

Enganche de agujas. Una técnica sencilla para la reparación “lado a lado” del manguito rotador

Arturo Almazán,* Clemente Ibarra*

INTRODUCCIÓN

La técnica para la reparación artroscópica del manguito rotador (MR) depende de la morfología de la lesión. Las lesiones en "U" o en "L" se reparan bajo el concepto de

'Convergencia de márgenes' descrito por Burkhart; el cual no es otra cosa que el cierre "lado a lado" de los bordes de la lesión. Hay dos técnicas artroscópicas para realizar este cierre "lado a lado": 1) La técnica de dos pasos en la que se utiliza instrumental especial para pasar la sutura a través de los márgenes de la lesión en dos movimientos y 2) La técnica de un solo paso en la cual se pasa la sutura con algún instrumento a través de ambos lados de la lesión con un solo movimiento. La técnica de dos pasos requiere de mayor habilidad, ya que se tienen que hacer dos movimientos para pasar la sutura. En cambio, la técnica de un paso es relativamente más fácil, pero implica ciertos requisitos: que los bordes de la lesión estén alineados y que los portales se encuentren en el mismo plano de orientación que la ruptura del MR para que en un solo movimiento se pueda pasar la sutura a través de ambos lados de la lesión.

A continuación describimos una técnica artroscópica de dos pasos para la sutura "lado a lado" de las lesiones del MR.

Objetivos:

- a) Presentar una técnica artroscópica para la reparación de las lesiones del mango rotador.
- b) Analizar sus ventajas y limitaciones.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El manejo anestésico incluye bloqueo interescalénico y sedación. Para el tratamiento de la patología subacromial preferimos ubicar al paciente en posición de silla de playa y antes de colocar los campos estériles realizamos una exploración bajo anes-

* Médico adscrito al Servicio de Ortopedia del Deporte y Artroscopia del Instituto Nacional de Rehabilitación SA.

Dirección para correspondencia:

Arturo Almazán.

Instituto Nacional de Ortopedia. Calzada México-Xochimilco Núm. 298 Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan. Correo electrónico: arturo@mirodilla.com

Tomado y traducido de: Almazán A. Engaging needles: A simple technique for arthroscopic side-to-side rotator cuff repair. *Arthroscopy* 2006;22:456.e1-456.e3

tesia en forma bilateral. Iniciamos el procedimiento quirúrgico con la evaluación arroscópica de la articulación glenohumeral y en caso necesario realizamos el tratamiento de la patología concomitante. Posteriormente realizamos un portal lateral para la evaluación del espacio subacromial. En caso de ser necesaria una acromioplastia o la resección del extremo distal de la clavícula, se realizan antes de iniciar la reparación del MR. Es necesario al igual que las demás técnicas de reparación, que el MR se encuentre móvil para que la reparación se realice sin tensión. Para realizar esta técnica se requiere de un *Suture Lasso de 45°* (*Arthrex*) y alguno de los siguientes instrumentos: Aguja espinal 17 F, *Banana Lasso* o *un Micro Lasso* (*Figura 1*).

Con el artroscopio en el portal lateral y cánulas en los portales posterior y anterior se introduce el Suture Lasso de 45° a través del portal y borde posterior de la lesión, a través del portal anterior o de una punción en la piel se introduce cualquiera de los otros instrumentos mencionados y se toma el borde anterior de la lesión. Ya con ambos instrumentos colocados a través de los bordes de la lesión (*Figura 2A*), sus puntas se hacen coincidir y engancharse (*Figura 2B*). Ya enganchados pasamos un PDS No. 1 del instrumento de menor diámetro al de mayor. Una vez que la sutura pasa a través de ambos instrumentos, éstos se retiran dejando la sutura colocada a través de los bordes de la lesión. En caso de que se prefiera colocar sutura no absorbible se puede utilizar el PDS ya colocado como *pasa-suturas* amarrándolo a la sutura que se va a utilizar. Otras opciones incluyen un *FiberStick* (*Arthrex*) o un *Shuttle Relay* (*Linvatec*). Una vez colocadas las suturas, se recaban por cualquier portal y se anudan utilizando el nudo de su preferencia. Se pueden poner cuantas suturas sean necesarias para cerrar la lesión del MR.

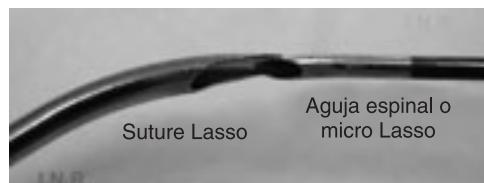


Figura 1. Instrumental necesario y maniobra de ‘enganche’.

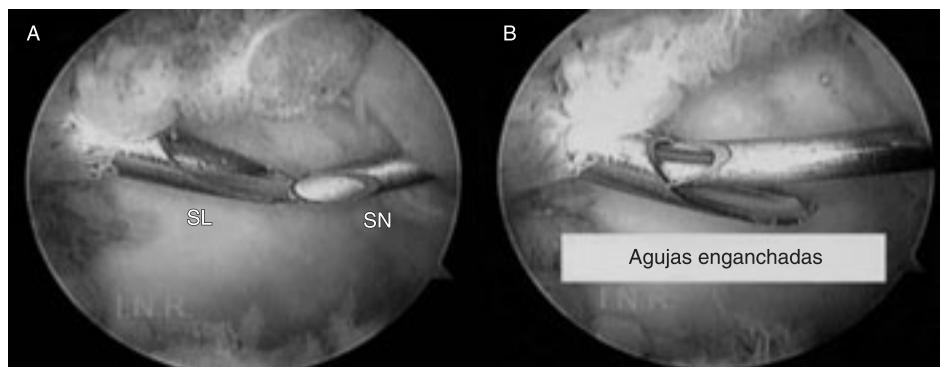


Figura 2. Vista artroscópica del procedimiento. A) Instrumentos a través de los bordes de la lesión, B) Instrumentos enganchados. SL: Suture Lasso 45°, SN: Aguja espinal.

DISCUSIÓN

La técnica descrita es una variante de las de dos pasos, se basa en enganchar la punta de los instrumentos y debido a que éstos tienen diferente diámetro, la maniobra de enganche es muy sencilla. Además ofrece varias ventajas: 1) Es totalmente artroscópica, 2) Se puede visualizar completamente el procedimiento con el artroscopio colocado en el portal lateral, 3) No se necesita que los portales estén alineados ya que uno de los instrumentos es muy delgado y se puede introducir directamente a través de una punción en la piel en el sitio más adecuado, 4) Se puede utilizar cualquier tipo de sutura.

La reparación artroscópica del MR es un procedimiento técnicamente demandante, además de habilidad se requieren instrumentos especiales, los cuales no siempre están disponibles. El cirujano artroscopista debe de ser capaz de dominar varias técnicas de paso de suturas para suturar de manera adecuada las lesiones del MR. Esta técnica es particularmente útil en aquellas lesiones grandes en las cuales al menos el primer punto debe de ser manejado con una técnica de dos pasos.

