

Síndrome de fricción acromial en deportistas. Tratamiento artroscópico

*Departamento de Artroscopia y
Medicina del Deporte.
Grupo de Traumatología de San Isidro.*

Trabajo retrospectivo monocéntrico

■ RESUMEN

El propósito de este estudio retrospectivo de 47 casos de pacientes deportistas aficionados con un Impingement Grado II y III de Neer, fue la evaluación de los resultados de la descompresión artroscópica.

Se realizó la descompresión Artroscópica en 47 hombros de 46 pacientes, deportistas recreacionales. Previamente todos fueron tratados con terapia conservadora sin resultados satisfactorios.

El follow-up promedio fue de 17,3 meses, y los resultados fueron evaluados según la clasificación de la UCLA (Universidad de California), y según un interrogatorio subjetivo. Se obtuvieron 85,1% de excelentes y buenos resultados y un 14,9% de resultados nulos o insatisfactorios.

De los deportistas, un 78% retornó a su nivel de actividad previa al cuadro y luego de la cirugía, previo un programa de rehabilitación estricto y con un retorno al deporte a los 6 meses (5,4 meses de promedio).

En la serie del estudio no se registraron complicaciones operatorias o postoperatorias.

Palabras clave: Descompresión subacromial - Manguito rotador - Fricción acromial.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the results of 47 consecutive subacromial decompressions in 46 patients with impingement syndrome and to assess the value of arthroscopy for subacromial decompression. Arthroscopie subacromial was performed on 46 consecutive patients with either stage II or stage III impingement syndrome in recreational athletes, after their injuries failed to improve with conservative therapy. Follow-up

averaged 17,3 months, and results were rated based on subjective responses. Patients were evaluated pre-and postoperatively using both the UCLA Shoulder Rating Scale and Neer's criteria. Of the results, 85,1% were rated as satisfactory, while 14,9% were unsatisfactory. The greatest margin of improvement was in the pain rating.

Postoperatively, 78% of the patients returned to their previous level. The average time to return to college-level competitive athletics for the recreational or nonathletes was 6 months (average 5,4). Radiographic evaluation using both the apical oblique and outlet views of the shoulder provides excellent documentation of preoperative subacromial bone pathology and postoperative bone removal. There were no complications in the series.

Correspondencia: *Dr. Alberto Pienovi*

Centro de Traumatología y Ortopedia, San Isidro.

Av. Del Libertador 16664 (1642) San Isidro, Prov. de Bs. As.

Key Words: Arthroscopic decompression - Rotator cuff - Impingement.

Introducción

Neer (1972) describió extensamente esta afección, clasificándola y proponiendo un tratamiento de acuerdo al grado clínico y radiológico.

Hasta el momento y con el desarrollo del tratamiento artroscópico, se han descrito varios trabajos sobre el tema, técnica y resultados.

Básicamente, el fracaso del tratamiento conservador, y la Resonancia Magnética Nuclear en la actualidad, definen el cuadro y son pasibles del tratamiento artroscópico.

En los reportes se obtuvieron diferentes resultados, coincidiendo en los excelentes o buenos en los pacientes con poca actividad física y menos alentadores en los deportistas de alta exigencia. También es manifiesta la coincidencia en los mejores resultados con tratamientos artroscópicos respecto a los antiguos tratamientos a cielo abierto.

En este trabajo evaluamos nuestros resultados con deportistas aficionados y amateurs, y con deportes como tenis, squash, rugby, fútbol, hockey, y otros, todos de gran exigencia para la articulación del hombro.

Material y métodos

Entre 1994 y 1996 (2,8 años), 46 deportistas con fricción acromial requirieron tratamiento artroscópico, en 47 hombros.

Todos se encontraban dentro del Grado II y III de Neer, y habían recibido un tratamiento conservador previo. De ellos, 29 (61%) habían sido infiltrados por lo menos un vez.

El follow-up varió entre 6 meses a 2 años, con un promedio de 17,3 meses.

La edad promedio fue de 23,5 años con un rango de 16 a 35 años. De ellos 34 hombres y 12 mujeres. El hombro dominante prevaleció en la serie con un 87,3% (41).

La duración de los síntomas previa a la artroscopía fue de 8,2 meses (4 a 21) y todos habían recibido algún tipo de tratamiento conservador previo. Del total, 37 pacientes presentaban antecedentes de trauma o microtrauma previo, y sólo 9 presentaron un traumatismo de importancia que desencadenó el cuadro.

El dolor se presentaba con el deporte en 46 de los casos, con la actividad diaria en 31 de los casos, espontáneamente en 14 casos y el dolor nocturno en 21 casos.

En 12 pacientes se encontró limitación real del rango de movilidad, desde mínimas limitaciones hasta hombro congelado (2 casos). En ningún caso se interpretó como rotura completa del manguito rotador y las insuficiencias musculares halladas fueron solamente parciales.

El signo de aprehensión fue positivo en 42 casos y sólo 6 presentaban patología acromioclavicular.

Radiográficamente, 17 pacientes presentaron un acromion en gancho, 19 un acromion curvo y 10 un acromion plano. Sólo 7 presentaron patología acromioclavicular.

La resonancia magnética, procedimiento que se realiza de rutina en los pacientes quirúrgicos, presentó en 42 casos algún signo positivo de la patología, en 27 se constató disminución de la luz articular, en 18 una franca disminución del espacio subacromial.

Todos los pacientes refirieron en el preoperatorio una disminución en su rendimiento deportivo hasta una imposibilidad completa para la práctica de los mismos.

El concepto de la insuficiencia muscular es muy importante para la comprensión del tratamiento no quirúrgico y para el correcto manejo del postoperatorio. El fortalecimiento del manguito rotador colabora en el centrado de la cabeza humeral disminuyendo su ascenso y la consiguiente fricción sobre el acromion.

En los últimos años el procedimiento artroscópico ha demostrado beneficios sobre la misma técnica a cielo abierto. La menor agresión sobre los tejidos, la perfecta identificación de las estructuras anatómicas y sus variantes, la valoración intraoperatoria del funcionamiento del manguito rotador, el tratamiento de las lesiones asociadas intraarticulares tan frecuentes, son entre otras las razones para sugerir un tratamiento artroscópico.

Sin embargo, la técnica artroscópica es demandante, y debe ser efectuada en forma precisa ya que pequeños defectos técnicos producen gran sintomatología y el fracaso del método.

La técnica quirúrgica se realizó en decúbito lateral en 23 de los casos con 30% de abducción y 15% de flexión, y en «beach-chair» en 24. La utilización de la bomba de insuflación se considera necesaria para este procedimiento. La infiltración con epinefrina previo al abordaje, colabora con la hemostasis de la zona.

La anestesia utilizada fue general en 41 casos e interescalénica en 6 casos. En todos los casos se realizó una semiología articular previa a la descompresión encontrando: en 23 casos tendinitis del bíceps, en 27 casos

**Tabla 1: University of California at Los Angeles.
Escala de evaluación**

| Características | Clasificación |
|--|----------------------|
| Dolor | |
| Presente siempre, insoportable. Analgésicos frecuentemente | 1 |
| Presente frecuentemente, soportable Analgésicos ocasionalmente | 2 |
| Poco o algo al dormir. Presente con actividad liviana Analgésicos simples frecuentemente | 4 |
| Dolor con actividad intensa o ejercicios en particular Analgésicos simples ocasionalmente | 6 |
| Dolor ocasional y liviano | 8 |
| Indoloro | 10 |
| Función | |
| Incapacidad de uso del miembro | 1 |
| Sólo posibilidad de actividades livianas | 2 |
| Posibilidad de actividades de la casa y diarias | 4 |
| Actividades de la casa, conducir, peinarse, vestirse | 6 |
| Pequeñas restricciones, posibles trabajos sobre el hombro | 8 |
| Actividades normales | 10 |
| Flexión anterior activa, grados: | |
| > 150 | 5 |
| 120-150 | 4 |
| 90-120 | 3 |
| 45-90 | 2 |
| 30-45 | 1 |
| > 30 | 0 |
| Fuerza en la flexión anterior (test manual) | |
| 5 (normal) | 5 |
| 4 (bueno) | 4 |
| 3 (regular) | 3 |
| 2 (pobre) | 2 |
| 1 (sólo contracción) | 1 |
| 0 (nada) | 0 |
| Satisfacción del paciente | |
| Satisfecho | 5 |
| No satisfecho | 0 |
| Máximo puntaje | 35 puntos |
| Excelente | 34-35 puntos |
| Bueno | 28-33 puntos |
| Regular | 21-27 puntos |
| Pobre | 0-20 puntos |

algún tipo de sinovitis articular, en 12 casos una desinserción parcial del labrum, en 7 un SLAP manifiesto y en 3 un SLAP grado III con un asa de balde luxada.

En 17 casos se encontró lesión del cartílago articular tanto del húmero o de la glena, con grados variables de condromalasia. En 3 casos se halló una lesión manifiesta de Hill Sachs.

Dentro de los procedimientos intrarticulares se realizaron debridamiento de lesiones del Labrum, de lesiones del bíceps y de sinovitis varias y en las diferentes ubicaciones.

En 6 casos se debieron reinsertar lesiones de Labrum anterosuperior (SALP), y en 2 re inserción del complejo capsuloligamentario.

La regularización de las lesiones osteocartilaginosas se realizó siempre que fuera necesaria.

El espacio subacromial fue abordado inicialmente por un portal posterior pero los portales lateral y anterior se alternan indistintamente para lograr una técnica satisfactoria.

Luego de una prolija electrocoagulación se debridó la bursa hasta determinar los límites de la descompresión y de realizar una detallada semiología quirúrgica y un diagnóstico intraoperatorio de la etiología del cuadro.

La descompresión se realizó reseccando entre 4 y 12 mm del borde inferior del acromion (Fig. 1) tomando como límite externo a la inserción del deltoides, como límite anterior al ligamento coracoacromial y como límite interno la articulación acromioclavicular.

El ligamento coracoacromial no es seccionado en forma sistemática (a diferencia con el cuadro degenerativo) y de realizarla lo efectuamos con electrobisturí.

El postoperatorio incluye, vendaje simple, e inicio de la rehabilitación según confort a las 72 hs postoperatorio. El protocolo de rehabilitación prevee etapas a las que el paciente debe acceder como objetivos antes de avanzar a la siguiente.

A las cuatro semanas se comienza en forma progresiva con un programa de fortalecimiento y comienzan los ejercicios por sobre el hombro.

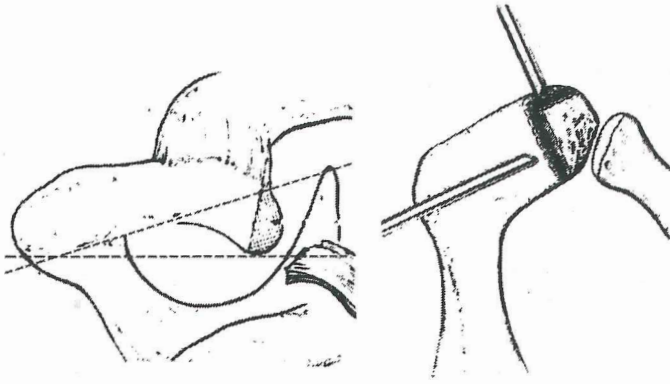


Figura 1: La descompresión acromial se realiza en el ángulo anterolateral, remodelando la forma de acromion

Sólo se autorizan los deportes de contacto luego de los 6 meses.

Los resultados fueron evaluados según la escala de la Universidad de la UCLA y subjetivos. Sólo fueron considerados como satisfactorios aquellos casos de retorno completo al deporte.

Resultados

Del total, 40 pacientes (85,1%) resultaron como excelentes o muy buenos y 7 (14,9%) con resultados insatisfactorios.

Todos los pacientes recuperaron la movilidad pasiva y sólo 4 quedaron con una mínima limitación de la movilidad activa.

En cuanto al dolor, 42 pacientes refirieron una franca mejoría, 3 no notaron cambios y 2 sus síntomas aumentaron.

Aunque ante la evaluación una amplia mayoría obtuvo resultados satisfactorios, un 19% de los pacientes refirió algún tipo de molestia o inconvenientes con sus deportes.

Ante la pregunta si repetiría un procedimiento similar ante su cuadro previo, sólo 3 pacientes respondieron decididamente que no.

A dos pacientes se le repitió la descompresión artroscópica por considerarse fracasado el tratamiento inicial.

No se registraron complicaciones operatorias ni postoperatorias relacionadas con el procedimiento.

Discusión

La causa del Síndrome de Fricción subacromial es generalmente múltiple y no única. En general se asocia

una forma anatómica del acromion predisponente, con antecedentes de causas traumáticas o microtraumáticas.

El estadio clínico y las lesiones asociadas son en parte responsables del resultado, siendo menores los resultados cuando mayores son las lesiones asociadas.

Si bien algunos pacientes no retornan a su nivel de juego anterior, la gran mayoría mejora notablemente su cuadro y volvería a repetir el tratamiento en una condición similar.

Cuanto más alto sea el nivel del atleta más difícil será lograr un resultado con restitución completa y mayor será la exigencia del deportista respecto al resultado.

Conclusiones

El resultado satisfactorio se obtuvo en un 85,1% de los pacientes en los que se realizó la descompresión artroscópica del Síndrome de Fricción Subacromial.

Aunque casi la totalidad de los pacientes evaluados presentaron mejoría de la sintomatología, pocos obtuvieron el mismo nivel y rendimiento deportivo previo.

El 78% de los pacientes de esta serie retornaron al deporte competitivo dentro del deporte aficionado del que provenían.

Bibliografía

1. Neer CS II. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1972; 54: 41-50.
2. Esch JC, Ozerkis LR, Helgager JA, Kane N, Lilliott N. Arthroscopic subacromial decompression: results according to the degree of rotator cuff tear. *Arthroscopy* 1988; 4: 241-9.
3. Altchek DW, Warren RF, Wickiewicz TL, Skyhar MJ, Ortiz G, Schwartz E. Arthroscopic acromioplasty. *J Bone Joint Surg (Am)* 1990; 72: 1198-207.
4. Snyder SJ, Pachelli AF, Del Pizzo W, Friedman MJ, Ferkel RD, Pattee G. Partial thickness rotator cuff tear: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy* 1991; 7: 1-7.
5. Caspari RB. Pathology that can be identified arthroscopically in the glenohumeral joint and subacromial space. *Proceedings of the Fifty-Eighth Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedics Surgeons* 1991; 58: 144.
6. Ellman H, Kay S. Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement. *J Bone Joint Surg (Br)* 1991; 73: 395-8.