
Lesiones del manguito rotador

Opciones en la conducta quirúrgica

ACTUALIZACIÓN

Dr. Alberto Pienovi, Dr. Luciano Quevedo, Dr. Andrés García Oribe
Basado en las publicaciones de J. Weber MD (Sacramento, CA)

RESUMEN: El propósito de esta publicación es la revisión bibliográfica y la orientación terapéutica en una patología que progresivamente fue incorporándose al campo artroscópico. Con la base de los trabajos del Dr. J. Weber se realizó una adaptación a nuestro medio y se completó con un estudio bibliográfico actualizado.

ABSTRACT: *The goal of this paper is to publish a bibliographic review and therapeutic guidelines in a pathology, which has gradually been incorporated into the arthroscopic field. On the basis of Dr. J. Weber's work it was made an adaptation which was completed with an updated bibliographic study.*

1. Opciones de reparación del manguito rotador:

- A. Reparación abierta o a cielo abierto.
- B. Debridamiento artroscópico.
- C. Reparación por pequeña incisión o Mini open.
- D. Reparación totalmente artroscópica.

A. Reparación abierta o a cielo abierto:

Buenos resultados, reportaron los estudios de Ellman, Cofield y numerosos autores. Indican un 85% de buenos resultados.

1. Ventajas:

- a. Fácil de realizar.
- b. No se necesita un equipo especial.
- c. Visualización directa de la reparación y acromioplastia.
- d. Buen Follow Up según estudios realizados a más de diez años.

2. Desventajas:

- a. Desinserción del deltoides. Según estudios re-

portados por Baker y Liu Weber, aumenta esta técnica la morbilidad postoperatoria y también de las complicaciones.

- b. Estudios falsos positivos que son para Resonancia Magnética Nuclear (RMN) del 10% y para la Artroneumografía del 2%. Lo que podría causar una innecesaria exploración abierta.
- c. Apertura de una brecha irreparable. A pesar que Rockwood reportó buenos resultados, otros autores demostraron que la cirugía abierta causa inestabilidad anterosuperior, que virtualmente es intratable.
- d. Se pierde la visualización de la patología intra-articular como son: la lesión inferior del manguito y la lesión de tipo slap, etc.

B. Debridamiento artroscópico:

Buenos resultados fueron reportados según Esch y Ellman para lesiones grandes con buen grosor del MR y para lesiones pequeñas los resultados fueron comparativamente igual que a cielo abierto.

1. Ventajas.
 - a. Fácil de realizar con habilidades artroscópicas medianas.
 - b. Disminución de las complicaciones.
 - c. Disminución de la morbilidad postoperatoria.
 - d. Evita los problemas de la cirugía a cielo abierto.

2. Desventajas;

- a. La igualdad de resultados es impredecible en el transcurso del tiempo (no todas estas cirugías con esta técnica evolucionan igual).
- b. Ellman y otros autores demostraron que los resultados se deterioran con el tiempo.
- c. Savoie realizó un estudio randomizado demostrando que la reparación es superior que el debridamiento, y que muchos casos tratados con debridamiento artroscópico pasan luego de un tiempo a cirugía abierta.

C. Reparación por incisión pequeña o Mini open:

Múltiples estudios presentados a principios de los 90, evaluaron a la Artroscopía y a la acromioplastía seguidos por incisión mínima en el músculo deltoides, este tipo de cirugía mejoran comparativamente a la cirugía a cielo abierto y con menor morbilidad. Utilizando la visualización artroscópica asociado luego con la técnica de mini open.

1. Ventajas:

- a. Fácil de realizar con habilidades artroscópicas medianas.
- b. Posibilidad de realizar una corrección de la patología intrarticular con el procedimiento artroscópico.
- c. Mejora la morbilidad perioperatoria, disminuyendo las complicaciones.
- d. Disminución del costo efecto.
- e. Fácil de abortar y pasar a cirugía a cielo abierto.
- f. Evita cirugía a cielo abierto con diagnóstico falso positivo.
- g. Evita intervenir pacientes con defectos irreparables.
- h. Existen numerosos reportes de resultados a largo plazo, que afirman tener similares resultados que con la cirugía a cielo abierto.

2. Desventajas:

- a. Requiere de un artroscopista con habilidades medianas. Debiendo realizar una completa semiología artroscópica y acromioplastía.

- b. Utilizando con técnicas básicas a la Artroscopía; con este procedimiento se aumentan los costos.

D. Reparación totalmente artroscópica:

Intelectualmente es un procedimiento atractivo, y parece ser el mejor tratamiento tanto para el paciente como para el cirujano. Estudios retrospectivos realizados por Snyder, Wolf, Tippett, y numerosos autores demostraron buenos resultados en sus series durante dos años, comparada con la cirugía abierta y mini open.

1. Ventajas:

- a. A los pacientes les agrada este tipo de cirugía.
- b. Ventajas iguales que la incisión mínima en el procedimiento de diagnóstico y en el tratamiento de la patología articular.
- c. Mejora la morbilidad perioperatoria.
- d. Se puede convertir en incisión mínima de ser necesario.

2. Desventajas:

- a. Como a los pacientes les agrada este tipo de cirugía, los cirujanos se sienten presionados de realizar este tipo de cirugía, que para los pacientes son consideradas de tipo menor, lo que hace que los cirujanos se excedan en el intento de esta técnica. Las indicaciones de reparación siguen siendo las mismas.
- b. Algunos autores no reportaron ninguna complicación ni fracaso, según Gartsman (JBJS); estos no fueron igualados en su resultado, según Weber y Wolf.
- c. Paulos en estudios de reparación del manguito rotador y en laboratorio demostró que requiere doce semanas para cicatrizar la lesión, por lo tanto que de tres a seis semanas de inmovilización no es suficiente tiempo para la reparación del manguito. En trabajos meticulosos en laboratorio realizados por Christian Gerber; en ovejas demostrando que esta técnica aumenta la fuerza en este tipo de reparación y mejora la cicatrización comparada con la reparación de incisión mínima, por lo tanto tiene más opciones como la sutura de la brecha.
- d. La técnica requiere suturas con arpones, que algunas veces no se fija correctamente en el hueso. Lo que puede causar migración intrarticular del arpon.

- e. Se tienda a un procedimiento artroscópico, en ciertas patologías que es mejor realizarlas a cielo abierto.
- f. Aumento del costo asociado con la sutura con arpon, comparado con la cirugía de incisión mínima.

2. ¿Qué hacer? Comentario y conclusiones de los autores. Adaptadas a nuestro medio.

A) Las lesiones del manguito rotador son lesiones invalidantes en pacientes activos. Debe tenderse a su reparación y la utilización de técnicas cada vez menos invasivas.

La evaluación de nuestros resultados debe hacerse de acuerdo a los resultados funcionales obtenido al alta definitiva del paciente. Elegir el procedimiento que en sus manos sea efectivo para el cirujano.

Los métodos de fijación para la reparación y re inserción del manguito rotador se han ido perfeccionando en los últimos años. De la misma forma las técnicas artroscópicas han mejorado su efectividad y sencillez.

A. El cirujano artroscopista debe tener un entrenamiento adecuado para realizar este tipo de técnicas que requiere indefectiblemente una habilidad probada y el instrumental específico apropiado.

B. Técnicas actuales son laboriosas para la mayoría de los artroscopistas, la incisión mínima, puede ser la meta real en el tratamiento de esta patología.

C. Si usted decide una técnica artroscópica compleja y el procedimiento se complica; no dude en convertirla en cirugía de incisión mínima, que sólo aumenta la morbilidad perioperatoria. No dude en darle al paciente la mejor reparación para su manguito rotador.

D. Cuando se realiza el procedimiento artroscópico con arpones; asegurarse que el anclaje entre el hueso y evaluar bajo visualización directa artroscópica su correcta colocación; la técnica a ciegas no sirve.

E. Con técnicas artroscópicas uno puede realizar una movilización temprana; las inmovilizaciones luego de una reparación artroscópica, según estudios realizados a largo plazo predisponen una rigidez.

F. El costo; se debe informar adecuadamente al paciente.

G. La evolución de las técnicas y los materiales nos aseguran un futuro efectivo en el tratamiento de esta patología por métodos artroscópicos y una difusión más generalizada del método.

BIBLIOGRAFIA

1. Norberg F.B., Field L.D., Savoie F.H., 3rd Repair of the rotator cuff. Mini open arthroscopic repairs Clin, Sports Med 2000 Jan; 19(1) 77-79.
2. Gartsman G.M., Khan M., Hammerman S.M., Arthroscopic repair of full-thickness tears of the rotator cuff. J. Bone Joint Surg. Am 1998;80(6):832-40.
3. Blevins F.T., Warren R.F., Cavo C., Altchek DW, Dines D., Palleta G., Arthroscopie assisted rotator cuff repair: results using a mini-open deltoid splitting approach Arthroscopy. 1996, Feb; 12(1): 50-9.
4. Baker C.L., Liu S.H., Comparision of open and arthroscopically assisted rotator cuff repairs. Am J Sport Med. 1995 Jan-Feb, 23(1): 99-104.
5. Weber S.H., Arthroscopic debridement and acromioplasty versus mini-open repair in Arthroscopy. 1999 Mar, 15(2): 126-31.