

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume 16

Número
Number 5




Septiembre-Octubre
September-October 2002

Artículo:




Descompresión subacromial de hombro por artroscopía. Resultados a largo plazo con la técnica de Caspari

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

Others sections in
this web site:

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Descompresión subacromial de hombro por artroscopía. Resultados a largo plazo con la técnica de Caspari

Benigno Zenteno Ch,* Sergio Martínez L,** Nicolás Zarur M,*
Enrique Villalobos G,* Santiago Echevarría Z*

Sport Clinic de México

RESUMEN. Se revisaron 20 pacientes con dolor de hombro y diagnóstico de síndrome de pellizcamiento, después de valorar su edad, y grado de dolor, a quienes se les practicó descompresión subacromial con la técnica de Caspari, con un seguimiento promedio de 3 años (rango de 14 meses a 6.3 años). Uno de los incidentes transoperatorios comunes es la infiltración de tejidos adyacentes que confunde las relaciones anatómicas y dificulta la cirugía. Entre las ventajas, está la revisión del hombro para confirmar el diagnóstico, y la posibilidad de resolver el problema durante el mismo procedimiento quirúrgico. El 75% de los pacientes tuvo una evolución excelente.

Palabras clave: hombro, técnica, artroscopía, dolor, evolución.

Uno de los problemas de diagnóstico y tratamiento más importantes para el ortopedista, es el dolor que aqueja al paciente en las zonas del hombro, cuello y miembro torácico. La multitud de estructuras que pueden dar lugar a dolor es confusa y demandante para el médico.

Con el advenimiento de la artroscopía, se nos ha dado un recurso muy importante para corroborar el diagnóstico clínico, en un problema localizado en el hombro, teniendo la opción de resolver el problema al paciente durante el mismo procedimiento.

La mínima invasión del hombro utilizada por la cirugía artroscópica, para realizar una descompresión subacromial, nos ha motivado a continuar el tratamiento y el estudio de esta técnica, para que el paciente que nos refiere que "ya no duerme" por el dolor, tenga un alivio completo postoperatorio.

El objetivo de este trabajo es el de demostrar que la plástia o descompresión subacromial, resuelve la mayoría

SUMMARY. Twenty patients were followed for 3 years (range 14 months to 6.3 years), after subacromial arthroscopic decompression, utilizing the technique described by Caspari. The age of the patients ranged from 22 to 72 with a mean of 49.35 years all operated by the same surgeon. The UCLA reporting system showed an improvement of pain in all the patients except two. The points obtained by 75% of the patients were excellent with this system. And the preoperative pain from a 2 classification improved to 10 in the majority of the patients. The technique indicates a complete and total recovery of the previous symptomatology in these patients, and does not deteriorate with time.

Key words: shoulder, technic, arthroscopy, pain, evolution.

de los síntomas en forma total y permanente en los enfermos con pellizcamiento, proceso doloroso que llega en ocasiones a ser incapacitante, y que se presenta en la mayoría de los pacientes cuando tendrían oportunidad de descansar.

Material y métodos

Fueron revisados 20 pacientes con sintomatología dolorosa en hombro, con diagnóstico clínico de síndrome de pellizcamiento subacromial, según los criterios de Neer.¹⁴ Todos con tratamiento conservador fallido, incluyendo infiltraciones con corticoides y fisioterapia.

A estos pacientes se les realizó cirugía artroscópica subacromial, con técnica descrita por Caspari,⁶ previa revisión glenohumeral de rutina.⁷

Resultados

La edad de los pacientes osciló entre 22 y 72 años con una media de 49.35.

El tiempo de seguimiento postoperatorio fue de 3 años en promedio con un rango de 14 meses a 6.3 años.

Se operaron 17 hombros derechos y tres izquierdos.

En cuanto al tipo de acromion 7 fueron del tipo II, 12 del tipo III, y sólo 1 acromion tipo I.⁴

* Ortopedista, Sport Clinic. World Trade Center, Ciudad de México.

** Ortopedista Centro Internacional de Medicina (CIMA), Chihuahua, Chih.

Dirección para correspondencia:

Dr. Benigno Zenteno Ch. Sport Clinic, Montecito 38, 2º piso, edificio World Trade Center, Col. Nápoles, C.P. 03810.

Con relación a los criterios de Neer,¹⁴ encontramos 6 pacientes en la clasificación II, 14 en el criterio III, y sólo un paciente en clasificación I.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 1 h 13 min.

Las lesiones agregadas encontradas fueron 6 lesiones incompletas longitudinales del tendón de los rotadores externos, 2 completas de los mismos, 2 osteófitos inferiores de clavícula, 1 artrosis glenohumeral, lesiones parciales del labrum 4, lesión parcial del tendón del bíceps 1, bursitis subacromiales hipertróficas 8, artrosis acromioclavicular 1.

Los procedimientos quirúrgicos agregados a las plásticas subacromiales fueron: 1 reparación de rotadores abierta con técnica descrita como "miniopen" y una resección del tercio distal de clavícula por artroscopía.

Se valoró a los pacientes en forma prospectiva con el formato de la Universidad de California en los Ángeles

(UCLA) (Tabla 1), parámetro que ha sido reportado como uno de los más adecuados para la evaluación de este tipo de problemas.^{11,16}

Con relación al dolor preoperatorio evaluado con esta clasificación, el promedio fue de 2.3 puntos, evolucionando a un promedio postoperatorio de 9.3. Sólo 2 pacientes persistieron con el dolor que presentaban antes de la cirugía.

El promedio global de la clasificación de UCLA fue de 33.

17 de los pacientes mostraron un promedio excelente y bueno, superior a los 33 puntos de UCLA (85%), 15 con promedio excelente de 35 puntos.

Quince pacientes (75%) con promedio de dolor 1-2 de UCLA, mejoraron a una puntuación de 9.2 después de la cirugía.

Los dos casos en que no mejoró el dolor, uno era un paciente con clasificación III de Neer, con una lesión múltiple irreparable de los tendones rotadores, y la otra era una paciente de 45 años, a quien después de un accidente automovilístico, con policontusiones, se le realizó cirugía de ambas rodillas, y artroscopía del hombro contralateral por otro colega, refiriendo continuar con sintomatología en todas estas articulaciones, pelvis, columna lumbar y cervical y tobillo.

Discusión

Desde los años ochenta, Ellman, Esch, y Norlin^{7-9,15} reportaron los primeros artículos de abrasión subacromial por artroscopía, y comentaban la superioridad de este procedimiento hecho con una mínima invasión sobre la técnica abierta. En nuestro trabajo hemos comprobado que la abrasión subacromial por artroscopía, es un procedimiento sencillo, con mínima molestia para el paciente, y que sus resultados a largo plazo no se deterioran con el tiempo.

Ellman⁷ comentaba en sus artículos iniciales que era una técnica difícil, con complicaciones posibles, lo cual es probable si no es realizada correctamente en el paciente adecuado.^{1,3,5,19,26}

Creemos que la curva de aprendizaje es mayor que en la artroscopía de rodilla, siendo nuestro mayor incidente en forma inicial, la infiltración de los tejidos adyacentes a la articulación glenohumeral y al espacio subacromial.

Pero con la presencia actual de bombas de infusión, más la mejoría de la anestesia con hipotensión,¹³ se minimiza la infiltración de los tejidos, causante de desorientación y dificultad para continuar el procedimiento artroscópico.

Por otra parte, la técnica descrita por Caspari,⁶ sin utilizar un cauterio en la cirugía, disminuye la necesidad de mayor cantidad de instrumental en nuestro campo quirúrgico, e igualmente dicha técnica nos contesta la interrogante frecuente de qué tanto acromion se requiere resear.²¹

Una de las grandes ventajas del procedimiento, es poder revisar la articulación glenohumeral como parte del procedimiento, y así descartar o confirmar nuestros diagnósticos clínicos y de gabinete, y en ese preciso momento poder realizar la reconstrucción o reparación necesaria.⁸

Tabla 1. Clasificación de la Universidad de California en los Angeles (UCLA).

Dolor	
1. Presente siempre e insoportable; con medicación "fuerte" en forma frecuente.	
2. Dolor siempre presente pero soportable con medicación "fuerte" ocasional.	
4. Ninguno o poco dolor al reposo, presente durante las actividades ligeras, y salicilatos frecuentemente.	
6. Dolor presente sólo en actividades "pesadas" o particulares. Salicilatos ocasionalmente.	
8. Dolor ocasional y ligero.	
10. Ningún dolor.	
Función	
1. Incapaz de usar la extremidad.	
2. Función en actividades "ligeras".	
4. Capaz de hacer trabajo ligero de casa o actividades de la vida diaria.	
6. Trabajo de casa, compras, y si es posible manejar; capaz de peinarse y vestirse y desvestirse incluyendo el ponerse el brassiere.	
8. Sólo ligera restricción. Capaz de trabajar a nivel superior del hombro.	
10. Actividades normales.	
Flexión activa ventral	
5. Mayor de 150 grados	
4. 120 a 150 grados	
3. 90 a 120 grados	
2. 45 a 90 grados	
1. 30 a 45 grados	
0. Menor de 30 grados.	
Fuerza en flexión anterior	
5. Normal o grado 5.	
4. Bueno o grado 4	
3. Regular o grado 3	
2. Pobre o grado 2	
1. Contractura muscular perceptible	
0. No percepción de contractura.	
Satisfacción del paciente	
5. Satisfecho y mejor	
0. Insatisfecho y peor que antes de la cirugía.	
Excelente	34 a 35 puntos
Bueno	28 a 33
Regular	21 a 27
Malo	0 a 20

La simple resección bursal, será un factor importante para que mejore la sintomatología del paciente, como ha sido demostrado por los trabajos de Soifer, Levy y cols,²⁴ hipertrofia que a veces es el primer obstáculo para una visualización adecuada de este espacio.

En cuanto al dolor, se ha demostrado que en la mayoría de los pacientes que sufrían dolores constantes, insoportables, e inclusive nocturnos, desapareció su sintomatología con la cirugía, y se mantuvo este resultado con el paso del tiempo, lo cual está acorde con los reportes de Roy, Ellman, Speer, Ryu.^{7,8,20,25}

Se han publicado artículos acerca de la relación del grado de lesión del tendón de los rotadores externos con tratamiento artroscópico,^{9,12,17,18} estamos de acuerdo con Zvijac,²⁷ y Ryu,²⁰ en que la plastía subacromial por sí sola no es suficiente para tratar una lesión de rotadores completa no longitudinal. Es necesario realizar una reparación, ya sea artroscópica o abierta para esperar buenos resultados a largo plazo.²² De aquí que el cambio del artroscopio durante el procedimiento quirúrgico propuesto por Caspari,⁶ del portal posterior al lateral, disminuya la posibilidad de tener una falsa negativa, en relación a la presencia de una lesión y/o al grado de la misma en estos tendones.²³

Nuestros pacientes con lesión acromioclavicular fueron pocos, pero a pesar de ser controversial,¹⁰ nuestro pensamiento está a favor de los resultados de Alan Barber,² y creemos que la realización de cirugía en la articulación acromioclavicular con su indicación correcta, no afecta los resultados a largo plazo de la plastía subacromial, y por nuestra parte siempre buscamos la eliminación de algún osteófito clavicular inferior, para evitar pellizcamiento adicional de esta estructura en el futuro.

En resumen, consideramos que en enfermos con sintomatología de pellizcamiento en hombro en quienes el tratamiento conservador ha fallado, el procedimiento quirúrgico artroscópico de plastía subacromial descrito por Caspari, es una técnica que resuelve la mayoría de la sintomatología del paciente en forma total, tiene pocas complicaciones y los resultados no se deterioran con el tiempo.

Bibliografía

1. Anderson K, Bowen M. Spur reformation after acromioplasty. *Arthroscopy* 1999; 15(7): 788-791.
2. Barber FA. Coplaning of the acromioclavicular joint. *Arthroscopy* 2001; 17(9): 913-917.
3. Berg EE, Ciullo JV, Oglesby JW. Failure of arthroscopic decompression by subacromial heterotopic ossification causing recurrent impingement. *Arthroscopy* 1994; 10(2): 158-61.
4. Bigliani LU, Morrison DS, April EW. The morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. *Orthop Trans* 1986; 10: 228.
5. Bonsell S. Detached deltoid during arthroscopic subacromial decompression. *Arthroscopy* 2000; 16(7): 745-748.
6. Caspari RB, Thal R. A technique for arthroscopic subacromial decompression. *Arthroscopy* 1992; 8(1): 23-30.
7. Ellman H, Harris E, Kay SP. Early degenerative joint disease simulating impingement syndrome: arthroscopic findings. *Arthroscopy* 1992; 8(4): 482-7.
8. Ellman H. Arthroscopic subacromial decompression: analysis of one-to-three-year results. *Arthroscopy* 1987; 3(3): 173-81.
9. Esch J, Ozerkis LR, Helgager JA, et al. Arthroscopic subacromial decompression: results according to the degree of rotator cuff tear. *Arthroscopy* 1988; 4(4): 241-9.
10. Fischer BW, Gross MR, Mc Carthy JA, et al. Incidence of acromioclavicular joint complications after arthroscopic subacromial decompression. *Arthroscopy* 1999; 15(3): 241-248.
11. Kirkley A, Litchfield RB, Jackowski DM, et al. The use of the impingement test as a predictor of outcome following subacromial decompression for rotator cuff tendinosis. *Arthroscopy* 2002; 18(1): 8-15.
12. Levy HJ, Gardner RD, Lemak LJ. Arthroscopic subacromial decompression in the treatment of full thickness rotator cuff tears. *Arthroscopy* 1991; 7(1): 8-13.
13. Morrison DS, Schaefer RK, Friedman RL. The relationship between subacromial space pressure, and visual clarity during arthroscopic subacromial decompression. *Arthroscopy* 1995; 11(5): 557-60.
14. Neer CSII. Impingements lesions. *Clin Orthop* 1983; 173: 70.
15. Norlin R. Arthroscopic subacromial decompression versus open acromioplasty. *Arthroscopy* 1989; 5(4): 321-3.
16. O'Connor DA, Chipchase LS, Tomlinson J, et al. Arthroscopic subacromial decompression: responsiveness of disease-specific and health-related quality of life outcome measures. *Arthroscopy* 1999; 15(8): 836-840.
17. Olsewski JM, Depew AD. Arthroscopic subacromial decompression and rotator cuff debridement for stage II and stage III impingement. *Arthroscopy* 1994; 10 (1): 61-8.
18. Roye RP, Grana WA, Yates CK. Arthroscopic subacromial decompression: a two-to-seven-year follow up. *Arthroscopy* 1995; 11(3): 301-6.
19. Rupp S, Seil R, Kohn DM. Surgical reconstruction of a stress fracture of the acromion after arthroscopic subacromial decompression in an elite tennis player. *Arthroscopy* 1998; 14(1): 106-8.
20. Ryu RK. Arthroscopic subacromial decompression: a clinical review. *Arthroscopy* 1992; 8(2): 141-7.
21. Sampson TG, Nisbet JK, Glick JM. Precision acromioplasty in arthroscopic subacromial decompression of the shoulder. *Arthroscopy* 1991; 7(3): 301-7.
22. Shimmers TJ, Noordsij PG, Orwin JF. Arthroscopically assisted mini-open rotator cuff repair. *Arthroscopy* 2002; 18(1): 21-26.
23. Snyder SJ, Pachelli AF, Pizzo Del, et al. Partial thickness rotator cuff tears: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy* 1991; 7(1): 1-7.
24. Soifer TB, Levy HJ, Soifer FM. Neurohistology of the subacromial space. *Arthroscopy* 1996; 12(2): 182-6.
25. Speer KP, Lohnes J, Garret WE. Arthroscopic subacromial decompression: results in advanced impingement syndrome. *Arthroscopy* 1991; 7(3): 291-6.
26. Wright RW, Heller MA, Quick DC, et al. Arthroscopic decompression of impingement syndrome secondary to an unstable of acromiale. *Arthroscopy* 2000; 16(6): 595-9.
27. Zvijac JE, Levy HJ, Lemak. Arthroscopic subacromial decompression in the treatment of full thickness rotator cuff tears: a 3-to-6-year follow-up. *Arthroscopy* 1994; 10(5): 518-23.