

**ORTOPEDIA****LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR**

Adriana Delgado Gamboa\*  
Jorge Fajardo Moya\*\*

**SUMMARY**

**A review is presented of rotator cuff injuries, mainly partial and total tears, its etiology, examination and treatment indications. Currently these pathologies are more frequently diagnosed due to the types of work and lifestyle of each person, unlike previous times which was mainly in elderly people.**

**INTRODUCCION**

El hombro soporta y fija la extremidad superior y sirve de fulcro para elevar el brazo. Se encuentra compuesto por tres huesos y cuatro articulaciones

que en conjunto con el manguito rotador permiten su funcionalidad completa. El manguito rotador está compuesto por cuatro músculos que se originan en la escápula y se insertan en la tuberosidad humeral: supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor, todos ellos cumplen con la función de rotación externa a excepción del m. subescapular el cual ayuda a la rotación interna.<sup>(6)</sup> Hay diversas lesiones del manguito rotador siendo las principales las roturas parciales y completas; las cuales ocurren con mayor frecuencia en mayores de 50 años<sup>(7)</sup>; no obstante, se han

vuelto muy comunes en gente joven debido a sus labores, asociadas a acciones repetitivas por encima del hombro o también por ejercicios realizados como levantamiento de pesas, baseball, entre otros<sup>(3,6)</sup>. Siempre se debe pensar en distintos diagnósticos diferenciales así como tendinitis, bursitis, osteoartrosis, capsulitis adhesiva, entre otros<sup>(4)</sup>.

**ETIOLOGIA**

La etiología de las roturas del manguito rotador ha sido descrita extensamente en distintos estudios determinando dos tipos de factores los extrínsecos e

\* Médico General - UCIMED

\*\* Médico General - UCIMED

intrínsecos<sup>(6,8)</sup>.

- Extrínsecos:

Se presentan más comúnmente en adultos jóvenes. Pueden ser primarios por estrechamiento anatómico del desfiladero del supraespinoso, entre estos se incluyen traumáticos o inflamatorios. También pueden ser secundarios a consecuencia de inestabilidad en la articulación glenohumeral<sup>(8)</sup>.

- Intrínsecos o degenerativos:

Actúan dentro del tendón originando degeneración primaria del mismo. Se presentan más comúnmente en adultos mayores debido a la vascularización, tendinitis calcificada, radiculopatías, etc<sup>(8)</sup>.

## CUADRO CLINICO Y EXAMEN FISICO

En las fases iniciales las roturas suelen ser asintomáticas y pueden pasar desapercibidas<sup>(9)</sup>. Cuando se presentan clínicamente, el síntoma más frecuentes será dolor en la cara anterior, lateral y superior del hombro que agrava con ejercicios por encima del hombro y es de predominio nocturno<sup>(6,9)</sup>. También presentará debilidad y limitación en los arcos de movimiento<sup>(3,8)</sup>. Para la exploración del hombro en lesiones del manguito rotador, se han descrito varias maniobras

o signos que permiten examinar cada músculo por separado teniendo así un diagnóstico más claro. Para el m. Supraespinoso que es el más comúnmente lesionado se encuentra el signo de Neer, maniobra de Yokum, maniobra de Jobe y maniobra de Hawkins. El m. Infraespinoso se puede explorar con la maniobra de Patte y el m. Subescapular se explora con prueba de Gerber o la prueba de presión del abdomen<sup>(3,4,6,8,9)</sup>.

## TRATAMIENTO

No todo manguito rotador debe ser intervenido, la mayoría puede ser tratado de manera conservadora iniciando con antiinflamatorios, infiltraciones esteroideas y fisioterapia. Si el tratamiento conservador fracasara se puede empezar a pensar en otras alternativas<sup>(2)</sup>. Por ejemplo en la tendinitis calcificada del hombro se ha demostrado que la cirugía artroscópica tiene un resultado satisfactorio en un alto porcentaje<sup>(1)</sup>, en roturas parciales de más de 7mm usualmente se prefiere completar la rotura para realizar una reparación in situ teniendo un resultado efectivo<sup>(5)</sup>. Algunas de las indicaciones para tratamiento quirúrgico es el dolor crónico por más de 6 meses con fallo de tratamiento conservador y aumento intenso del dolor con un mínimo de 3 meses de

tratamiento conservador<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSIONES

Las lesiones del manguito rotador es una patología que cada vez se encuentra con mayor frecuencia y que siempre se debe tener en mente en casos de dolor de hombro. Su principal síntoma es el dolor acompañado de debilidad y limitación de movimiento. Se debe considerar si puede ser tratado de manera conservadora, preferiblemente, o si es de tratamiento quirúrgico.

## RESUMEN

Se presenta una revisión de las lesiones del manguito rotador, principalmente roturas parciales y totales, su etiología, exploración e indicaciones del tratamiento. Actualmente estas patologías son diagnosticadas más frecuentemente debido a los tipos de trabajo y estilos de vida de cada persona, a diferencia de tiempos anteriores en los que principalmente se encontraba en personas de edad avanzada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barrera Cardenas JL, Campa Rodriguez A, Vallina García-Prendes V. Resultados del tratamiento artroscópico de las tendinitis calcificantes del manguito de los rotadores del hombro. Revista española de Cirugía Ortopédica y

- Traumatología, 2010; 54(2) p.100-105
2. Beaudreuil J, Dhénain M, Coudane H, Mlika-Cabanne N. Clinical practice guidelines for the surgical management of rotator cuff tears in adults. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research* 2010; Vol. 96: p.175-179
  3. Economopoulos K, Brockmeier S. Rotator Cuff Tears in Overhead Athletes. *Clin Sports Med* 31 2012; p.675-692
  4. Jain N, Wilcox III R, Katz J, Higgins L. Clinical Examination of the Rotator Cuff. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, Jan 2013; Vol. 5: p.45-56
  5. Jarrett C, Schmidt C. Arthroscopic Treatment of Rotator Cuff Disease. *J Hand Surgery* 2011; 36A: p.1541-1552
  6. Leyes M, Forriol F. La Rotura del Manguito Rotador: etiología, exploración y tratamiento. *Trauma Fund MAPFRE* (2012) Vol 23 Supl 1: 39-56
  7. López Espinosa O, Pérez Solares A, Mejía Rohenes LC. Descripción del tipo de lesiones del manguito rotador más frecuentes en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13(4): p.173-176
  8. Sánchez Sánchez F, Llinares Clausi B, Cruz Gisbert J. Patología del Manguito de los Rotadores en el Ambiente Laboral. Universidad de Barcelona, Master Universitario en Medicina Evaluadora. Ed. 2006-2007, p. 1-21
  9. Soler Romagosa, F. Roturas Parciales del Manguito Rotador. *Trauma Fund MAPFRE* (2012) Vol 23 Supl 1:57-63
  10. Toro-Saelzer F, Meleán-Quiroga P, Ruiz-Jiménez F, Moraga-Huerta C, González-Forétic F. Ruptura del Manguito Rotador: Correlación de hallazgos ultrasonográficos y artroscópicos. *Acta Ortopédica Mexicana* 2011; 25(3): May-Jun, p.146-150