



Acromioplastia quirúrgica y artroscópica

O. Courage, V. Guinet

La bóveda acromioclavicular presenta relaciones anatómicas estrechas con el manguito de los rotadores. Neer describió en 1972 el conflicto (síndrome de compresión o pinzamiento, impingement syndrome) entre la parte anterior del acromion y el manguito de los rotadores (supraespinoso), a partir del cual describió la acromioplastia anteroinferior. Este procedimiento quirúrgico permite disminuir el conflicto subacromial. Cuando existe una artrosis acromioclavicular sintomática, puede estar indicada la resección del cuarto externo de la clavícula. Inicialmente se describió la técnica a cielo abierto. En la actualidad se realiza bajo artroscopia, cuya principal ventaja es que respeta la capa protectora deltoidea. Al principio se recomendaba una acromioplastia masiva; hoy día, esta acromioplastia masiva se cuestiona debido a la aparición de dolores intrínsecos de los tendones y de la bolsa subacromial. No obstante, este procedimiento quirúrgico sigue siendo necesario en caso de pico acromial de gran tamaño y, en ocasiones, para crear un espacio de trabajo durante la reparación del manguito de los rotadores. El dominio de la artroscopia implica una curva de aprendizaje necesaria para la realización de esta técnica, que permite una notable disminución de la morbilidad.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hombro; Artroscopia; Conflicto subacromial; Acromioplastia; Descompresión subacromial

Plan

■ Introducción	1
Definición	1
Historia	1
Reseña anatómica	1
■ Acromioplastia abierta	2
Generalidades	2
Colocación	2
Técnica	2
Procedimientos asociados	3
Postoperatorio	3
■ Acromioplastia artroscópica	3
Generalidades	3
Colocación	4
Puntos de acceso	4
Técnica	4
Procedimientos asociados	5
Postoperatorio	5
■ Complicaciones	5
■ Indicaciones	5
Generalidades	5
En las rupturas parciales del manguito de los rotadores	5
En las rupturas totales del manguito de los rotadores	5
■ Conclusión	6

■ Introducción

Definición

La acromioplastia consiste en el adelgazamiento o reducción de la cara inferior del acromion para ensanchar el espacio de deslizamiento de los tendones del manguito de los rotadores en el espacio subacromial.

Historia

Neer describió en 1972^[1,2] el «conflicto» subacromial (síndrome de compresión o pinzamiento, *impingement syndrome*) entre la parte anteroinferior del acromion y el tendón del músculo supraespinoso. Presentó la técnica de acromioplastia anteroinferior abierta y además propuso una clasificación en tres estadios de las lesiones concomitantes de los tendones del manguito de los rotadores.

Más tarde, este procedimiento quirúrgico pasaría a realizarse exclusivamente mediante una técnica «artrobursoscópica»^[3].

Reseña anatómica

El espacio subacromial está formado por un arco rígido que domina por arriba el manguito de los rotadores; de

este modo, se forma un espacio tapizado por completo por una bolsa serosa y limitado por arriba por la cara inferior del acromion, por delante por el ligamento acromiocroracoideo y el pico del acromion y, por abajo, por el aparato musculotendinoso de los músculos del manguito de los rotadores, fundamentalmente por el supraespinoso.

Bigliani et al.^[4] propusieron una clasificación en tres tipos, según la forma del acromion: el tipo 1 corresponde a un acromion plano, el tipo 2, a un acromion curvo de forma armoniosa y el tipo 3, a un acromion en gancho. Además, estos autores demostraron una correlación significativa entre la forma del acromion y la existencia de una ruptura total del manguito de los rotadores. Los tipos 2 y 3 serían los más frecuentes (alrededor del 40% para el tipo 2, 40% para el tipo 3) en relación con el acromion tipo 1, que representaría un 20% de los casos.

La cara inferior del acromion puede estar modificada por la existencia de osteofitos que representan una zona de agresiones mecánicas a nivel de la cara superior del tendón del supraespinoso.

No obstante, esta clasificación de Bigliani et al. es muy dependiente de la incidencia radiográfica, así como de la interpretación^[5]. Liotard^[6] propuso estandarizar la proyección radiográfica, lo que permitiría definir mejor la longitud y la profundidad de la acromioplastia que se debe realizar.

La articulación acromioclavicular, situada por detrás del pico del acromion, participa en esta noción de «conflicto» y puede participar en la fisiopatología del conflicto mecánico subacromial.

■ Acromioplastia abierta

Generalidades

En este artículo se aborda la técnica descrita por Nové-Josserand^[7], técnica derivada de la de Neer. Se trata de un procedimiento simple que, no obstante, necesita una técnica rigurosa para evitar la persistencia del conflicto^[8].

Colocación

Habitualmente la intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general, en ocasiones con un bloqueo regional (interescalénico supraclavicular).

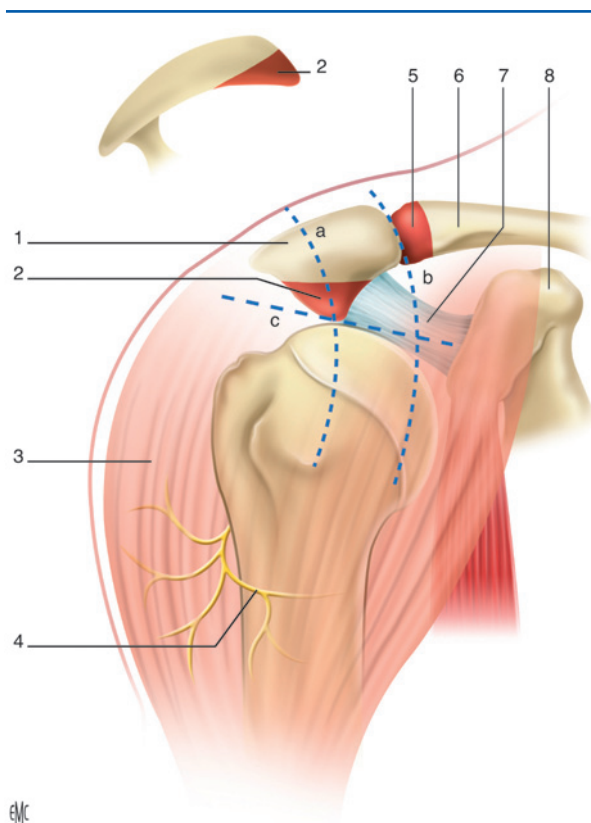
El paciente se coloca en posición semisentada. La asepsia y la colocación de paños quirúrgicos deben incluir el hombro y el conjunto del miembro superior, que queda libre para cualquier movilización.

Técnica

La vía de acceso, incisión cutánea posteroanterior en «charretera», comienza a nivel del borde posterior del acromion y se curva hacia delante, siguiendo el perfil deltoideo del hombro. Se sitúa a alrededor de 1 cm por fuera de la articulación acromioclavicular (a mitad de la distancia entre el borde externo del acromion y la articulación acromioclavicular) (Fig. 1).

La incisión del tejido subcutáneo se realiza de la misma forma, evitando el despegamiento. Se expone la capa deltoidea protectora formada por la continuidad del deltoides, de su inserción acromial y del trapecio. Se levantan dos colgajos, medial y lateral. La incisión se realiza con el bisturí eléctrico, en el eje anteroposterior de la cara superior del acromion y se continúa hacia abajo en el sentido de las fibras del deltoides, entre los fascículos anterior y medio. Cada colgajo se levanta conservando la continuidad del periostio, de la inserción tendinosa y del cuerpo muscular del deltoides (Fig. 2).

Por fuera, se separa el deltoides hasta el borde externo de acromion. Por dentro, se separa hasta la vertiente acro-



EMC

Figura 1. Vías de acceso de la acromioplastia. a. La vía de acromioplastia se sitúa a equidistancia entre la articulación acromioclavicular y el borde externo del acromion y se prolonga en las fibras del deltoides; b. la vía denominada GLA (gran liberación anterior de Patte), paralela a la precedente, está centrada sobre la articulación acromioclavicular; c. incisión cutánea oblicua descrita inicialmente por Neer, que va desde el borde anterior del acromion al borde externo de la apófisis coracoides. 1. Acromion; 2. acromioplastia; 3. deltoides; 4. nervio axilar; 5. centímetro externo de la clavícula; 6. clavícula; 7. ligamento acromiocroracoideo; 8. coracoide. En punteado, las resecciones óseas.

mial de la articulación acromioclavicular, con cuidado de no abrir dicha articulación. A este nivel, es frecuente la lesión de la rama acromial de la arteria acromiotorácica. Por abajo, se disecan las fibras musculares, con atención para no lesionar el nervio circunflejo, que se sitúa a unos 5 cm del borde del acromion.

Una decoaptación suave mediante tracción en el eje del brazo realizada con el codo flexionado a 90°, en un paciente bien relajado, permite disociar la cara profunda del deltoides de la bolsa subacromial. A continuación se coloca un separador autoestático. Se realiza la exposición de la parte anterior del acromion, pico del acromion, así como del ligamento acromiocroracoideo. Se extirpa la bolsa subacromial siguiendo la vía de acceso, lo que permite exponer la cara superficial del manguito de los rotadores.

La movilización del hombro, desde rotación externa a rotación interna, permite exponer de forma sucesiva la parte alta del subescapular, el ligamento coracohumeral y, a continuación, los tendones del supraespinoso e infraespinoso.

En este estadio, se puede apreciar el conflicto subacromial entre la parte anteroinferior del acromion (pico del acromion agresivo, entesofito que se prolonga por el ligamento acromiocroracoideo) y la lesión tendinosa, cuando existe.

La decoaptación del hombro se consigue mediante la colocación de un instrumento romo y curvo en la cara inferior del acromion, que se apoya sobre la cabeza humeral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053367>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053367>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)