

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
Código de registro: 05/30/05/107/50/05/FO
05/30/05/107/50/05/FO
05/30/05/107/50/05/FO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
División de postgrado y Educación continúa
Caja Nacional de Salud

Introducción Pag. 1
 Justificación Pag. 3
 Identificación del problema Pag. 3
 Objetivos Pag. 3
 Marco Teórico Pag. 4
 Diseño Metodológico Pag. 38
 Título de estudio Pag. 38
 Ubicación Pag. 38

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
 DEL SINDROME DE
 PINZAMIENTO SUBACROMIAL**

Contenido de exclusión Pag. 38
 Instrumento de recolección Pag. 39
 Resultados Pag. 39
 Conclusiones Pag. 41
 Bibliografía Pag. 42
 Anexos

Dr. Rene Vargas M.
 TRAUMATOLOGO
 V-424 - CNS

Autor: Dr. David Jesús Quiroz Vera
 Residente II de traumatología y ortopedia
Tutor: Dr. Rene Vargas Mercado
 Traumatólogo Ortopedista CNS

Dr. ARZOB OMONTI
 ORTOPEDISTA
 0-113

INDICE:

INTRODUCCIÓN:

Se conoce como *síndrome subacromial* al conjunto de signos y síntomas relacionados

Introducción .-	Pag. 1
Justificación.-	Pag. 3
Identificación del problema.-	Pag. 3
Objetivos	Pag. 3
Marco Teórico-	Pag. 4
Diseño Metodológico	Pag. 38
Tipo de estudio	Pag. 38
Universo.-	Pag. 38
Criterios de inclusión.-	Pag. 38
Criterios de exclusión	Pag. 38
Instrumento de recolección de datos.-	Pag. 39
Resultados	Pag. 39
Discusión -	Pag. 40
Conclusiones	Pag. 41
Bibliografía.-	Pag. 42

Anexos como causa de esta patología subacromial los microtraumatismos repetidos y la inflamación del supraespinoso, provocando bursitis subdeltoidea por compresión del tendón y la bolsa contra todo el acromion durante la abducción intermedia del brazo. Por ello recomendó la acromiectomy completa, radical o lateral como técnica quirúrgica para el tratamiento de este proceso. Hitchcock y Bechtol consideraban como impediendo al tendón de la porción larga del bíceps proponiendo pues su tenodesis. Neer por el contrario pensó que tanto el roce como la tendinitis del bíceps eran un problema secundario, observando que la mayoría de las roturas e inflamaciones se localizan a la altura del tercio anterior del acromion, la articulación acromioclavicular y apófisis coronoides ya que la mayoría de la movilidad del hombro se realiza en extensión y no en abducción. Por todo esto Neer y Mirberry informaron que como resultado de la acromiectomy lateral sólo se debilita el deltoides y proponen la acromioplastia anterior con el objetivo de crear más espacio entre el

INTRODUCCIÓN:

Se conoce como *síndrome subacromial* al conjunto de signos y síntomas relacionados con el dolor crónico de hombro, más severo con la movilización y durante el decúbito supino o lateral sobre el lado afectado, con pérdida del arco de movilidad activa del hombro. Neer estableció una distinción en cuanto a la patogenia de estos procesos. El "impingement" **primario** puede deberse a un estrechamiento mecánico del espacio de salida del músculo supraespinoso, a cambios congénitos en la forma del acromion, en especial de su margen anterior (fig. 1), a osteofitos inferiores de la articulación acromioclavicular y a traumatismos con fractura de acromion, coracoides y/o troquíter. El "impingement" **secundario** o síndrome subacromial propiamente dicho se debe a un incremento de tamaño de las formaciones anatómicas que ocupan el espacio subacromial con un estrechamiento relativo del mismo por una calcificación o tendinitis del manguito rotador, una bursitis crónica o una elevación postraumática del troquíter.

Keyl considera como factor esencial el déficit de la musculatura depresora de la cabeza humeral frente a la acción elevadora del deltoídes que impactaría la cabeza humeral sobre el acromion. Como resultado de estas hipótesis patogénicas varias técnicas quirúrgicas han sido empleadas en el pasado. Basándose en estudios clínicos y en autopsias de cadáveres, Codman propuso como causa de esta patología subacromial los microtraumatismos repetidos y la inflamación del supraespinoso, provocando bursitis subdeltoidea por compresión del tendón y la bolsa contra todo el acromion durante la abducción intermedia del brazo. Por ello recomendó la acromiectomía completa, radical o lateral como técnica quirúrgica para el tratamiento de este proceso. Hitchcock y Bechtol consideraban como implicado al tendón de la porción larga del bíceps proponiendo pues su tenodesis. Neer por el contrario pensó que tanto el roce como la tendinitis del bíceps eran un problema secundario, observando que la mayoría de las roturas e inflamaciones se localizan a la altura del tercio anterior del acromion, la articulación acromioclavicular y apófisis coronoides ya que la mayoría de la movilidad del hombro se realiza en antepulsión y no en abducción. Por todo esto Neer y Marberry informaron que como resultado de la acromiectomía lateral sólo se debilita el deltoídes y proponen la acromioplastia anterior con el objetivo de crear más espacio entre el

acromion anterior, el ligamento córacoadromial y la articulación acromioclavicular para el tendón del supraespinoso. El tamaño de los desgarros del manguito aumentan con la edad.

Los estudios inmunológicos han aclarado mucho de estos hallazgos, las características del colágeno cambia y el tipo III fibrovascular sustituye al tipo II del fibrocartilago como demostración de un intento de reparar micro roturas en la zona de inserción distal del manguito. Se detectó antígeno LA-A1 con mayor frecuencia en pacientes con calcificaciones tendinosas, ¿existe pues una redistribución genética? En el tendón del supraespinoso existe una zona detectada en estudios en cadáver y Doppler-láser con circulación precaria, a un centímetro de su inserción distal, es donde aparecen las alteraciones degenerativas.

Codman planteó la hipótesis de la transformación fibrocartilaginosa desencadenada por la hipoxia. Nevasier observó como la rotura del manguito se asocia con frecuencia, en pacientes de más de 40 años a luxaciones traumáticas previas. Atletas como lanzadores presentan con frecuencia elevada síndrome subacromial. Se piensa que la inestabilidad es el problema primario y la tendinitis del manguito un fenómeno secundario. Las teorías de Neer del roce subacromial sobre el tercio anterior de la cara inferior del acromion, la cara inferior de la articulación acromioclavicular, el ligamento córacoadromial y la propia coracoides así como el hecho reconocido de que el 70% de las lesiones del supraespinoso asientan sobre hombros con acromion ganchoso (tipo III de la clasificación de Morrison-Bigliani) Son estos los datos que refuerzan el posible origen mecánico de esta patología.

En cuanto a los criterios diagnósticos, además de los hechos radiológicos mencionados como el tipo de acromion la detección de calcificaciones debemos destacar que es la proyección específica para el espacio subacromial la que más información nos puede aportar. De cualquier modo el estudio de partes blandas: ecografía, artrografía y RMN nos puede completar y dar gran información. La artrografía puede confirmar una rotura completa aunque no es útil para la evaluación de los resultados en el postoperatorio, además es una prueba cruenta y hoy en día ha sido superada por métodos incruentos. La RMN presenta una elevada sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las lesiones del manguito, sin embargo la exploración física alcanza una precisión del 81% frente al 59% de RMN y una sensibilidad del 94% frente al 77% de la RMN. La exploración ecográfica del hombro ha demostrado su

• Establecer las indicaciones para el tratamiento quirúrgico del síndrome subacromial

validez en el diagnóstico de la patología de hombro. Dado su bajo coste y accesibilidad elevada es recomendada por muchos médicos para la valoración inicial del hombro doloroso.

• Determinar las complicaciones y secuelas de este procedimiento

JUSTIFICACIÓN:

En nuestro servicio la patología degenerativa de hombro es muy frecuente. La edad de los pacientes afectados con la misma predomina en pacientes mayores, los cuales reciben como alternativas de tratamiento la inmovilización con aparatos ortopédicos o enyesados durante el periodo agudo, fisioterapia y el tratamiento quirúrgico como la acromioplastia anterior abierta, esto dependiendo principalmente del tipo y extensión de la lesión de hombro.

El motivo de realizar el presente trabajo es establecer un protocolo de manejo adecuado y lógico de este tipo de patología ortopédica con las menores complicaciones o secuelas y permitir que el paciente pueda retornar a sus actividades cotidianas lo mas pronto posible preservando la funcionalidad del miembro afectado.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

El síndrome subacromial es una patología frecuente en pacientes mayores existiendo varias modalidades terapéuticas, desde tratamientos incruentos como medicación sistémica, local, fisioterapia, hasta la intervención quirúrgica como la acromioplastia anterior abierta, por lo que es necesario conocer la utilidad que ofrece este tipo de procedimientos para el tratamiento de este síndrome, estudiado en pacientes mayores de 15 años en la caja Nacional de Salud de Enero del 2005 a Diciembre del 2007.

Objetivo General.-

Evaluar la utilidad del tratamiento quirúrgico del síndrome subacromial de hombro a través de la acromioplastia anterior abierta en pacientes mayores de 15 años en la Caja Nacional de salud de Enero del 2005 a Diciembre del 2007.

Objetivos Específicos.

- Describir el manejo quirúrgico del síndrome subacromial
- Identificar el número de pacientes en los que se realizo acromioplastia anterior abierta para el tratamiento del síndrome subacromial.
- Establecer las indicaciones para el tratamiento quirúrgico del síndrome subacromial