

Tratamiento de las lesiones de manguito rotador en deportistas recreacionales por artroscopia mas mini-open

Autores: Dr. Soriano R. Dr. Swiatlo J.

Resumen

La técnica de reparación del manguito rotador artroscopica asociada a un abordaje mini open, es la evolución natural hacia la cirugía mínimamente invasiva en la reparación del manguito rotador.

También permite el diagnóstico y tratamiento de lesiones intrarticulares.

El propósito de este estudio es la evaluación de los resultados con esta técnica artroscopica mas abordaje mini open en las reparaciones del manguito rotador.

Evaluamos retrospectivamente los pacientes operados con esta técnica desde julio 2004 hasta diciembre 2006. Se operaron 50 pacientes (53 hombros)

La edad promedio fue de 49 años (entre 39 y 59 años). El seguimiento promedio fue de 15 meses (entre 3 y 27 meses)

Se evaluaron utilizando el UCLA score en el preoperatorio y a los 3 y 6 meses postoperatorio. Todos los pacientes presentaron menor dolor postoperatorio, mejoraron la función (flexión, abducción y rotaciones) y la fuerza. Se encontraron 30 lesiones pequeñas (56,60 % <1 cm.) y 23 moderadas (43,39 % entre 1 y 3 cm.) en coincidencia con las observadas en la RMN. Los resultados fueron excelentes 41%, 57% buenos y 3% regulares. La técnica artroscopica asistida con abordaje mini-open es una excelente opción a la cirugía convencional a cielo abierto para el tratamiento de lesiones del manguito rotador pequeñas y moderadas. Permite el diagnóstico y tratamiento de patología asociada intrarticular y minimiza la lesión del deltoides disminuyendo el dolor postoperatorio y permitiendo una rehabilitación temprana.

Palabras clave: artroscopia, manguito rotador, mini open.

La técnica de reparación artroscopica del manguito rotador asistida por un abordaje mini open ha sido descrita por varios autores (1,2,3,4) con muy buenos resultados clínicos. El desarrollo de este procedimiento es la evolución natural hacia la cirugía mínimamente invasiva en la reparación del manguito rotador. Ya sea, como técnica quirúrgica habitual o como un proceso transicional a la cirugía completamente artroscopica.

Las ventajas de la técnica artroscopica, como han sido mencionadas en numerosos trabajos (5) son: incisiones cutáneas pequeñas y los resultados estéticos mejores, menor lesión del deltoides y consecuentemente menor dolor postoperatorio. La manipulación del deltoides es diferente en la cirugía a cielo abierto, implica una desinserción parcial del mismo y su posterior reinserción y debe ser protegido hasta su cicatrización para evitar la dehiscencia y la pérdida de movilidad y fuerza. En contraste la técnica artroscopica permite una movilidad activa temprana, ya que no hay desinserción del mismo.

También permite el diagnóstico y tratamiento de lesiones intrarticulares, del tendón del bíceps, de la cápsula articular y de rodete, del cartílago articular y de la cara articular del manguito rotador. Estas lesiones pueden no ser diagnosticadas cuando se utiliza un

abordaje abierto convencional. La técnica artroscopia es mas demandante de la habilidad del cirujano y la curva de aprendizaje es larga (6). Si bien pueden disminuir los costos de internacion ya que puede realizarse e forma ambulatoria, el instrumental necesario es mas caro y consta de numerosos descartables (sistema de lavado y bomba de irrigación, radiofrecuencia, cánulas artroscopicas, puntas de shaver, etc.)

El síndrome de fricción subacromial (7) y las lesiones del manguito rotador pueden ser tratados (8,9,10,11,12) artroscopicamente, sin desinsertar el deltoides o solo con un abordaje mini-open.

El propósito de este estudio es la evaluación de los resultados con esta técnica artroscopica mas abordaje mini open en las reparaciones del manguito rotador.

Método

Evaluamos retrospectivamente los pacientes operados con esta técnica desde julio 2004 hasta diciembre 2006. Se operaron 50 pacientes (53 hombros). Los criterios de inclusión para la realización de la técnica artroscopica + mini open fueron los pacientes con rotura de manguito rotador diagnosticada clínicamente y confirmada con la RMN de hombro donde presentaban lesiones totales y/o parciales pequeñas (menos de 1cm) y medianas (entre 1 y 3 cm.).

La edad promedio fue de 49 años (entre 39 y 59 años). El seguimiento promedio fue de 15 meses (entre 3 y 27 meses)

Hubo 36 hombres y 14 mujeres (una hombre y dos mujeres tuvieron reparación bilateral de manguito rotador).

Afecto al hombro dominante en 29 de los 50 casos.

El mecanismo de la lesión fue variado, ya que todos son deportistas recreacionales, un dolor insidioso del hombro sin antecedentes traumáticos en 22 pacientes (44%) y 28 pacientes (56%) refirieron un traumatismo deportivo.

Se evaluaron utilizando el UCLA score en el preoperatorio y a los 3 meses postoperatorio.

El procedimiento quirúrgico artroscopico se realiza con el paciente en posición de “silla de playa” bajo anestesia general. Se realiza abordaje artroscopico posterior universal y exploración de la articulación glenohumeral evaluándose lesiones asociadas y su tratamiento. Se explora la integridad del manguito rotador desde su cara articular y se libera y moviliza el mismo si es necesario. Luego se aborda, a través del portal lateral, el espacio subacromial y se realiza la bursectomia y la descompresión subacromial con la acromioplastia y la desinsercion del ligamento coracoacromial.

En los casos de artrosis acromio clavicular sintomática se realiza la exéresis de la clavícula distal artroscopica.

La reparación del manguito rotador se realiza ampliando el portal lateral hasta 3 cm., y comienza desde el borde lateral del acromion extendiéndose distalmente, no mas para evitar lesionar el nervio circunflejo. Las fibras de deltoides se divulsionan, no necesitando desinsercion del mismo. Se aborda por esta incisión el troquiter, se toma el borde libre del tendón de supraespinoso y se inserta con arpones de 5 Mm. diámetro doble sutura, en el mismo.

Luego de la cirugía se inmoviliza con un cabestrillo durante 3-4 semanas, a partir de la primer semana comienza con ejercicios de flexo-extensión de codo, entre la segunda y

tercera con ejercicios pendulares y con movimientos de abducción y flexión a partir de la cuarta semana.

Variable	Artroscópico + mini-open
Número de pacientes	50 (53hombros)
Edad (media), en años	49(39-59)
Sexo Masculino	36
Sexo Femenino	14
Dominante:	29/50
Trauma deportivo	28
Sin traumatismo	22

Resultados

Se encontraron 30 lesiones pequeñas (56,60% <1cm) y 23 moderadas (43,39 % entre 1 y 3 cm.) en coincidencia con las observadas en la RMN. Se diagnosticó patología asociada en el 60% de los casos; SLAP tipo I (15 pacientes, 30 %), lesión parcial del bíceps (11 pacientes, 22%), sinovitis (8 pacientes, 16%) y condromalacia del cartílago articular (5 pacientes, 10%).

Todos los pacientes presentaron menor dolor postoperatorio, mejoraron la función (flexión, abducción y rotaciones) y la fuerza. No se presentaron complicaciones. Volvieron a su actividad habitual y deportiva todos los pacientes, excepto una paciente que la exigencia deportiva no le permitió retornar a su nivel previo. El UCLA score resultó excelente en el 41% de los casos, bueno en el 57% y regular en el 3% (fue una sola paciente que a pesar de mejorar la movilidad y la fuerza persistió con dolor)

Discusión

Nuestros resultados con esta técnica son comparables a la bibliografía mundial. Numerosos autores concluyen que es una técnica tan efectiva como la reparación a cielo abierto del manguito rotador (13,14,15,16,17) Tiene menor tiempo de internación, ya que puede realizarse en forma ambulatoria.

El procedimiento artroscópico permite la evaluación de la articulación glenohumeral, el diagnóstico y tratamiento de otras lesiones que a cielo abierto no son observadas. También son claras las ventajas de no desinsertar el deltoides, ya que permite comenzar tempranamente con la rehabilitación y el dolor postoperatorio es mucho menor(18). En el tratamiento de lesiones pequeñas y moderadas con la técnica artroscópica asistida (19,20,21,22,23) con abordaje mini open, los resultados del UCLA score fueron excelentes y buenos, coincidimos con muchos autores que la técnica a cielo abierto debiera ser realizada en las lesiones masivas o con gran retracción (24,25,26)

Conclusiones

La técnica artroscópica asistida con abordaje mini-open es una excelente opción a la cirugía convencional a cielo abierto para el tratamiento de lesiones del manguito rotador pequeñas y moderadas. Permite el diagnóstico y tratamiento de patología asociada

intrarticular y minimiza la lesión del deltoides disminuyendo el dolor postoperatorio y permitiendo una rehabilitación temprana.

Las ventajas de la técnica artroscópica, como han sido mencionadas en numerosos trabajos son: incisiones cutáneas pequeñas y los resultados estéticos mejores, menor lesión del deltoides y consecuentemente menor dolor postoperatorio

Bibliografía

- 1- Yamaguchi K. Mini-open rotator cuff repair: an update perspective. Instr Course Lect 2001; 50: 53-61
- 2- Theodore J. Shinnars, M.D. Peter G. Noordsij, M.D. John F. Orwin, M.D. Arthroscopically assisted mini-open rotator cuff repair. Arthroscopy 2002 Jan; 18(1):21-6.
- 3- Bozotta H, Prunner K. Arthroscopically assisted rotator cuff repair. Arthroscopy 2004 Jul; 20 (6): 620-6
- 4- Slullitel, Daniel: Diagnóstico y tratamiento de las lesiones del manguito rotador: revisión de conceptos actuales, Rev. argent. artrosc; 2000. Mayo, 7(1):41-50
- 5- Aparicio, José Luis. Lesiones del manguito rotador del hombro: tratamiento: artroscopía + abordaje mínimo (mini open repair)
Fuente: Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol;63(1):35-40, oct. 1998. ilustración, tab
- 6- Dan Guttman, M.D. et al Arthroscopic rotator cuff repair: The learning curve. Arthroscopy 2005 April 21 (4) 394-400
- 7- Autor: Carpignano, Rodolfo.
Título: Patología del espacio subacromial
Fuente: Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol;61(2):169-78, jun.-jul. 1996. ilustración, tab.
- 8- Ejnisman B, Andreoli CV, Soares BGO, Fallopa F, Peccin MS, Abdalla RJ, Cohen M. Intervenciones para los desgarros del manguito de los rotadores en adultos (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
- 9- Gartsman GM, O'conor DP Arthroscopic rotator cuff repair with and without subacromial decompression: a prospective, randomized study of one-year outcomes. J, Shoulder Elbow Surgery 2004 Jul-Aug; 13 (4): 424-6
- 10- Buess E, Steuber KU, Waibi B. Open versus arthroscopic rotator cuff repair: a comparative view of 96 cases. Arthroscopy, 2005 May; 21 (5): 597-604
- 11- Wolf EM, Pennington WT, Agrawal V. Arthroscopic side to side rotator cuff repair. Arthroscopy, 2005 Jul; 21 (7): 881-7
- 12- Flurin PH et al. Arthroscopic repair of full-thickness cuff tears: a multicentric retrospective study of 576 cases with anatomical assessment.
Rev Chir Orthop Appar Mot. 2005 Dec; 91 (s8): 31-42
- 13- Jan 1. P. Warner, M.D., Patrice Tétreault, M.D., Janne Lehtinen, M.D., Ph.D., and David Zurakowski, Ph.D. Arthroscopic Versus Mini-Open Rotator Cuff Repair: A Cohort Comparison Study Arthroscopy 2005, March, Vol 21, No 3
- 14- Seung-Ho Kim et al Arthroscopic versus mini open salvage repair of the rotator cuff tear: Outcome analysis at 2 to 6 years' follow-up. Arthroscopy Sept 2003, vol 19 (7)
- 15- Verma NN, Dunn W, Adler RS. All-arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a retrospective review with minimum 2-year follow-up.
Arthroscopy, 2006 Jun; 22 (6); 587-94
- 16- Erik L. Severud, M.D. Charles Ruotolo, M.D. Douglas D. Abbott, M.D. Wesley M. Nottage, M.D. All-arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair :A long-term retrospective outcome comparison Arthroscopy. 2003 Mar; 19(3):234-8

- 17-Spangel MJ, Hawkins RH, McCormack RG, Loomer RL Arthroscopic versus open acromioplasty: a prospective randomized, blinded study
J, Shoulder Elbow Surgery 2002 Mar-apr; 11 (2): 101-7
- 18-Youm T, Murray DH, Kubiak EN, Rokito AS, Zuckerman JD, Arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a comparison of clinical outcomes and patient satisfaction.
J, Shoulder Elbow Surgery 2005 Sept-Oct. 14 (5): 455-9
- 19- Burkhart SS Arthroscopic revision of failed rotator cuff repairs: technique and results. Arthroscopy 2004 Mar, 20(3); 250-67
- 20- Anthony S. Melillo Massive rotator cuff tears: debridement versus repair Orthopedic Clinics of North America 1997, January Volume 28 . Number 1
- 21-Millstein ES, Snyder SJ. Arthroscopic management of partial, full-thickness, and complex rotator cuff tears: indications, techniques, and complications. Arthroscopy. 2003 Dec;19 Suppl 1:189-99
- 22- Pienovi, Alberto; Quevedo, Luciano; Garcia Oribe, Andres.
Lesiones del manguito rotador: opciones en la conducta quirúrgica. Actualizacion / Rotator cuff injuries Rev. argent. artrosc;7(1):55-57, mayo 2000.
- 23- Williams GR Jr, Rockwood CA Jr, Bigliani LU, Iannotti JP, Stanwood W. Rotator cuff tears: why do we repair them? J Bone Joint Surg Am. 2004 Dec;86-A(12):2764-
- 24- Millstein ES, Snyder SJ. Arthroscopic management of partial, full-thickness, and complex rotator cuff tears: indications, techniques, and complications. Arthroscopy. 2003 Dec;19 Suppl 1:189-99
- 25-Ide J, Maeda S, Takagi K. A comparison of arthroscopic and open rotator cuff repair. Arthroscopy. 2005 Sep; 21(9):1090-8.
- 26- Saebrey AM, Getz CL, Piancastelli M, Iannotti JP, Ramsey ML, Arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a comparison of clinical outcome. Arthroscopy 2005, Dec, 21 (12): 1415-20.