD	MASC	FEM	DX PREOPERATORIO	SLAP I
		SLAP II			SLAP II
		SLAP III			SLAP III
		SLAP IV			SLAP IV
		ARTROSIS H I			ARTROSIS H I
		ARTROSIS H II			ARTROSIS H II
		ARTROSIS H III			ARTROSIS H III
		ARTROSIS H IV			ARTROSIS H IV
		ARTROSIS G I			ARTROSIS G I
		ARTROSIS G II			ARTROSIS G II
		ARTROSIS G III			ARTROSIS G III
		ARTROSIS G IV			ARTROSIS G IV
		BANKART			BANKART
		LAXITUD CAPSULAR			LAXITUD CAPSULAR
		HILL-SACKS			HILL-SACKS
		TENDINITIS BICEPS			TENDINITIS BICEPS
		M. ROTADOR ROTO			M. ROTADOR ROTO
		M. ROTADOR INTEGRO			M. ROTADOR INTEGRO
		SINOVITIS			SINOVITIS
		ACROMION I			ACROMION I
		ACROMION II			ACROMION II
		ACROMION III			ACROMION III
		ACROMION A-C			ACROMION A-C
		BURSA HIPERTROFICA			BURSA HIPERTROFICA
		SUPRAESPINOSO ROTO			SUPRAESPINOSO ROTO
		(-) 1 CM			(-) 1 CM
		(/) 1 Y 3 CM			(/) 1 Y 3 CM
		(+) 3.5 CM			(+) 3.5 CM
		CALCIFICACIONES			CALCIFICACIONES
		REGULARIZACION SLAP			REGULARIZACION SLAP
		SUTURA SLAP			SUTURA SLAP
		ANCLAS SLAP			ANCLAS SLAP
		REPARACION BANKART			REPARACION BANKART
		RETENSADO CAPSULAR			RETENSADO CAPSULAR
		RADIOFRECUENCIA			RADIOFRECUENCIA
		CONDROPLASTIA G-H			CONDROPLASTIA G-H
		REGULARIZACION DESGARRO M.R.			REGULARIZACION DESGARRO M.R.
		ACROMIOPLASTIA			ACROMIOPLASTIA
		LIB. LIGAMENTO C-A			LIB. LIGAMENTO C-A
		REGULARIZACION A-C			REGULARIZACION A-C
		RESECCION DISTAL CLAVICULA			RESECCION DISTAL CLAVICULA
		RESEC. BURSA ANT.			RESEC. BURSA ANT.
		DESBRIDACION SUPRA			DESBRIDACION SUPRA
		SUTURA SUPRAESPINOSO			SUTURA SUPRAESPINOSO
		ANCLAS SUPRAESPINOSO			ANCLAS SUPRAESPINOSO
		PLASTIAS DE COBERTURA			PLASTIAS DE COBERTURA
		REINSECCION DEL TIROIDES			REINSECCION DEL TIROIDES

ESTRATEGIA ADE ANÀLISIS ESTADÍSTICO

Se describirán las medidas de tendencia central y dispersión adecuadas para cada variable dependiendo de su distribución. También de su distribución dependerá la presentación gráfica de los resultados. Se construirán tablas de frecuencia acumulada o frecuencias absolutas según sea el caso con cada variable.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Es retrospectivo, y para el procedimiento se firmo el consentimiento habitual e la institución.

RECURSOS Y LOGÍSTICA

Se utilizarán hojas de recolección de datos, expediente electrónico, computadora personal, impresora láser, contando con la ayuda del personal de archivo clínico e informática del Hospital Central Sur De Alta Especialidad.

Se revisara de manera detallada los hallazgos artroscópicos debidamente descritos, específicamente la presencia de lesiones del labrum glenoideo tipo SLAP, en paciente sometidos a artroscopía de hombro, con diagnóstico de patología dolorosa de hombro, su clasificación, manejo, evolución clínica, registrándose de manera estadística en base de datos de programa de excel para su posterior vaciado

RESULTADOS

Se tomó como base un total de 52 pacientes que cursaban con patología dolorosa de hombro, con la siguiente distribución de diagnóstico prequirúrgico:

Síndrome de abducción dolorosa de hombro con 32 casos; síndrome del manguito rotador 10; otras lesiones de hombro en un caso; luxación de hombro en 5 casos; artrosis acromioclavicular en un caso; artrosis glenohumeral en un caso; artrosis acromioclavicular en un caso, mismos que se sometió a Artroscopia de hombro (Gráfico no. 1)

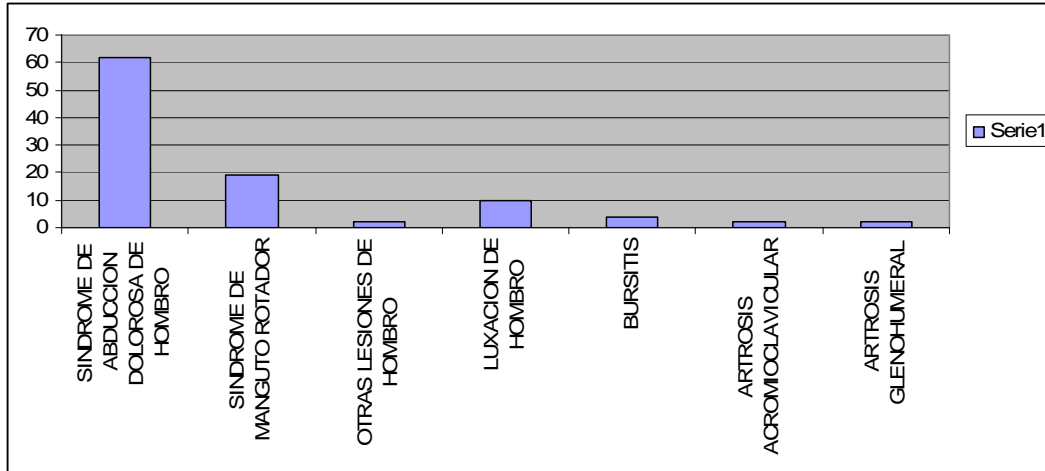


Gráfico no.1 Distribución de los diagnósticos preoperatorios para patología dolorosa de hombro.

Diagnósticos preoperatorios para patología dolorosa de hombro.

De los cuales 29 (56%) pertenecía al sexo femenino y 23 (46%) al sexo masculino (Gráfico no.2a); con edades que oscilaban entre 16 y 84 años con una media de 59 años; de los cuales 34 se trataba de la extremidad derecha y 18 de miembro torácico izquierdo (Gráfico no.2b)

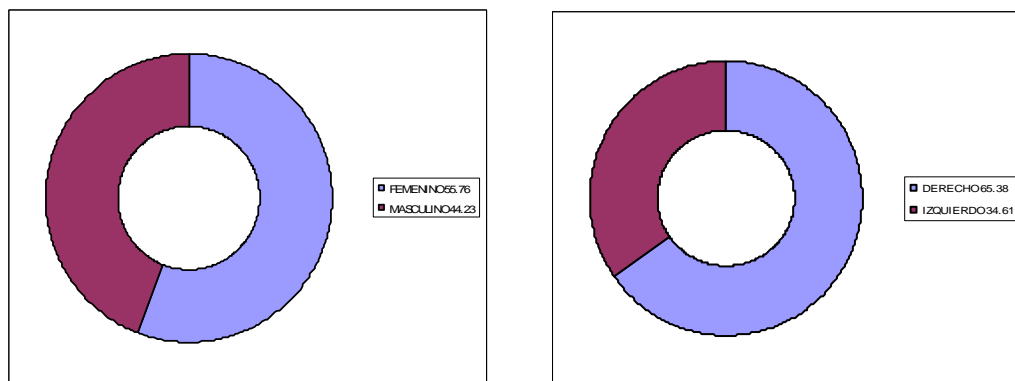


Gráfico no.2 (a) frecuencia por sexo (b) frecuencia por extremidad

Una vez realizado el procedimiento artroscópico se obtuvo la siguiente distribución diagnóstica:

Lesión tipo SLAP con una frecuencia de 23 casos correspondiente al 44.23%; 6 casos de artrosis humeral (11.53); artrosis glenoidea en 9 casos (17.30%); 2 casos de lesión de Bankart (3.63%); 6 casos de laxitud capsular (11.53%); lesión de Hill-Sacks en 2 casos (3.63%); tendinitis del bíceps en número de 13 correspondiente al 25%; lesión del manguito rotador en 21 casos (40.38%), 31 casos de integridad del manguito rotador (59.61%); y sinovitis en 20 casos que corresponde al 38.46%. (Gráfico no.3)

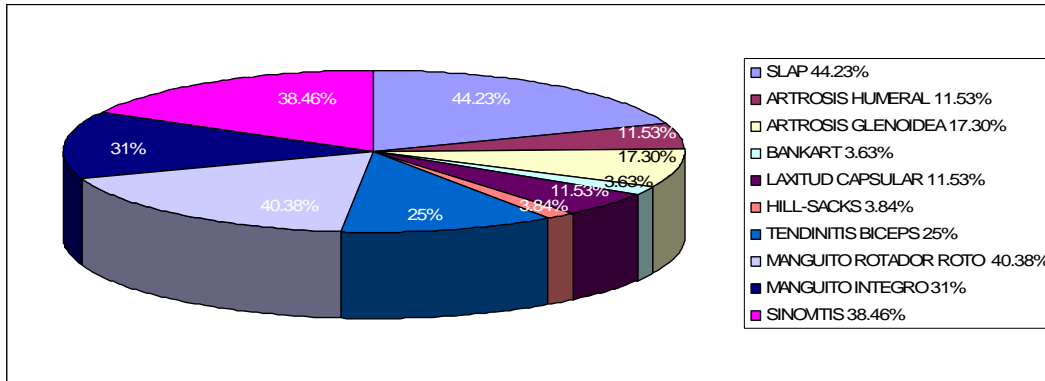


Gráfico no. 3 Distribución de frecuencia diagnóstica por artroscopía.

De lo que se desprende la relación entre las lesiones de SLAP con el resto de la patología de hombro descrita anteriormente y como diagnóstico artroscópico.

Con lesiones del manguito rotador en un 56.52%; con artrosis humeral en un 17.39%; artrosis de la glenoides en un 26.08; con lesiones de Bankart en un 8.69%; con laxitud capsular en un 13.04%; con lesión de Hill_Sacks en un 8.69%; con tendinitis del bíceps en un 8.69%; y presencia de sinovitis en un 56.52 % de los casos. (Gráfico no. 4)

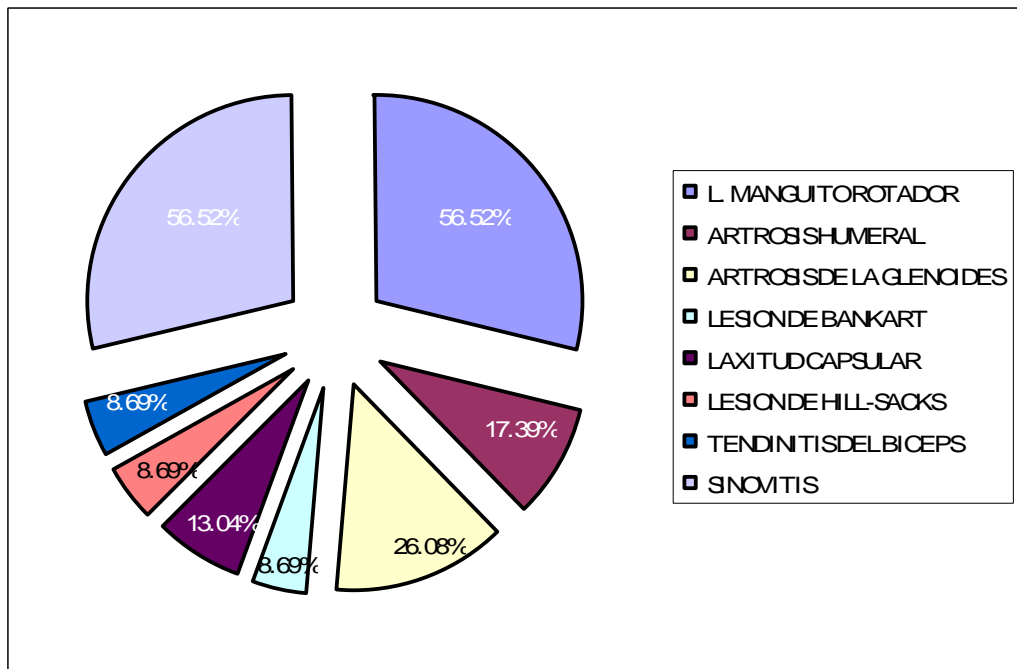


Gráfico no. 4 Correlación de lesiones tipo SLAP con el resto de la patología dolorosa de hombro

Una vez que se clasificó la lesión de SLAP en sus cuatro tipos anteriormente descritos en el marco teórico se obtuvo la siguiente frecuencia:
 Lesión de SLAP grado I en seis casos (26.087%); grado II 13 casos (56.52%); grado III 1 caso (4.34%); grado IV 3 casos (13.04%).
 Siendo la frecuencia de la presencia de esta lesión en un numero de 23 (44.23%)
 (grafico no. 5)

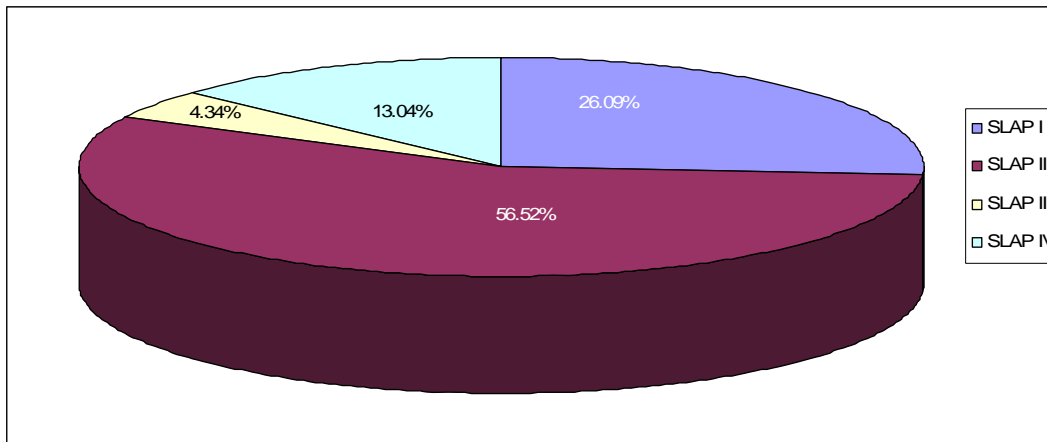


Gráfico no. 5 Distribución de las lesiones tipo SLAP

Destacando la correlación de lesiones tipo SLAP con lesiones del manguito rotador con una presencia de lesión tipo SLAP – lesión del manguito rotador 23 vs 21.
 (Gráfico no 6)

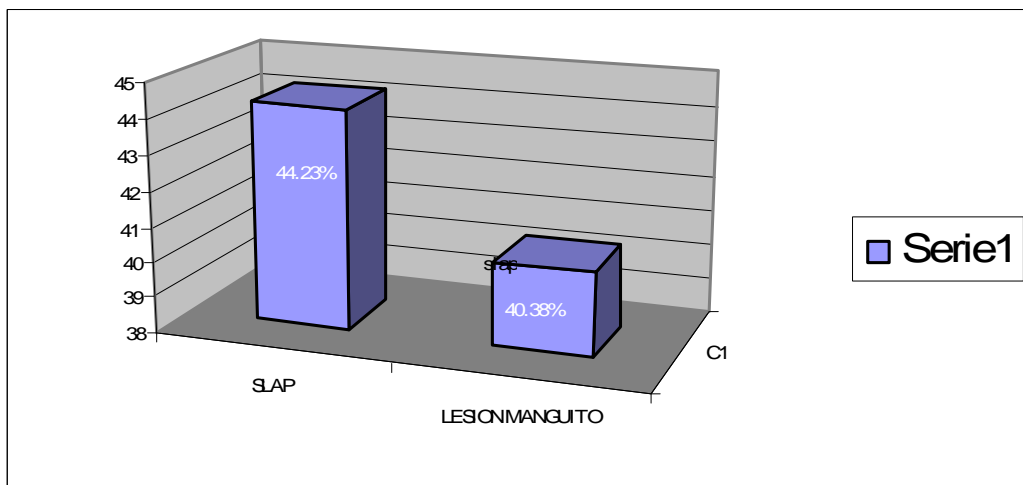


Gráfico no. 6. Correlación de SLAP vs Lesión del manguito rotador

Además de determinarse los siguientes hallazgos con técnica mini-open:

Acromion prominente en un numero de 22 (42.30%); dividido en sus tres modalidades, acromio grado I un caso (4.54%); acromio grado II en 11 casos correspondiente al 50%; y 10 casos de acromio grado III (45.45%). Como se muestra en la figura no.11 Y el grafico no. 7.

Artrosis acromioclavicular en cuatro casos (7.69%)

Bursitis en 24 casos que equivalente al 46.15%.

Lesión del músculo supraespinoso en 24 casos (46.15%), dividido en lesiones que abarcaban < de un cm de longitud en un 20.83% (5 casos); lesiones que abarcan entre 1 y 3 cm de longitud 45.83% (11 casos); y lesiones > de 3.5 cm en un 33.33% (8 casos).

Calcificaciones en un caso que aportaba el 1.92%. (Gráfico no 8)

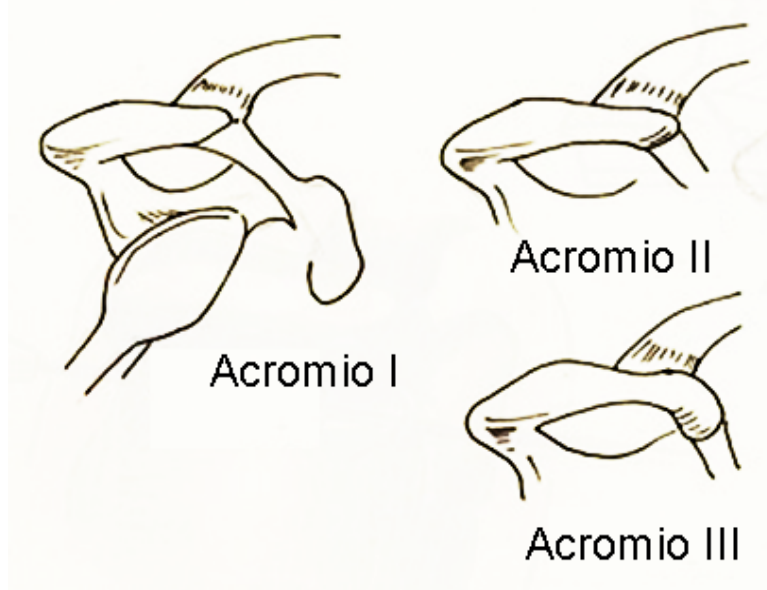


Fig. 11. Clasificación de los tipos de acromion descritos por Bigliani

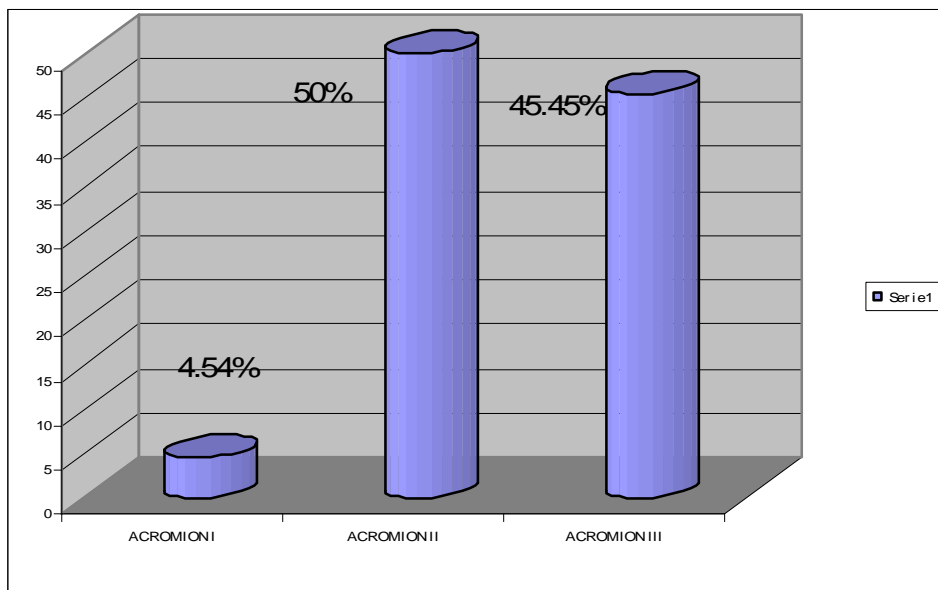


Gráfico no.7 Distribución de tipos de acromion como hallazgo con técnica mini-open.

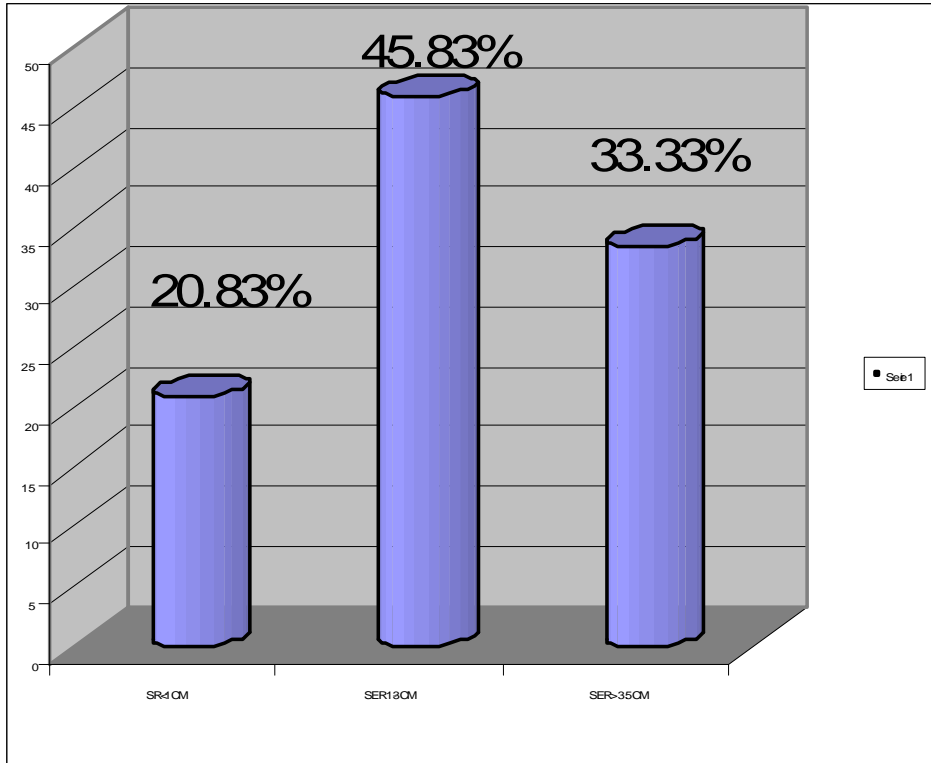


Gráfico no. 8 Distribución de lesiones del supraespinoso con técnica mini-open.

De lo que se desprende la distribución general de los hallazgos obtenidos por técnica mini-open como se vera en el gráfico no. 9.

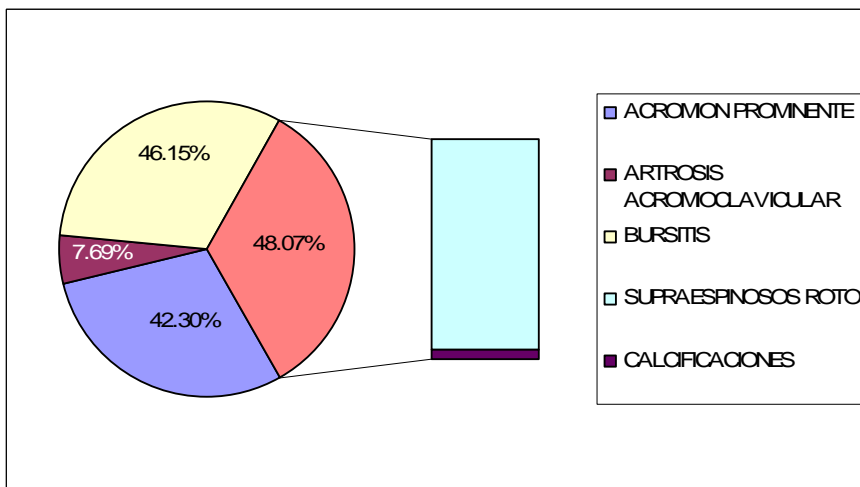


Gráfico no. 9. Distribución general de los hallazgos por técnica mino-open.

CONCLUSIONES

A partir del desarrollo de la artroscopia de hombro, el abordaje de las lesiones en esta articulación ha tenido un avance fundamentalmente en dos aspectos, el primero de ellos en cuanto a la oportunidad de un diagnóstico más preciso, y el segundo en el sentido de tener la capacidad de abordar de manera simultánea y con precisión dos o más lesiones que de manera asociada se presenten en esta región.

Si bien es cierto que nuestro servicio ha abordado de manera conjunta estas lesiones, de tal manera que los pacientes son sometidos en el mismo acto quirúrgico a un abordaje artroscópico, desde el cual no solamente abordamos las lesiones de SLAP sino otras lesiones más, intraarticulares, que pudieran estar presentes y posteriormente llevamos a cabo el abordaje de lesiones extrarticulares (particularmente del manguito rotador) a través de una cirugía de mínima invasión conocida popularmente como mini-open

Con este estudio pretendemos dar a conocer la amplia gama de variantes que intervienen en la patología dolorosa de hombro, así como la íntima relación entre cada una de ellas en la producción del dolor y de la incapacidad funcional de los movimientos activos y pasivos, se detalla de una manera adecuada su distribución y deja al manifiesto la importancia y utilidad del procedimiento artroscópico de hombro programado ante la sospecha diagnóstica de lesión del manguito rotador y otras variantes de patología dolorosa de hombro, haciéndose manifiesto la importancia de la artroscopía de hombro para el diagnóstico certero de lesiones tipo SLAP y del grupo de patologías agregadas.

En base a una experiencia ahora reflejada en el análisis de estos 52 pacientes nuestra propuesta es que basándonos en la frecuencia con la que se presentan estos dos grupos de patologías del hombro, una en el ámbito intrarticular (lesiones de SLAP y la otra en el área extrarticular (lesiones del manguito rotador o síndrome De pinzamiento) nuestra conclusión es que ante este tipo de patologías bien sea que domine clínicamente una u otra, nos planteemos la necesidad en el preoperatorio de buscar intencionadamente la presencia de datos que sugieran la asociación de ambas patologías y en función de esta búsqueda poder ofrecer así mismo a cada paciente la posibilidad de ser abordados en el mismo acto quirúrgico mediante un abordaje artroscópico y un abordaje abierto, bien sea este último de mínima incisión como nosotros lo hacemos o mediante un abordaje abierto más convencional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Anatomía Humana – Descriptiva, Topográfica y Funcional. Tomo III. H. Rouvière. A. Delmas. 10ma edición. 2001; 70:120-250
- 2.-Manual de Anatomía Funcional del Aparato Locomotor. Raúl Alejandro Supital.1999; 80: 230-267
- 3.-Tae Kyun Kim, William S. Queale, Andrew J. Cosgarea, and Edward G. Mcfarland
Clinical features of the different types of slap lesions: an analysis of one hundred and thirty-nine cases
J. Bone Joint Surg. am., jan 2003; 85: 66 - 71.
- 4.-Adam Farber, Laura Fayad, Timothy Johnson, Brett Cascio, Michael Shindle, Phillip Neubauer, and a. Jay Khanna
Magnetic resonance imaging of the shoulder. current techniques and spectrum of disease
J. Bone Joint Surg. am., dec 2006; 88: 64 - 79.
- 5.-Edward G. Mcfarland, Harpal Singh Selhi, and Ekavit Keyurapan
Clinical evaluation of impingement: what to do and what works
J. Bone Joint Surg. am., feb 2006; 88: 432 - 441.
- 6.-Gary M. Gartsman, Toni S. Roddey, and Steven M. Hammerman
Arthroscopic treatment of anterior-inferior glenohumeral instability : two to five-year follow-up
J. Bone Joint Surg. am., jul 2000; 82: 991.
- 7.-Anita G. Rao, tae kyun kim, Efsthios Chronopoulos, and Edward G. Mcfarland
Anatomical variants in the anterosuperior aspect of the glenoid labrum: a statistical analysis of seventy-three cases
J. Bone Joint Surg. am., apr 2003; 85: 653 - 659.
- 8.-C. Michael Robinson, Paul J. Jenkins, Timothy O. White, Andrew Ker, and Rlizabeth Will
Primary arthroscopic stabilization for a first-time anterior dislocation of the shoulder. a randomized, double-blind trial
J. Bone Joint Surg. am., apr 2008; 90: 708 – 721
- 9.-Mark G. Grossman, James E. Tibone, Michelle H. MCGarry, David J. Schneider, Sergio Veneziani, and Thay Q. Lee
A cadaveric model of the throwing shoulder: a possible etiology of superior labrum anterior-to-posterior lesions
J. Bone Joint Surg. am., apr 2005; 87: 824 - 831.

- 10.-Seung-ho Kim, Kwon-ick Ha, Sang-hyun Kim, and Hee-joon Choi
Results of arthroscopic treatment of superior labral lesions
J. Bone Joint Surg. am., jun 2002; 84: 981 – 985
- 11.-Joseph P.Ianotti Review: Relocation and anterior release tests diagnose shoulder instability in selected patients J. Bone Joint Surg. am., may 2005; 87: 1168
- 12.-Mj Pagnani, Xh Deng, Rf Warren, Pa Torzilli, and Dw Altchek
Effect of lesions of the superior portion of the glenoid labrum on glenohumeral translation
J. Bone Joint Surg. am., jul 1995; 77: 1003 - 1010.
- 13.-De cooper, sp arnoczky, sj o'brien, rf warren, e dicarlo, and aa allen
anatomy, histology, and vascularity of the glenoid labrum. an anatomical study
j. bone joint surg. am., jan 1992; 74: 46 - 52.
- 14.-F. Alan Barber, Larry D. Field, and Richard K.N. Ryu
Biceps tendon and superior labrum injuries: decision-making
J. Bone Joint Surg. am., aug 2007; 89: 1844 - 1855.
- 15.-Test clínico para lesiones del rodete glenoideo superior o slap. Autores Eugene E. Berger , Jerome V. Ciullo. Publicación : clinical journal of sport medicine (8: 121 - 123) 1998 lippincott - raven publishers, philadelphia
- 16.-Autores: J, P localización: radiología: publicación oficial de la sociedad española de radiología médica, issn 0033-8338, vol. 49, nº. 2, 2007 , pags. 63-81
- 17.-Anatomía artroscópica del hombro Descompresión subacromial y reparación del manguito de los rotadores Inestabilidad de hombro Lesiones SLAP y trastornos de la porción larga del bíceps Capsulitis adhesiva Complicaciones de la cirugía artroscópica del hombro Índice alfabético de materias AUTOR : T.A. Blaine. Associate Professor of Orthopaedic Surgery, Columbia University, NY, USA 2000
- 18.-Rehabilitación ortopédica clínica. Protocolo de rehabilitación en lesiones de hombro Capítulo 3 pag 157-218.S. Brent Brotzman, Kevin E. Wilk. Segunda edición