

EMPLEO DEL AUTOINJERTO DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS PARA LA REPARACIÓN CAPSULAR ANTERIOR EN ROTURAS MASIVAS DEL MANGUITO ROTADOR

Autores: Sara España Fernández de Valderrama; Francisco Javier De Miguel Bielsa; Luis Lerena Pérez-Aradros; Jorge Ripalda Marín; Ignacio Carbonel Bueno

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

OBJETIVOS

La rotura masiva del manguito rotador es aquella que afecta a los tendones supraespinoso (SE) e infraespinoso (IE) (Collin D) y asocia una retracción de estos dos a nivel de la glena (Patte 3) con una infiltración grasa y atrofia muscular de alto grado (Goutalier 4). El tratamiento de estas lesiones debe ser individualizado de acuerdo a las necesidades del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 56 años que tras caída en bicicleta presenta dolor y limitación del balance articular en hombro derecho. A la exploración, se observa limitación en abducción y rotación externa, con buena rotación interna. La resonancia magnética informa de rotura completa de SE e IE, con retracción proximal significativa, edema muscular e infiltración grasa de ambos, elevación de cabeza humeral Hamada II. Debido a los signos de mal pronóstico, se decide artroscopia terapéutica.



Figura 1: Rx AP hombro derecho donde se observa elevación de la cabeza humeral.

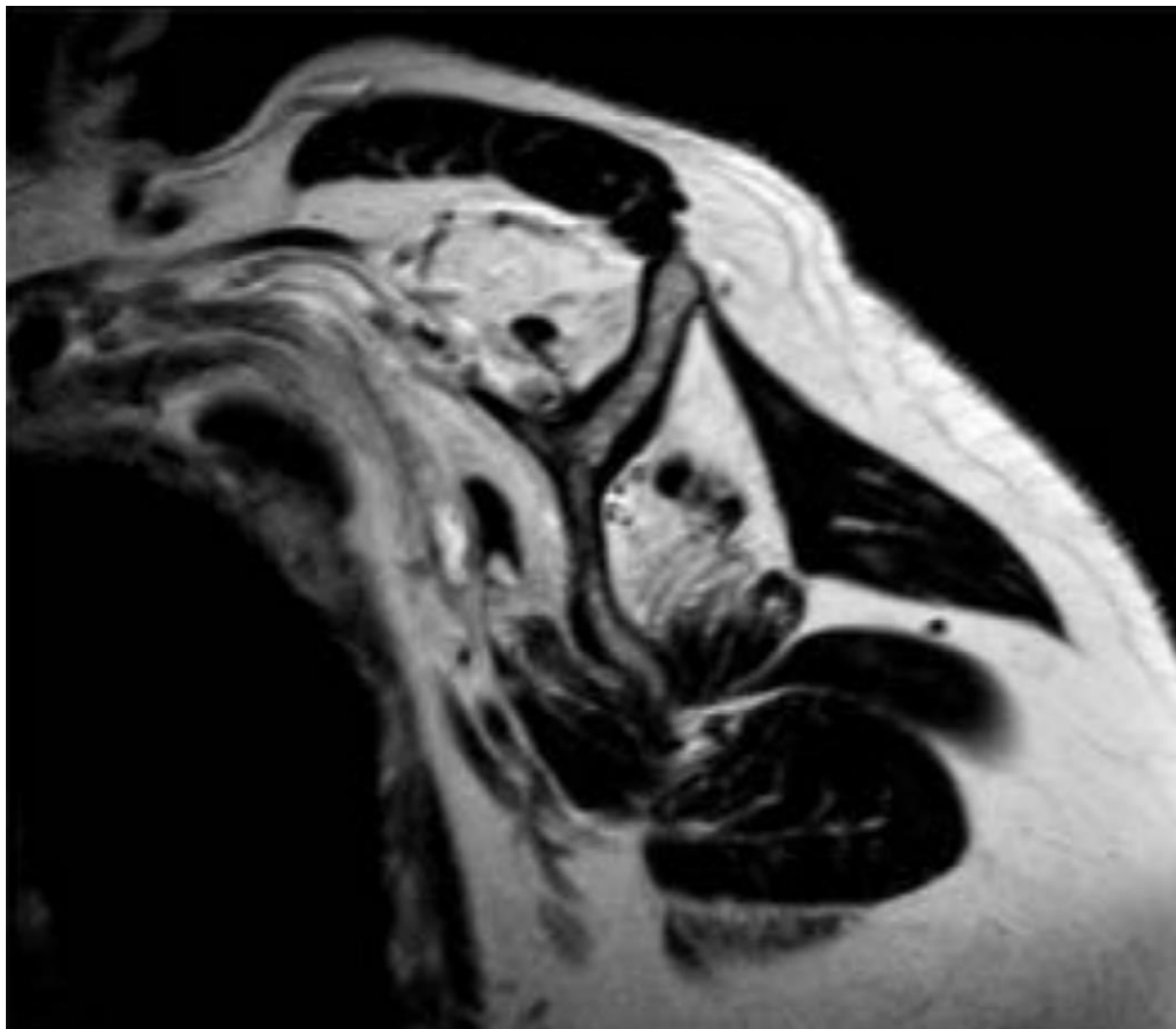
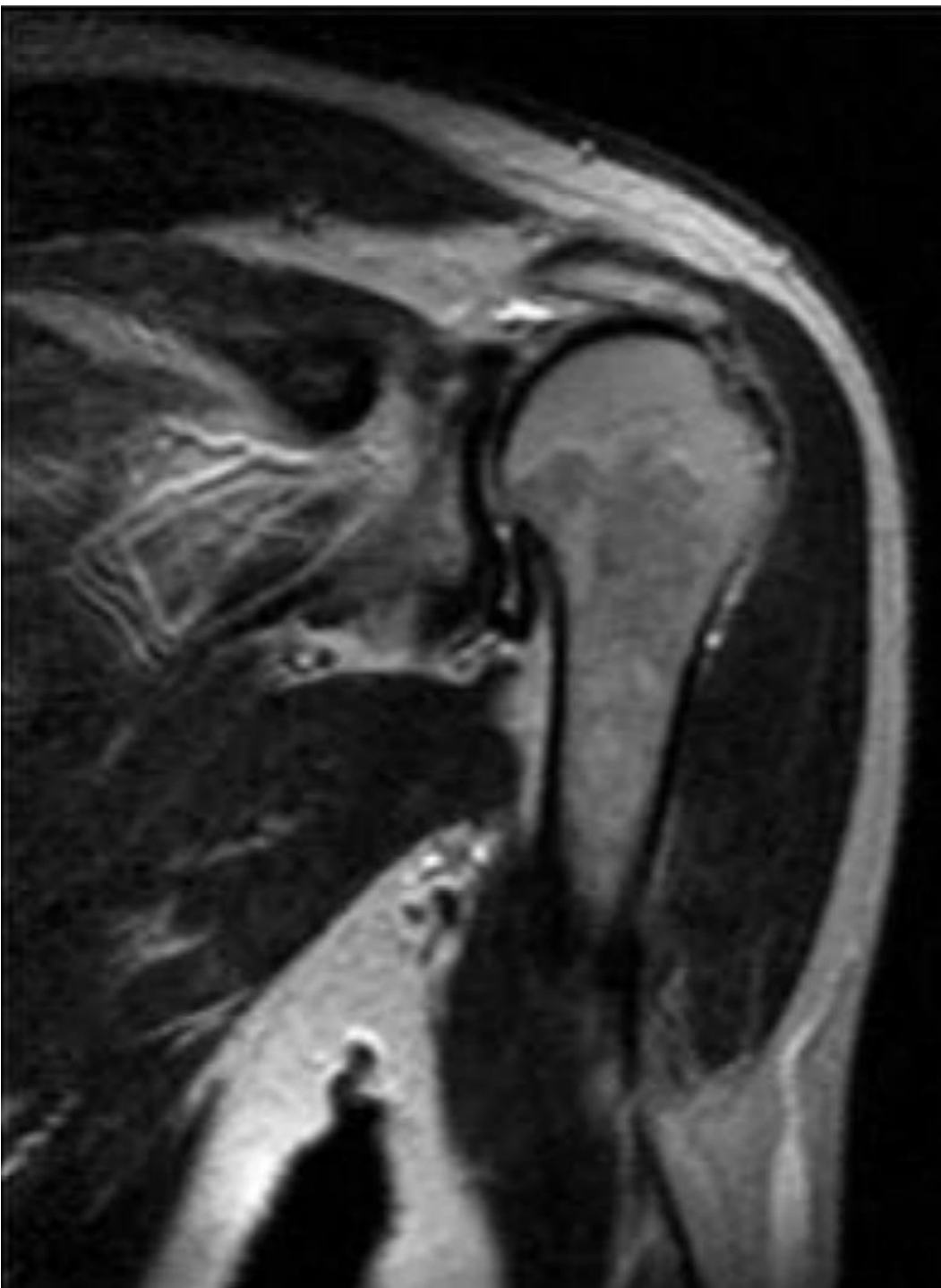


Figura 2: RM en T2 donde se observa en (a) rotura completa de SE e IE con retracción musculotendinosa y elevación de la cabeza humeral y en (b) infiltración grasa de todos los músculos (Goutalier 4). Imágenes obtenidas de la SERAM⁽²⁾.

RESULTADOS

Primer portal posterior donde se visualiza la porción larga del bíceps (PLB) íntegra, rotura degenerativa con retracción medial a nivel de glena del SE e IE con atrofia muscular e infiltración grasa. Debido a las características del paciente, se decide manejo terapéutico con bioRCS (reparación capsular superior) con portal lateral y antero-lateral. En la técnica bioRCS el tendón del bíceps simplemente se moviliza, se transpone y se fija a su nueva ubicación en la tuberosidad mayor (TM), previo fresado del lecho óseo, sin que se realicen otros procedimientos sobre el mismo. Se fija a la TM y se deja intacto. La PLB resulta de utilidad ya que se fija tanto a la glenoides superior (fijación nativa) como a la cabeza humeral superior (fijación mediante anclaje). No requiere de la tenotomía del bíceps ni antes ni después de la transposición. El objetivo que persigue es una cobertura total de la cabeza humeral que, en el caso de que el tendón del bíceps esté tocado, contraindica la realización de la misma.

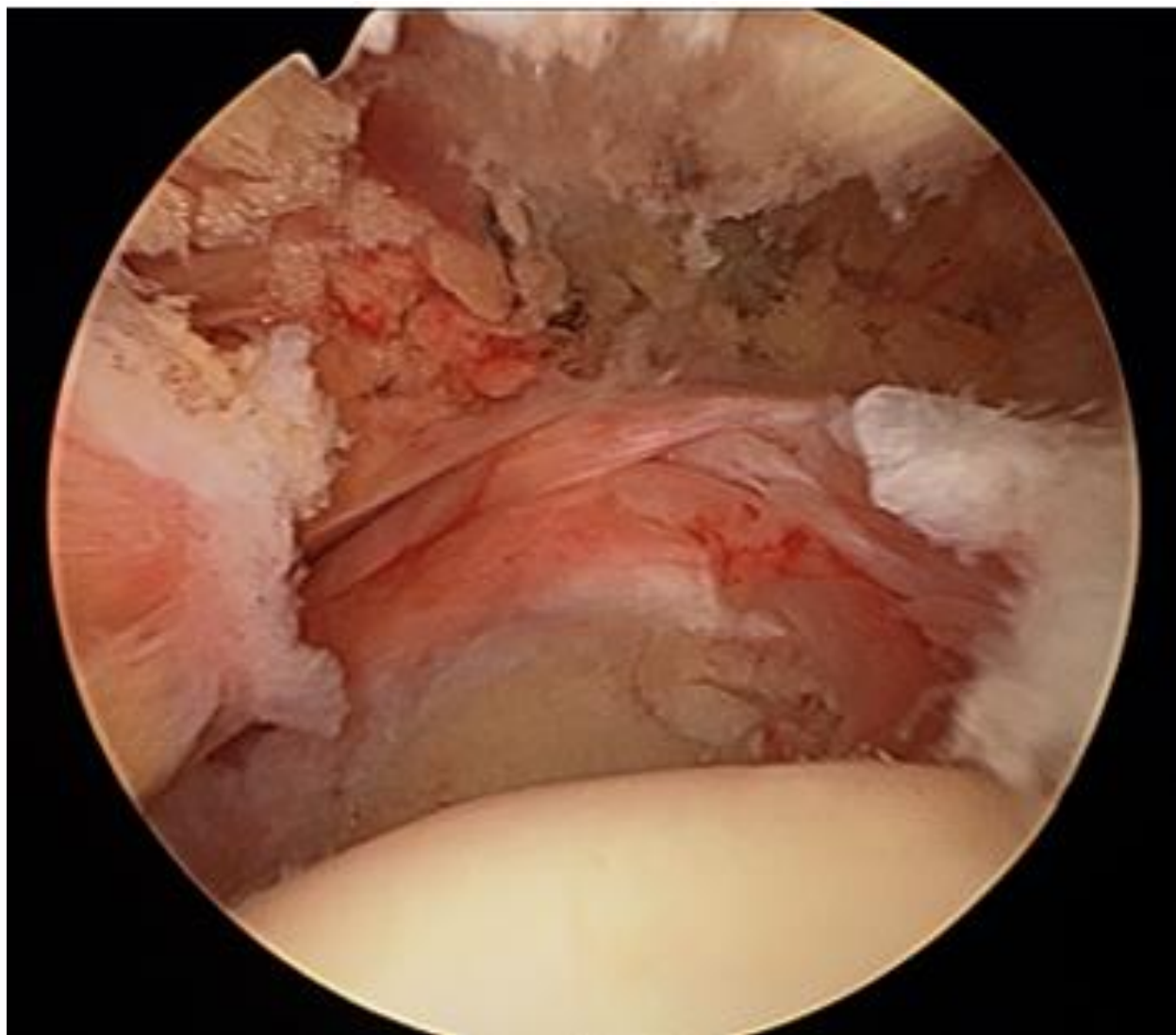


Figura 3: Rotura irreparable⁽⁴⁾.

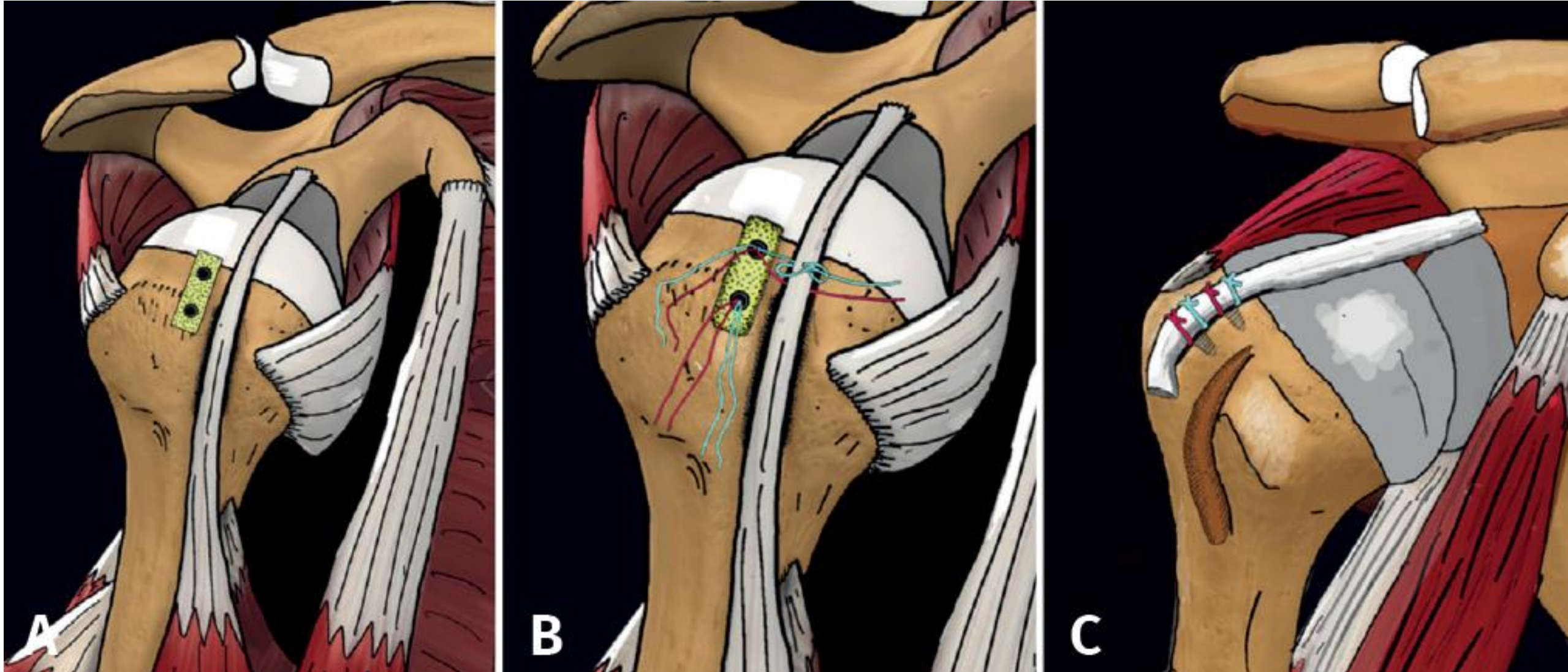


Figura 4: Imagen de la técnica BioRCS empleando autoinjerto de la PLB⁽¹⁾

CONCLUSIÓN

El uso de RCS con un injerto anclado medialmente en la glena y lateralmente en la TM permite recuperar la estabilidad superior, aumentando el espacio acromiohumeral y disminuyendo las roturas del injerto. El uso de PLB disminuye el tiempo quirúrgico, los costes y el rechazo del injerto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llanos-Rodríguez Á, Escandón-Almazán P, Espejo-Reina A, Nogales-Zafra J, Egozgue-Folgueras R, Espejo-Baena A. Anterior Capsular Reconstruction With Proximal Biceps Tendon for Large to Massive Rotator Cuff Tears. Arthrosc Tech. 2021 Jul 21;10(8):e1965-e1971.
2. Fernández Blanco M, Seijo Rodríguez R, Afonso Centeno A, Taboada Rofríguez V, Vieito Fuentes JM, Arias González M. Estudio del manguito rotador, guía para el residente. SERAM
3. Bascones K, Castillo M, Maio TE. Alternativas quirúrgicas en roturas irreparables del manguito posterosuperior. Revista Española de Artroscopia y cirugía articular 2023; 30 (2).
4. Sánchez Alepuz E, Díaz Martínez JV, Barceló Bañuls JM, Lucas García FJ, Carratalá Baixauli V. Tratamiento artroscópico de las roturas masivas del manguito rotador. Revista Española de Cirugía Osteoarticular 2015; 261 (50).