

Bursectomía y resección del ángulo superomedial escapular endoscópicas en el tratamiento del Síndrome del crujido escapulotorácico.

Giménez Ibáñez S, Abellán Guillén JF, Salmerón Martín V, Moya Trujillo F, Moreno Sánchez I, Latorre Coy MP
Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer (Murcia)

Introducción

El Síndrome del crujido escapulotorácico es una afección multifactorial poco frecuente del hombro que se identifica a menudo en pacientes que realizan actividades repetitivas de la cintura escapular, debido a la fricción constante entre la escápula y la caja torácica. Se caracteriza típicamente por una crepitación palpable o audible, acompañada o no de dolor, que puede llegar a causar una limitación funcional importante en el paciente. La mayoría de los pacientes presentan respuesta al tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico suele reservarse a aquellos casos en que el dolor se debe a un impingement producido por estructuras óseas y a aquellos en los que el tratamiento conservador inicial ha fracasado. Históricamente, las opciones quirúrgicas han consistido principalmente en técnicas abiertas, aunque a medida que la artroscopia ha ido avanzando y ampliando su campo de acción, ésta se ha convertido en una alternativa válida y efectiva en el tratamiento de esta patología.

Objetivos

En este artículo, describimos la técnica quirúrgica para el acceso al espacio escapulotorácico y los principios básicos de la descompresión endoscópica del ángulo superomedial de la escápula.

Material y metodología

Presentamos el caso de un paciente de 29 años sin antecedentes de interés que presenta un chasquido acompañado de dolor a nivel de escápula derecha con la movilización del miembro superior de años de evolución. Tras un adecuado diagnóstico diferencial y dada la falta de respuesta a medidas conservadoras, se procede a la descompresión endoscópica del espacio escapulotorácico mediante bursectomía y resección del ángulo superomedial de la escápula. Para ello, colocamos al paciente en decúbito prono, con rotación interna completa del hombro para elevar y separar la escápula de la pared torácica, permitiéndonos el acceso a través de los portales escapulotorácicos mediales superior e inferior. Referencias anatómicas de interés son el ángulo superomedial y la espina, además del nervio y la arteria dorsales de la escápula, que discurren aproximadamente a 1-2cm del borde medial y profundos al romboides, por lo que será importante acceder a al menos 3cm de éste y manejar cuidadosamente los trócares con el objetivo de respetar estas estructuras. Una vez en situados en la cara anterior del ángulo superomedial de la escápula, procedemos a la bursectomía y escapulectomía parcial mediante fresado, que se lleva a cabo sin incidencias.

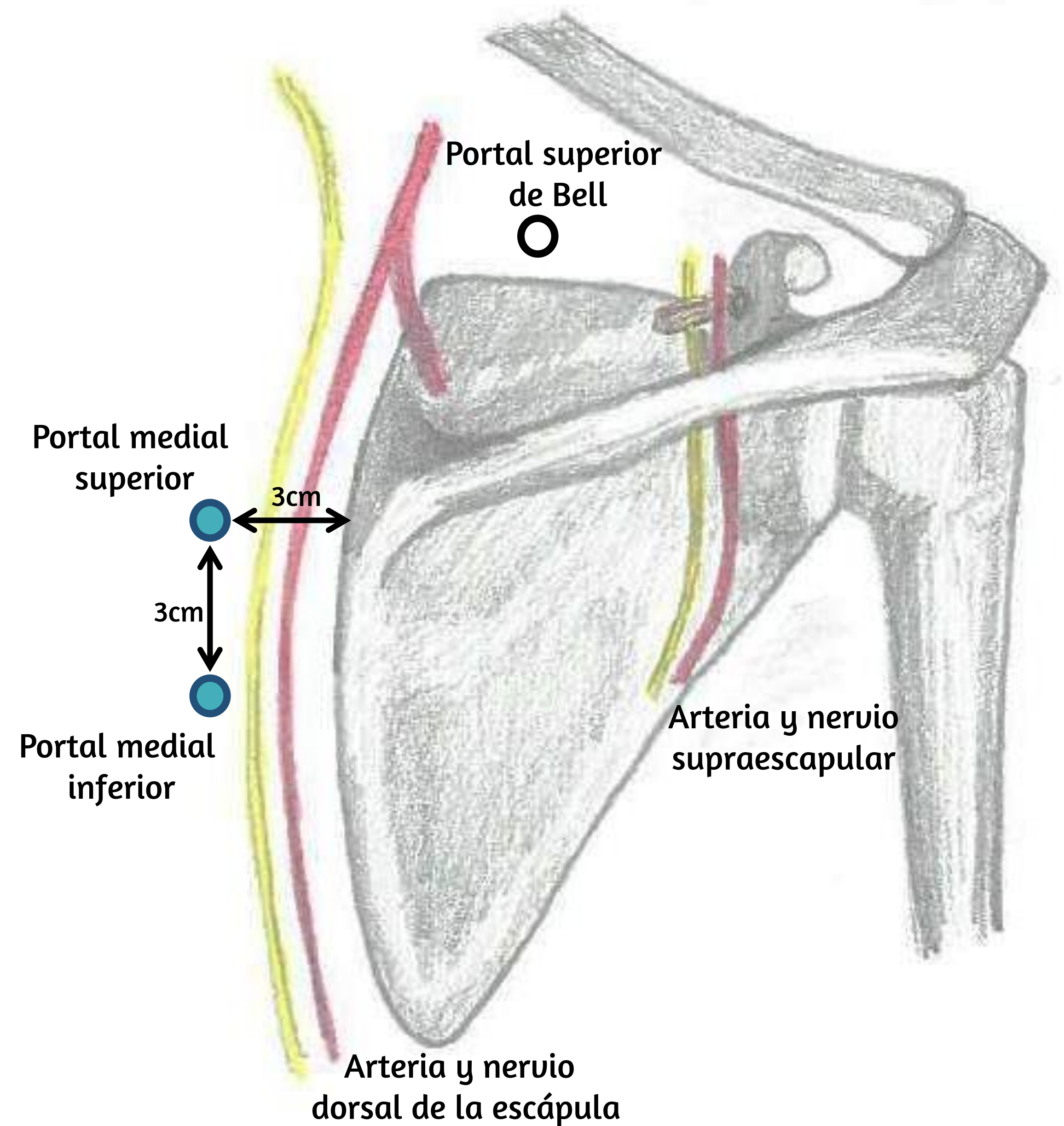


Figura 1. Visión posterior de región escapular derecha: relaciones anatómicas de los portales mediales superior e inferior.

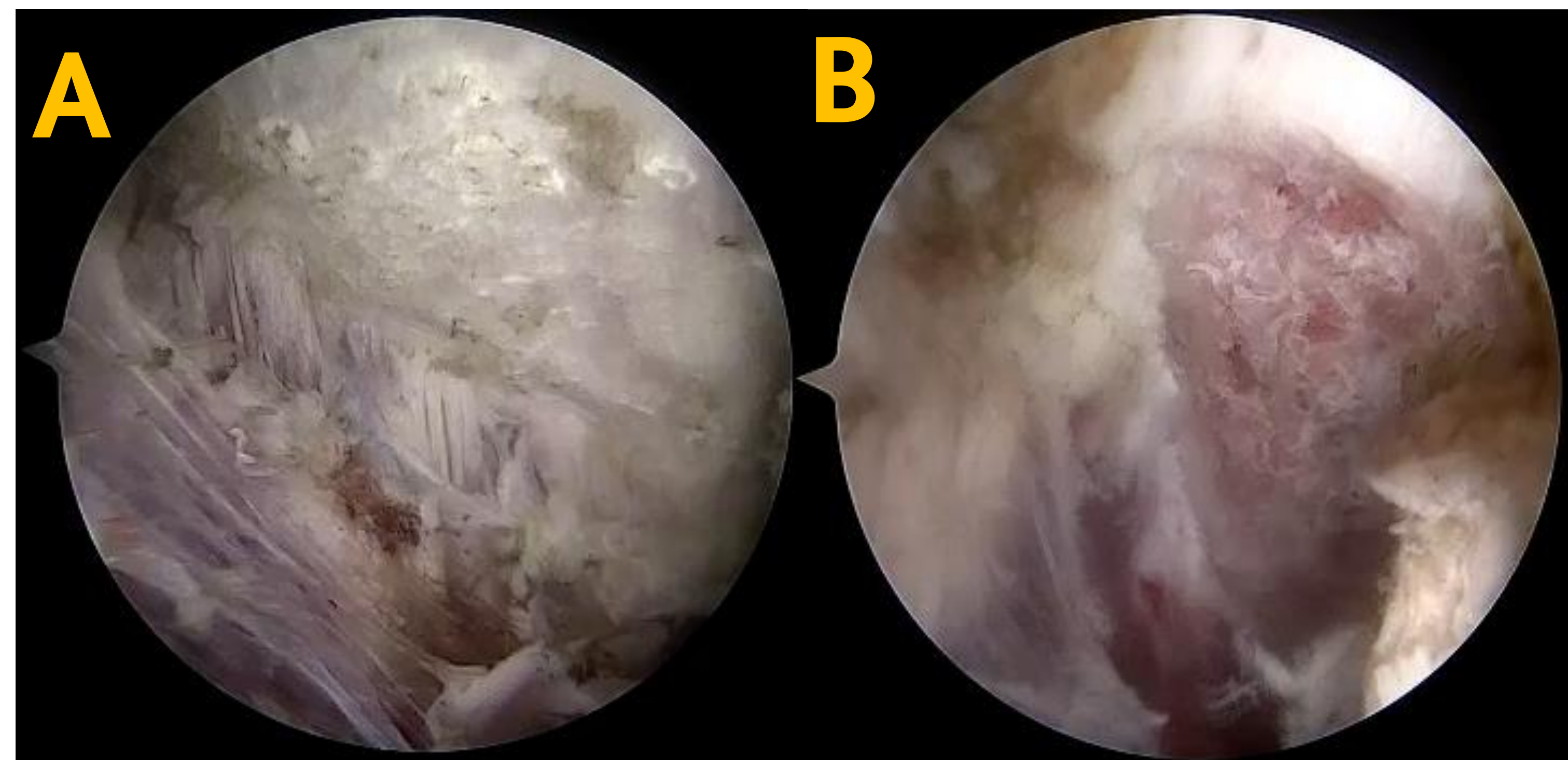


Figura 2. Imágenes de la endoscopia escapulotorácica. Exposición del hueso del ángulo superomedial (A). Resultado tras resección mediante fresado (B).

Resultados

A los tres meses de la intervención y tras el tratamiento rehabilitador, el paciente evoluciona sin incidencias. Se consigue la resolución de los síntomas preoperatorios, un balance articular completo no doloroso y la vuelta a las actividades de la vida diaria y laboral.

Conclusiones

El manejo endoscópico del síndrome del crujido escapulotorácico presenta buenos resultados en cuanto a mejoría significativa del dolor, la crepitación y del rango de movimiento, siendo una técnica relativamente segura y que permite al paciente una rehabilitación precoz con respecto a la cirugía abierta al preservar las inserciones musculares.