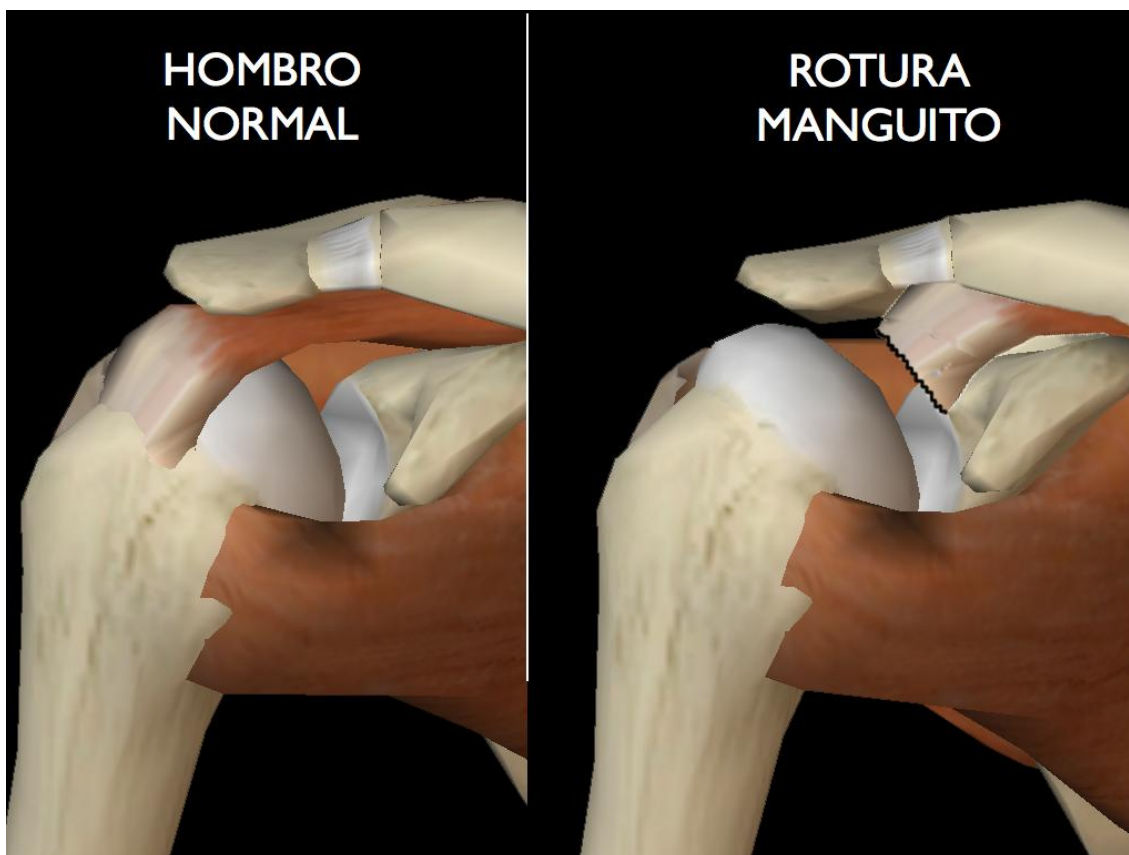


## Roturas masivas no reparables del manguito rotador



Los desgarros masivos del manguito rotador son desgarros mayores de 5 cm de tamaño e implican al menos los componentes del supraespinoso y el infraespinoso del manguito rotador. Pueden extenderse en el subescapular y redondo menor también.

Una rotura masiva es inusual en un paciente joven (debajo de 60 años de edad). Son mucho más comunes en las personas mayores. Ahora se reconoce que los desgarros masivos ocurren en pacientes con degeneración y atrofia del manguito rotador. La causa de esto puede ser genética o simplemente relacionada con la edad o una combinación de ambos. Una caída o lesión leve puede conducir al fallo final del manguito con extensión del desgarrro, de modo que los músculos no puedan compensar los tendones lesionados. Esto conduce a la debilidad y dolor del hombro. Esto a menudo es extremadamente incapacitante.

Además del daño del tendón, los músculos también degeneran. Se cree que esto se debe al desuso del músculo, el envejecimiento y el daño celular programado (heredado). Este proceso aparece como atrofia muscular (desgaste del músculo) e infiltración grasa del músculo (reemplazo del músculo por tejido graso).



Los pacientes con roturas masivas que muestran atrofia marcada e infiltración grasa tienen resultados clínicos más pobres que aquellos que no tienen estos cambios

La reparación quirúrgica de los desgarros masivos del manguito rotador no es tan exitosa como las roturas pequeñas o moderadas (<5cm). Esto es porque:

La curación del tendón degenerado no es buena

Si hay más grasa que músculo en el vientre muscular, el proceso de curación y recuperación funcional no se produce después de la reparación

El nervio que alimenta a los músculos del manguito rotador (suprascapular) puede estar dañado, ya que se comprime cuando los músculos se retraen. Esto también puede conducir a una mayor atrofia muscular e infiltración grasa.

Esto significa que incluso si el tendón técnicamente puede ser fijado en su lugar por su cirujano, no puede cicatrizar y funcionar.

Sin embargo, se recomienda que un desgarrado masivo en un paciente activo sea reparado tan pronto como sea posible, antes de que se produzcan cambios irreversibles en el músculo. Una reparación ayudará a restablecer un par de fuerza del manguito rotador. El nervio suprascapular puede recuperarse después de una reparación. Se observa una mejora funcional significativa en los pacientes con roturas masivas que sufren incluso una reparación parcial, y por lo tanto, los intentos de reparación se indican en los pacientes para mejorar los resultados funcionales cuando sea factible.

La reparación directa del tendón en estos desgarrados degenerativos masivos tiene una tasa de fracaso alta, superior al 50%. Si la infiltración grasa y el tamaño del desgarrado son demasiado grandes, entonces una reparación es a menudo inútil. En estas situaciones, las opciones se enumeran a continuación. La decisión sobre qué tratamiento utilizar depende de: la edad del paciente, la salud médica general, el tiempo de la lesión, los requisitos funcionales, la experiencia del cirujano y las instalaciones disponibles.

Éstas incluyen:

**Programa de rehabilitación deltoidea** – entrenamiento del músculo deltoides para hacerse cargo de las funciones de los músculos del manguito rotador lesionados. Con frecuencia combinamos esto con una inyección de nervio suprascapular para el alivio del dolor.

**Infiltraciones** – para el alivio del dolor, combinado con un programa de rehabilitación del deltoides. Los esteroides son un antiinflamatorio fuerte, pero sólo tienen un beneficio a corto plazo y existe el riesgo de un mayor debilitamiento de los tendones con inyecciones repetidas. El ácido hialurónico y el plasma rico en plaquetas son más seguros y pueden durar más tiempo, pero son un anti-inflamatorio más débil.

**Reparación del tendón con materiales ortobiológicos** – se han desarrollado muchos nuevos materiales biológicos para tratar de aumentar y tratar de mejorar la curación del manguito de los rotadores. Esta tecnología es nueva y no se utiliza ampliamente, ya que los beneficios aún no están claros debido a los estudios clínicos insuficientes hasta el momento.

**Procedimientos de Transferencia de Músculo** – Esta cirugía implica mover un músculo fuerte de su posición original a la articulación del hombro para mejorar ciertas funciones del hombro. Esto sólo se utiliza en ciertos casos, principalmente las personas más jóvenes que tienen trabajos exigentes.

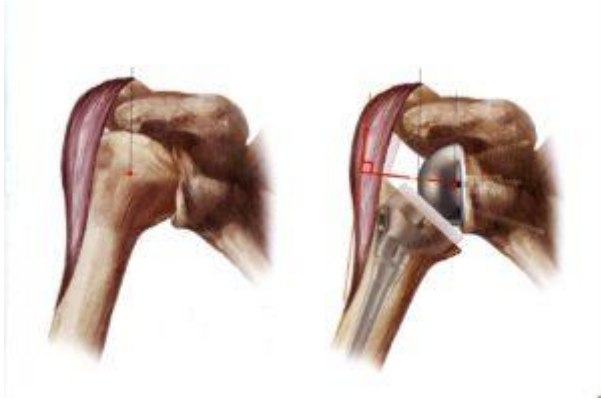
**Descompresión subacromial artroscópica, desbridamiento y tenotomía bíceps:** esta operación es eficaz en más de un 80% para resolver el dolor en personas con un desgarro masivo del manguito, sin embargo, no es eficaz para mejorar la función o la fuerza del hombro.

**Procedimiento de colocación espaciador subacromial** – una nueva técnica que ha mostrado resultados similares a un procedimiento de desbridamiento. Puede ser mejor y equivalente a otras técnicas, pero la investigación es temprana y en desarrollo. Consiste en la colocación por vía artroscópica de un balón relleno de suero fisiológico que actúa como un espaciador entre la cabeza humeral y el acromial.



**Reconstrucción Capsular Superior Artroscópica**– otra nueva técnica, similar a una reparación del manguito. Se usa un tejido resistente obtenido del propio paciente que se ancla mediante suturas al borde superior de la glena y a la cabeza humeral impidiendo su ascenso.

**Prótesis invertida de hombro** – Esto se indica para una condición llamada “artropatía del manguito”. Esto es cuando el desgarro masivo se asocia con la artritis de la articulación. Sólo se realiza en personas mayores, ya que la vida útil del reemplazo es probablemente limitada (aproximadamente 10 años).



Para determinar el mejor tratamiento para cada individuo, se requiere una exploración adecuada y un examen minucioso por un cirujano experto el hombro. Las opciones de tratamiento y los resultados dependen de muchos factores (algunos de los cuales no se han mencionado anteriormente, como el tabaquismo, la edad, el trabajo, el cumplimiento de la rehabilitación, la experiencia del cirujano y terapeuta, etc.). Cualquiera que sea el tratamiento que se opte por los resultados y las metas deben ser realistas y la recuperación puede ser lenta. Las tasas de éxito promedio alrededor de 70-80% y puede tomar hasta un año para lograr plenamente la recuperación máxima.

Antonio J. de Paz Díaz  
Grado Fisioterapia UEM Col. 029  
Master ARD por COE  
Profesor Titular CESUR  
Fisioterapeuta RFEBS