

Autoevaluación sobre síndrome subacromial

1. El mango de los rotadores del hombro está integrado por los siguientes tendones, EXCEPTO:
 - a) Supraespinoso
 - b) Infraespinoso
 - c) Serrato mayor
 - d) Redondo mayor
 - e) Subescapular

2. Según Bigliani, el acromion tipo III se caracteriza por ser:
 - a) Plano
 - b) Ganchoso
 - c) Curvo
 - d) Estrecho
 - e) Rugoso

3. La prueba clínica Lift off sirve para identificar una lesión:
 - a) De la porción larga del bíceps
 - b) Del infraespinoso
 - c) Del supraespinoso
 - d) Del redondo mayor
 - e) Del subescapular

4. El diagnóstico diferencial del síndrome de pinzamiento subacromial debe establecerse con los siguientes padecimientos, EXCEPTO:
 - a) Bursitis subescapular
 - b) Lesión de la porción larga del bíceps
 - c) Capsulitis adhesiva
 - d) Artrosis acromioclavicular
 - e) Lesión de SLAP

5. El estudio artrográfico con resonancia magnética, aplicando secuencias T1 es de gran ayuda para detectar:
 - a) Desgarros parciales del supraespinoso
 - b) Cambios intrínsecos de los tendones del mango rotador
 - c) Procesos degenerativos en los músculos
 - d) Quistes o pseudoquistes óseos
 - e) Osteófitos

6. La importancia de la bursa subacromial en artroscopia radica en los siguientes aspectos, EXCEPTO:
- a) Es un excelente medio refringente para explorar las estructuras del hombro
 - b) Permite revisar el ligamento coracoacromial para buscar datos de pinzamiento
 - c) Facilita la evaluación de los tendones del mango rotador del hombro
 - d) A través de ella se puede reparar con mayor facilidad el mango rotador
 - e) Sólo es útil para hacer la exploración, después debe retirarse
7. El estadio II del síndrome de pinzamiento subacromial, según Neer, se caracteriza por:
- a) Fibrosis y tendinitis irreversible
 - b) Cambios reversibles en el espacio subacromial caracterizados por edema y hemorragia
 - c) Neoformación ósea y ruptura de los tendones del mango rotador
 - d) Presencia de un osteófito bajo el acromion
 - e) Exclusivamente bursitis
8. El grosor del hueso a reseca en la acromioplastía se determina:
- a) Por el tipo de acromion
 - b) Es mejor resecarlo todo
 - c) Con referencia al diámetro de la fresa
 - d) Por la visibilidad que permite
 - e) Con base al deslizamiento del subescapular
9. Se recomienda delimitar la extensión de la acromioplastía:
- a) Con base en mediciones sobre la resonancia magnética
 - b) Con referencia a una línea perpendicular al borde lateral del acromion
 - c) De acuerdo al grado de pinzamiento
 - d) Sólo hasta la base del ligamento coracoacromial
 - e) Hasta su borde posterior
10. En lesiones extensas del mango rotador la meta debe ser reparar y cubrir por lo menos:
- a) 10% de la lesión
 - b) 30% de la lesión
 - c) 60% de la lesión
 - d) 80% de la lesión
 - e) 100% de la lesión

11. En las lesiones del MR, cuando no es posible cubrir el mínimo necesario y no existe lesión degenerativa del cartílago de la cabeza humeral, se debe proceder a:
- a) Insertar anclas metálicas para su reparación
 - b) Legrar la zona de inserción e inmovilizar el hombro
 - c) Reparar el ligamento coracoacromial para colocar una prótesis
 - d) Tenodesis del subescapular a la tuberosidad mayor
 - e) Efectuar una reparación en doble hilera
12. El síndrome de pinzamiento subacromial en atletas lanzadores obedece a:
- a) Un proceso artrósico de la articulación acromioclavicular
 - b) Una bursitis aguda
 - c) Un desgarro del supraespinoso
 - d) Una inflamación del mango rotador por sobreuso
 - e) Una inestabilidad glenohumeral
13. El tratamiento del síndrome de pinzamiento subacromial en atletas lanzadores debe ser básicamente:
- a) Antiinflamatorios y fisioterapia
 - b) Por infiltraciones seriadas de analgésicos y esteroides
 - c) Preferentemente por vía artroscópica
 - d) Siempre en forma abierta
 - e) Mediante inmovilización
14. Es un requisito de la técnica artroscópica de un paso para reparar una lesión del mango rotador:
- a) Bordes de la lesión alineados y portales al mismo nivel
 - b) Contar con el equipo especial para tal fin
 - c) Tener la habilidad para hacerlo todo en un solo paso
 - d) Que el desgarro tenga bordes nítidos y sin deshilachamientos
 - e) Que el desgarro no tenga más de 36 h
15. Entre los inconvenientes que se pueden presentar en la reparación de las lesiones del mango rotador con anclajes en doble fila, se menciona:
- a) El costo de los dispositivos
 - b) La posibilidad de desanclaje de la fila lateral
 - c) Mayor proceso isquémico sobre los tendones
 - d) Rigidez articular residual
 - e) Un incremento en el riesgo de infección

SUGERENCIAS A INVESTIGAR

1. ¿Qué proporción de los pacientes con datos clínicos de pinzamiento subacromial presentan además ruptura del mango rotador?
2. ¿En qué grupos de edad es más frecuente la ruptura degenerativa del mango rotador?
3. ¿Qué riesgo tienen los pacientes sometidos a bursectomía pura para desarrollar un síndrome subacromial y una ruptura del mango rotador y en qué tiempo promedio?
4. ¿Qué complicaciones se presentan al resecar el ligamento coracoacromial?
5. ¿Qué porcentaje de pacientes y en qué tiempo puede recidivar la sintomatología dolorosa cuando no se hace acromioplastía? (se sugiere un estudio comparativo)
6. ¿Cuáles son los efectos clínicos del anclaje en doble hilera contra el anclaje simple a largo plazo?

