

Rotura traumática del tendón del subescapular. ¿Cuándo operar? ¿Que tipo de abordaje estaría indicado? A propósito de un caso.

Autores: Guillermo Cuadros Zea, Anton Cartanyà Clols, Gonzalo Millán Ruiz, Jesús Marimón Giménez, Llorenç Mateo Olivares.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

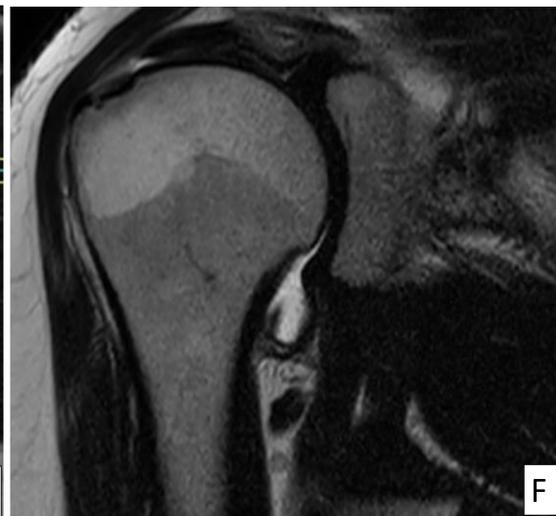
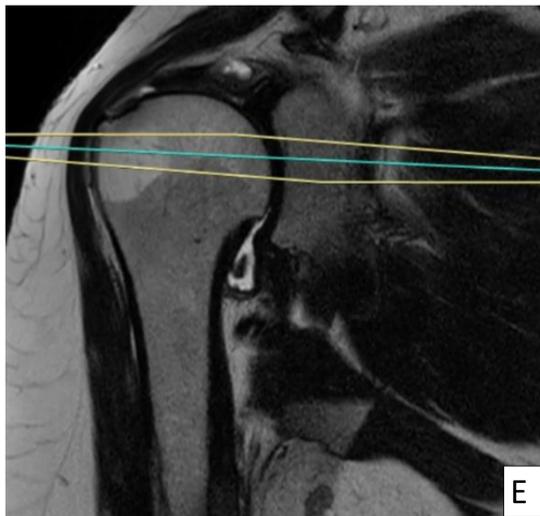
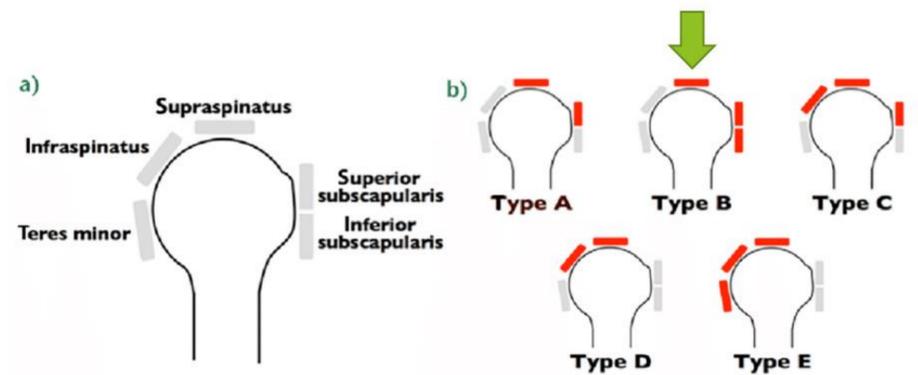
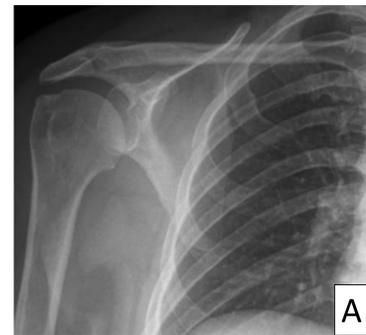
El subescapular es un rotador interno y uno de los estabilizadores anteriores más potentes del hombro, importante para el correcto funcionamiento de la articulación glenohumeral. La lesión aguda completa del tendón del subescapular, es una lesión poco frecuente que afecta principalmente a población joven activa, siendo más frecuentes en hombres, brazo dominante, y asociada a otras lesiones del manguito. Este tipo de lesiones se pueden tratar con técnicas artroscópicas o abiertas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, obesa, que a raíz de un accidente domestico, sufre una caída que le provoca una rotura traumática completa aguda (Collin tipo B) de los tendones subescapular y supraespinoso.

En un inicio es valorada en urgencias, donde se evidencia un balance articular activo y pasivo muy doloroso, con pruebas para el manguito del rotador muy positivas. Se solicita radiografía y RMN y se remite a rehabilitación.

Debido a la ausencia de mejoría con tratamiento conservador, se decidió intervención quirúrgica, optándose por un abordaje abierto permitiendo una reparación de supraespinoso y subescapular simultáneamente.

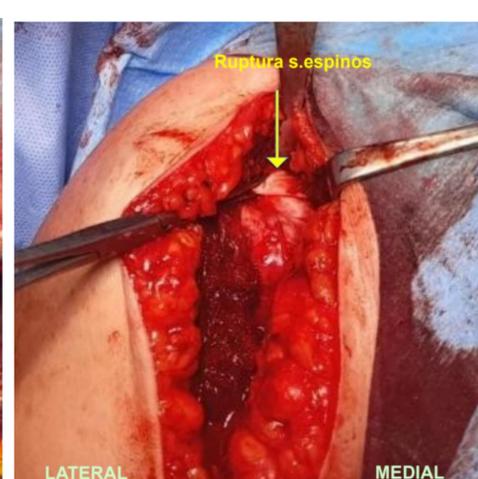
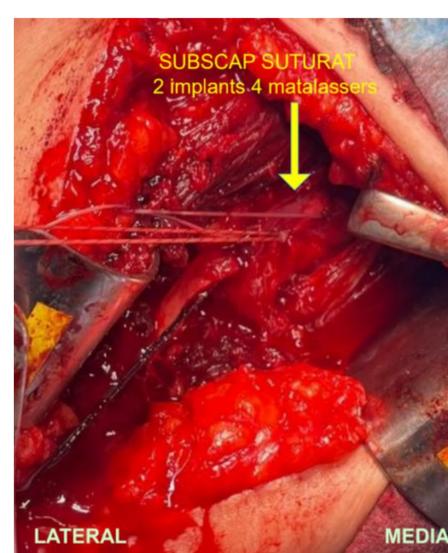
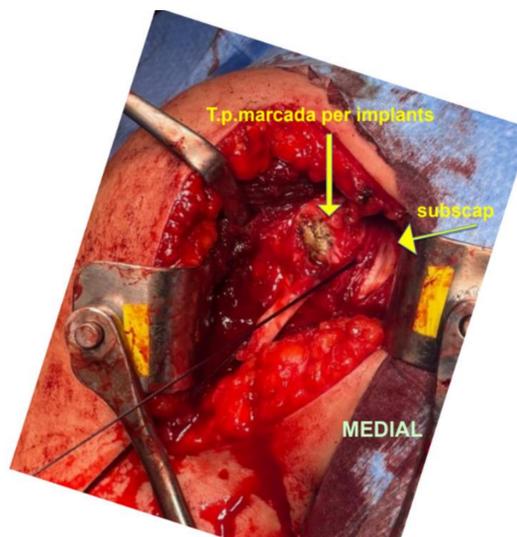
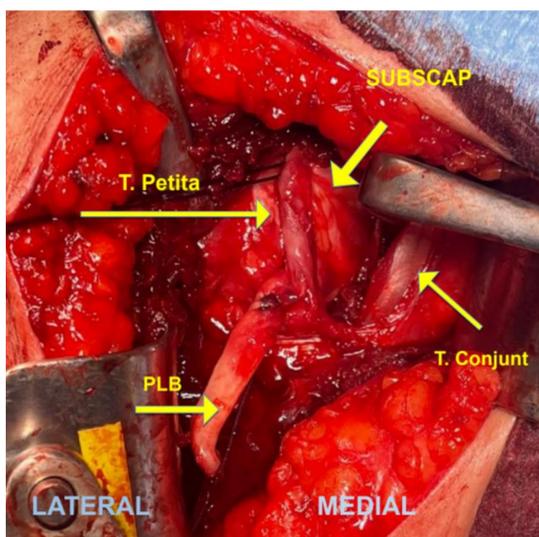


A y B: Visiones AP y lateral iniciales; C: Clasificación Collin, la lesión de nuestra paciente corresponde a tipo B; D y E: Se observa rotura y retracción del tendón subescapular en RMN; F: Rotura tendón supraespinoso en RMN.

RESULTADOS

Intraoperatoriamente, se referenciaron las estructuras anatómicas importantes (subescapular, tendón conjunto, tuberosidad menor, porción larga del bíceps). El tejido del subescapular, era de una calidad aceptable, sin gran retracción, permitiendo una sutura directa con 2 implantes y 4 colchoneros, así como una reparación asociada del supraespinoso

El postoperatorio cursó favorablemente. La paciente no tuvo finalmente una gran mejoría del balance articular ni de la fuerza, pero si del dolor.



CONCLUSIONES

El pilar fundamental de las lesiones traumáticas completas del tendón del subescapular es habitualmente quirúrgico, debido a la importancia de esta estructura en la estabilidad y funcionalidad del hombro, así como la población joven y activa a la que afecta.

Hay factores que pueden hacernos decidir sobre un abordaje respecto al otro, como podrían ser los factores de riesgo (edad, tabaco...), la infiltración grasa del músculo (que en caso de ser severa podría llegar a necesitar una transposición del pectoral mayor), la preferencia del paciente, entre otras.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre artroscopia y cirugía abierta independientemente de la extensión de la rotura del tendón del subescapular. Se debería escoger según la preferencia y experiencia del cirujano.