

LESION DE SLAP

FOR:

DR. LEONARDO MARIO TACUS

DR. PABLO KOBRINSKY

DR. JULIO ANTONIO CHIAPPARA

Resúmen:

DENTRO del capítulo de las pseudoinestabilidades del hombro vamos a describir una lesión de la mitad superior, anterior y posterior del labrum, que se diferencia claramente de las inestabilidades anteriores, posteriores o mixtas por la ubicación de la lesión, su etiopatogenia, su sintomatología, su rareza y por supuesto, terapéutica y pronóstico.

PALABRA CLAVE: "LESIONES DE LABRUM SUPERIOR anterior y posterior".

Si luego de una intensa rehabilitación el paciente que presentó un grado I ó II ó III permanece con dolor e incapacidad funcional, se puede optar por una cirugía; por ejemplo, en un grado I ó II que presentan la indemnidad de los ligamentos coraco-claviculares, se puede resear el cuarto distal de la clavícula, con muy buenos resultados funcionales; no así en el grado III, porque dicha operación produciría un aumento de la prominencia de la clavícula, es por ello que además de dicha resección es condición el tratar de reconstruir el aparato ligamentario entre la coracoides y la clavícula usando el ligamento coraco-acromial, anclándolo a la clavícula y reforzando esta unión pasando suturas reabsorbibles entre la coracoides y la clavícula (operación de Weaver y Dunn) (J. B. J. S. 54 a 6: 1187-1197-1972).

El Dr. Rockwood utiliza un tomillo pasante que une la clavícula a la base de la apófisis coracoides como método de fijación (a lo Bosworth).

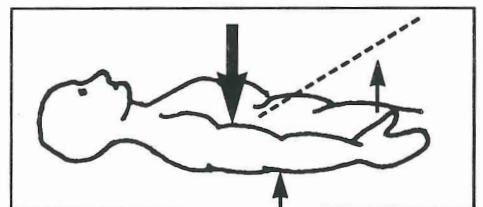
Otros autores recomiendan como método de fijación el uso de: fascia lata, seda, alambre.

El paciente con lesión de Slap se nos presenta con dolor difuso o localizado en la cara anterior al hombro, a nivel de la coracoides, o irradiado a la porción larga de biceps; que en general no reconoce antecedente traumático claro, que aumenta con la función y particularmente con la abducción y la rotación externa; en oportunidades sensación de atrapamiento o crujidos, por momentos pseudobloqueos, o sensación de subluxación y muchas veces sintomatología indefinida.

EXAMEN FISICO:

Efectuamos dos tests:

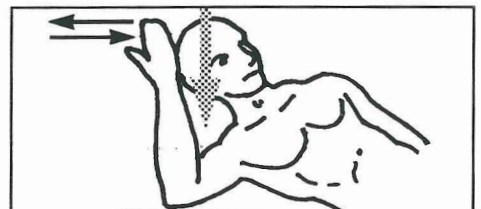
(1) Test de la tensión bicipital



Brazo y antebrazo extendido y antebrazo supinado resistencia a la flexión activa del brazo.

(2) Test de la compresión rotación articular: CRA

Brazo en abducción de 90g. codo en 90g. rotación anterior y posterior mientras se comprime el hombro.



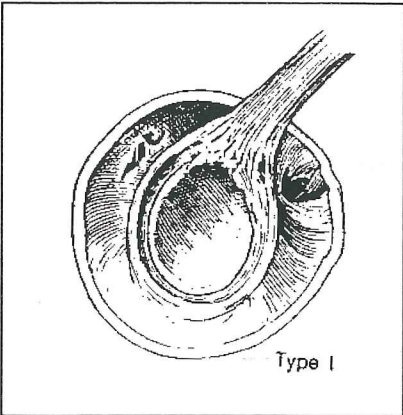
METODOS DE DIAGNOSTICO:

• La Rx. simple no demuestra nada • La T. C. tampoco es demostrativa • La R. N. M. resalta alguna lesión si hace contraste • La ARTROSCOPIA es el único método de diagnóstico de exactitud, y en general es un hallazgo quirúrgico.

TIPO DE LESION

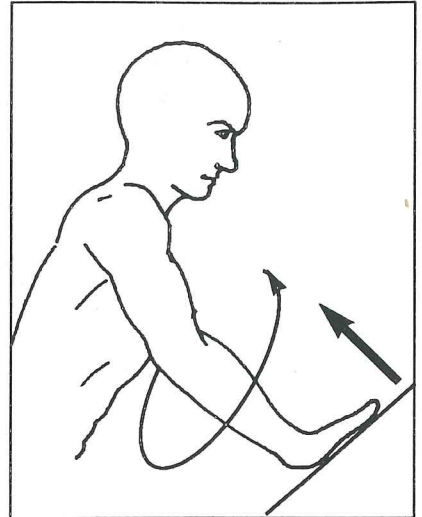
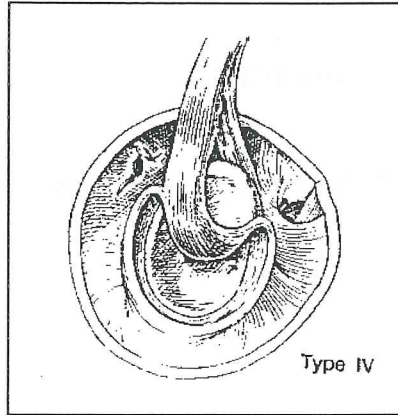
GRADO (1)

Degeneración de la inserción superior.



GRADO (4)

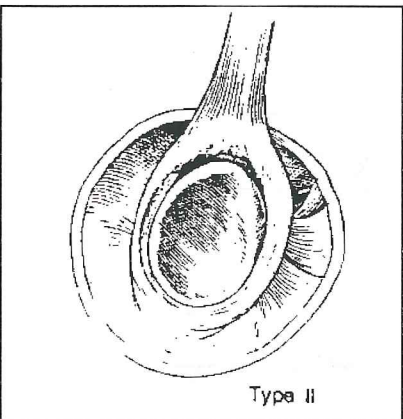
Asa de balde con lesión bicipital.



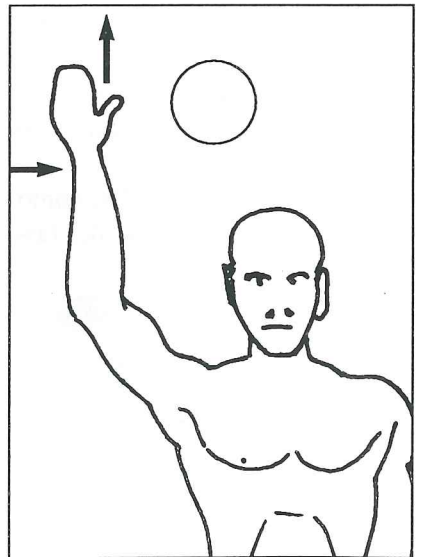
Brusca elevación del M. S.
Acción violenta de lanzar un balón por sobre la cabeza o tracción vigorosa del brazo.

GRADO (2)

Degeneración y desinserción superior.



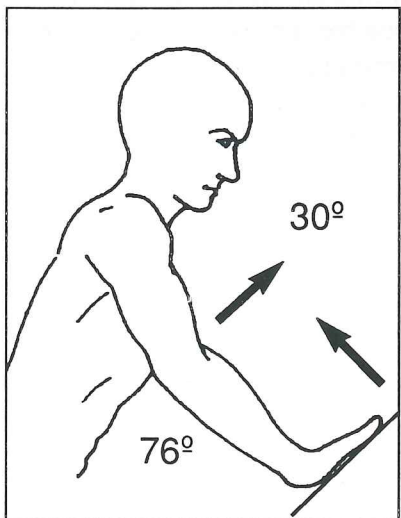
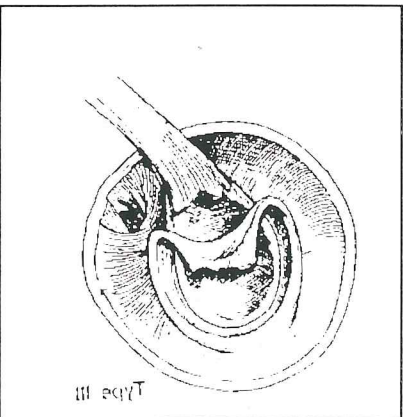
MECANISMO MAS COMUNES
Abducción 76g., leve flexión 30g., trauma por compresión.



MISMO MECANISMO PERO MAS VIOLENTA.

GRADO (3)

Asa de balde.



Igual que la anterior mas rotación.

LESIONES ASOCIADAS:
-Osteocondritis de la cabeza humeral.
-Lesiones del mango rotador.
-Lesiones bicipitales.
-Calcificaciones.
-Cuerpos libres.

TERAPEUTICA:

Habitualmente en grados (1 y 2) debridamiento y kinesioterapia.

En grados (3 y 4) resección del asa de balde y si hay inestabilidad manifiesta, tratamiento, de la inestabilidad.

En nuestra experiencia de los primeros casos la veíamos pasar sin reconocerla, la presentíamos empíricamente y a veces la tratábamos por intuición; en la actualidad estamos en condiciones de diagnosticarla correctamente y darle el tratamiento adecuado.

Podemos concluir diciendo que son bastante raras; más o menos el 6 % de las pseudoinestabilidades del Hombro.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Detrisac DA, Johnson LL. Arthroscopic shoulder anatomy; pathologic and surgical implications. Thorofare, NJ: SLACK Inc., 1986.
- 2 Andrews JR, Carson WG. The arthroscopic treatment of glenoid labrum tears- the throwing athlete. Ortho transactions 1984; 8: 44.
- 3 Pappas AM, Goss TP, Kleinman PK. Symptomatic shoulder instability due to lesions of the glenoid labrum. Am J Sports Med 1983; 11(5): 279-88.
- 4 Snyder SJ. et. al. Slap lesions of the shoulder Arthroscopic: The journal of Arthroscopic and Related Surgery 6(4); 274-279.

DISCUSION MESA PATOLOGIA DE HOMBRO

Dr. Avanzi: Una de las grandes dificultades que he tenido en la práctica médica diaria, es obtener buenas radiografías de hombro. Por eso actualmente entrego a los pacientes una copia de las posiciones que necesito y de esa forma soluciono el problema de tener placas de buena calidad para la articulación gleno-humeral y acromioclavicular.

Con respecto al tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular, yo tengo luxadas ambas articulaciones, tengo II en uno y un grado III en la otra y nunca tuve problemas. Ninguno de los que estamos aquí hemos dejado a un deportista profesional sin entrenar por una luxación acromioclavicular. Y otro aporte personal que quisiera hacer es que en forma paradójica duelen más las lesiones grado II que las grado III cuando tienen los ligamentos conoide y trapezoide, a los 2 ó 3 días está jugando, es diferente el planteo del abordaje terapéutico, cuando el deportista es ocasional, tiene otra personalidad, otra tolerancia y la propuesta terapéutica es diferente.

Dr. Lencina: Dr. Senes, ¿En un grado III, cual es el abordaje terapéutico que prefiere?

Dr. Senes: En los grados III según la literatura, algunos autores aconsejan no operar, pero en algunos casos seleccionados, paciente trabajador manual con tareas de fuerza, paciente muy dolorido, la cirugía puede estar indicada. Actualmente, la técnica quirúrgica que prefiero es la plástica en agudo de los ligamentos coracoacromiales para reducir la distancia entre la clavícula y la coracoides y lo fijo con un tomillo desde la clavícula; existen controversias sobre cual es la mejor fijación, algunos prefieren seda, suturas de reabsorción lenta, no absorbibles, alambres, etc., en general las suturas producen una osteolisis por cizallamiento sobre la clavícula y si no se rompe la sutura, se puede fisurar o fracturar el hueso. Esto se debe a que la acromioclavicular es una articulación con mucho movimiento, pero se rompe, es una articulación con mucha movilidad. Llama la atención lo que digo, pero yo lo he visto, por eso lo repito, la barra que se forma entre la coracoides y la clavícula, la calcificación, uno piensa que no va a mover nada y sin embargo tiene mucha movilidad.

Dr. Lencina: Para Ud. que lugar ocupa la osteodesis percutánea en el tratamiento quirúrgico de las luxaciones acromioclaviculares agudas que tanto hemos hecho?

Dr. Senes: Es muy difícil, he hablado con mucha gente que no son hombrólogos ni lo quieren ser y han hecho cadera, rodilla, de todo y dicen que a ellos le ha dado muy buen resultado, o

cirujanos que dicen, yo les pongo clavijas y andan muy bien, yo no he visto estadística, estuve buscando litografía de de la Sociedad de Ortopedia y no hay mucho publicado. Obviamente, los casos que trascienden on los que andan mal, pero viendo que una clavija puede migrar y sobre todo pensando que en una articulación, esa clavija empieza a hacer una microfátiga del metal que se puede partir y quedar un fragmento adentro, me asusta. Lo que se ha visto es un paciente con una artritis con dolor permanente, debido tal vez a las clavijas pasantes, pero están descritos muchos casos de artritis o artrosis secundaria cuando uno atraviesa la articulación acromioclavicular con clavijas y como aporte, hay un colega, Lucio Dechazal, que tiene un grado V, que todos los libros del mundo dicen operarlo; no tiene dolor y juega al rugby profesionalmente, entonces yo transmito lo que dice la bibliografía mundial, que cada caso tiene una indicación particular.

Dr. Iglesias: Le quería preguntar al Dr. Senes. Tengo poca experiencia en este tipo de cirugía, pero ví un paciente que tenía una fijación entre clavícula y coracoides, a partir de la molestia en la acromioclavicular, terminó con dolor en la esterno clavicular, que provocó que perdiera el paciente; no se si son casos comunes, que cuando se hace una fijación de la clavícula con acromión pueda tener como resultado dolor a nivel del esterno clavicular.

Dr. Senes: Yo estuve recavando información y en algunos casos de cirujanos con gran experiencia, por todos conocidos, les da excelentes resultados lo que se llama la suspensión dinámica de la clavícula, operación de Dewar y uno lo que ha visto es que se desinserta el tornillo o que está mal pasado

y que se fractura porque hay que pensar en su diámetro y en que pasar un tornillo a través de ella, la deja débil. No le puedo contestar sobre dolor a nivel esterno clavicular. no tengo experiencia.

Dr. Iglesias: Yo en un momento llegué a pensar que la fijación rígida en el extremo coraco clavicular tal vez hacía una inestabilidad del esterno clavicular secundaria, pero el paciente se cansó y lo perdí.

Dr. Senes: Las inestabilidades esterno clavicular primarias tienen que ser por un traumatismo muy grave, al hacer una deseción de una articulación esterno clavicular, uno piensa que no se puede luxar nunca porque tiene ligamentos tan fuertes, pero se luxa.

Dr. Iglesias: En este caso no tenía ninguna patología antes de operarse la esterno-clavicular.

Dr. Senes: No

Dr. Paus: Yo quisiera saber qué relación ví en las luxaciones agudas, 1er. episodio, artroscópicamente con slap y si fue correlacionado de alguna manera con el episodio traumático agudo.

Dr. Tacus: La luxación es un slap ampliado hacia todo el reborde del labrum. Cuando hemos tenido luxaciones francas, no hemos tenido luxaciones slap, porque por definición, es de la mitad hacia arriba, sino han sido desinserciones mucho más importantes. Nosotros no vimos ninguna luxación sin desinserción del labrum, como describe Pedro Guillen y él dice que una de las indicaciones no discutida en cuanto a la luxación aguda, es la artroscopía diagnóstica inicial, para ver si no hay desinserción de labrum.

MINERALES PARA DESCOLLAR
pero sabiendo cuales te faltan mediante:

EL HAIR TEST

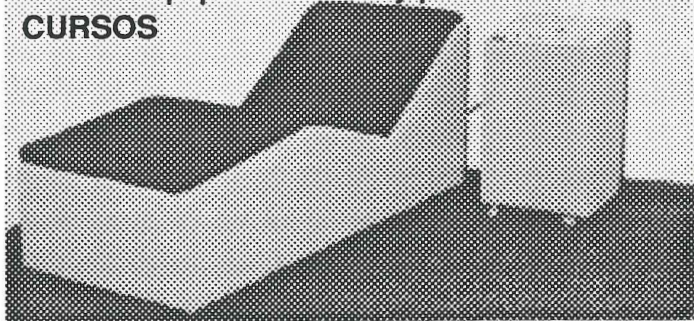
El HAIR TEST, Mineralograma de última generación, realizado en los laboratorios Doctor's Data de E.E.U.U. representados en forma exclusiva por este Centro, es la técnica más avanzada hoy en el mundo para detectar excesos o carencias de micronutrientes (minerales y oligoelementos).

El reequilibrio de estos micronutrientes por medio de la medicina ortomolecular es fundamental para lograr un rendimiento de alta performance según se ha demostrado en los países más avanzados del mundo.

MAGNETOTERAPIA

Equipos estáticos y portátiles

CURSOS



HAIR TEST S.A.

Estomba 1773 - Bs. As. Tel. 552-9988 Tel/Fax: 552-5135