

# Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología



## Tendencia de manejo de patología de manguito rotador en Ecuador

Autores: Cháves Lara C., Torres Dávila B.



Caso clínico

## Tendencia de manejo de patología de manguito rotador en Ecuador

Cháves Lara C.<sup>1\*</sup>, Torres Dávila B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente Postgrado de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Católica de Quito, Ecuador

<sup>2</sup> Médico Tratante del Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Vozandes y Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador

Recibido: 28/02/2022 Revisado: 20/03/2022 Publicado: 1/04/2022

### PALABRAS CLAVE

Manguito rotador;  
Supraespinoso;  
Artroscopia;  
Cirugía abierta;  
Ecografía;  
Resonancia magnética

### Resumen

El síndrome de manguito rotador, o la patología que involucra esta área anatómica, se ha convertido en una de las causas más frecuentes de consulta en áreas de atención primaria, así como consultorios de especialidad, habiéndose descrito de esta forma un abanico amplio de opciones tanto diagnósticas como terapéuticas, el objetivo del presente estudio es proporcionar un escenario sobre la tendencia actual en el manejo de este tipo de patologías en nuestro país.

### PALABRAS CLAVE

Rotator cuff;  
Supraspinatus;  
Arthroscopy;  
Open surgery;  
Acography;  
Magnetic resonance

### Rotator cuff pathology management trend in Ecuador

#### Abstract

Rotator cuff syndrome, or the pathology that involves this anatomical area, has become one of the most frequent causes of consultation in primary care areas, as well as specialty clinics, having thus described a wide range of options both diagnostic as well as therapeutic, the objective of this study is to provide a scenario on the current trend in the management of this type of pathology in our country.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico autor: carloschaveslara@hotmail.com (Cháves Lara C.)

Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología. 2022; 11 (1); 18 - 22

## Introducción

La patología de manguito rotador, es una de las causas más frecuentes de dolor en el hombro y uno de los motivos por el que más acuden los pacientes a la consulta en sala de Ortopedia<sup>1,2</sup>, es por eso que se vuelve necesario dar una manejo adecuada a estos pacientes, de ahí parte la necesidad de este estudio, en el cual se realiza una evaluación de los métodos diagnósticos y terapéuticos con respecto a la patología de manguito rotador en el Ecuador.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo transversal, mediante encuesta, con respuestas de sí o no, o respuestas de opción múltiple, en el cual se evalúan la procedencia del Ortopedista, y los diferentes métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados en el tratamiento de patología del manguito rotador, así como el programa de terapia física utilizado, habiéndose obtenido 56 respuestas, cuyos resultados se detallan a continuación.

## Marco teórico

La lesión del manguito rotador es una entidad clínica muy frecuente, afectando a aproximadamente 4 % de la población general<sup>2</sup>, teniendo como grupo etario de prevalencia los pacientes que superan los 50 años de edad, existiendo numerosas técnicas descritas utilizadas para su tratamiento cuyo objetivo final será eliminar el dolor, restaurar la función y preservar la biomecánica<sup>3</sup>.

Los tipos de lesión pueden ser tanto traumáticos como degenerativos<sup>5</sup>, de ahí la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física que por sí solas confieren una sensibilidad de 90% y especificidad de 54%<sup>7</sup>, acompañada de estudios de imagen lo cual nos permite identificar el grado de afectación, las estructuras anatómicas comprometidas y por consiguiente la decisión de tratamiento para cada paciente.

Los estudios de imagen que se han utilizado a lo largo de los años para realizar el diagnóstico de ruptura de manguito rotador van desde la rx convencional de hombro que nos permite ver traslaciones de la cabeza humeral o alteraciones de la articulación glenohumeral, ecografía de hombro que se ha utilizado durante mucho tiempo aunque ha perdido su validez al ser un estudio operador dependiente y en la actualidad la resonancia magnética y la artroresonancia<sup>6</sup>, es el estudio de elección para diagnóstico y tratamiento de patologías del manguito rotador<sup>13</sup>.

El tratamiento a utilizar depende mucho del tipo de paciente, el tipo de lesión y las condiciones clínicas asociadas<sup>4</sup>, de manera que el cirujano haga la elección

en base a un análisis completo de la exploración física y los hallazgos obtenidos en estudios de imagen, una vez dicho esto existen numerosas alternativas al momento de decidir un tratamiento que va desde el manejo conservador lo que incluye reposo y modificación de la actividad, utilización de cabestrillo, antiinflamatorios orales, crioterapia y fisioterapia precoz<sup>9</sup> o la alternativa quirúrgica.

Una vez se toma la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico se exponen un abanico de opciones, dejando al cirujano en la libertad de escoger la más adecuada en base a su experiencia, entrenamiento y características de la lesión.

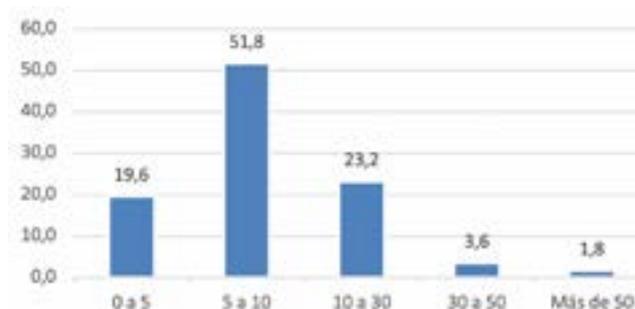
La técnica considerada como el Gold Estándar para el manejo de Lesión de manguito rotador<sup>3,8</sup> es la técnica de una hilera, aunque en la actualidad han aparecido técnicas tal como la técnica doble hilera que se basa en una reconstrucción más anatómica y en teoría, biomecánicamente más estable al haber una mayor superficie de contacto hueso tendón<sup>12</sup>, no existe una diferencia estadísticamente significativa que indique que esta tenga mayor efectividad que la técnica de hilera simple por lo que en la actualidad se mantiene el uso de ambas<sup>10</sup>. Cuando se cubre correctamente la huella de inserción o "footprint", en las roturas mayores la tendencia a utilizar es la técnica de doble hilera<sup>11</sup>.

Es de vital importancia, la terapia física en el manejo del patología de hombro, siendo esta la opción de tratamiento inicial, siendo incluso el tratamiento final bajo ciertas circunstancias, como paciente de baja demanda funcional, con contraindicación de intervención quirúrgica<sup>15</sup>. Además de programas de terapia física que se utilizan en el post quirúrgico, cuyo objetivo final es garantizar el éxito de la intervención quirúrgica<sup>13</sup>. Basados en esta introducción, presentamos los resultados de nuestro estudio.

## Resultados

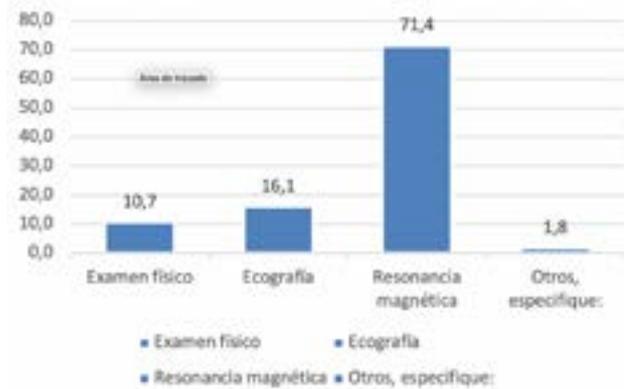
Los resultados se presentan en porcentaje, una vez se ha completado la recolección de datos, y después de haber realizado el análisis estadístico adecuado.

¿Cuántos pacientes de lesión de manguito rotador, atiende usted al mes?. (Figura 1)



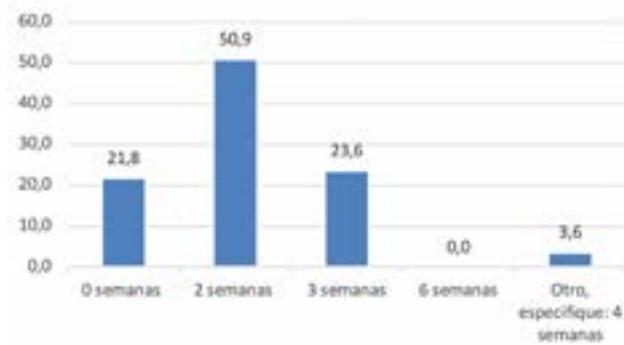
**Figura 1.** Número de pacientes atendidos por mes, con patología de manguito rotador.

La confirmación del diagnóstico de lesión de manguito rotador, usted lo realiza con: (Figura 2)



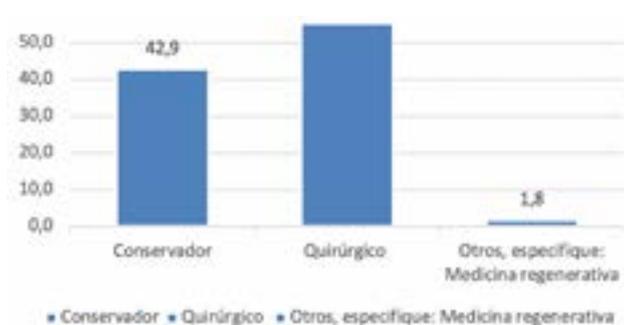
**Figura 2.** Tipo de examen de confirmación de lesión de manguito rotador.

En un paciente menor de 65 años, con diagnóstico de rotura completa de manguito rotador, ¿cuál es su opción de tratamiento primaria?. (Figura 3)



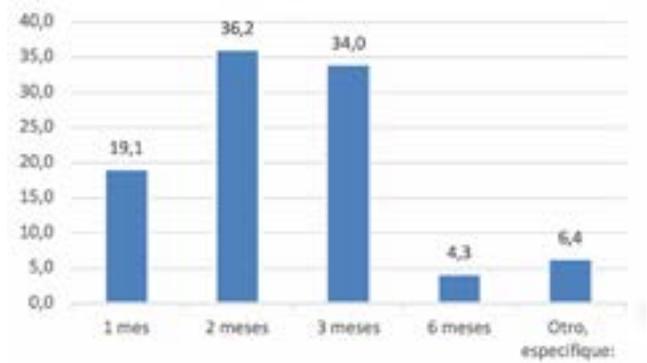
**Figura 3.** Tipo de tratamiento primario en paciente menor a 65 años.

En un paciente mayor de 65 años, con diagnóstico de rotura completa de manguito rotador, cuál es su opción de tratamiento primaria. (Figura 4)



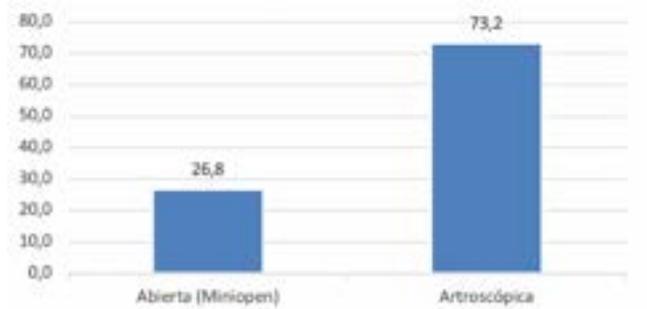
**Figura 4.** Tipo de tratamiento primario en paciente mayor a 65 años.

Si su opción de tratamiento es conservadora, ¿cuánto tiempo de fisioterapia prescribe, antes de tomar una decisión quirúrgica?. (Figura 5)



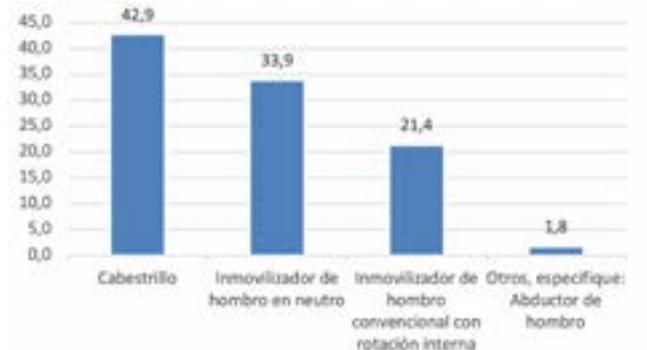
**Figura 5.** Tiempo de fisioterapia previa a cirugía

Si usted decide realizar intervención quirúrgica, ¿su opción terapéutica es? (Figura 6)



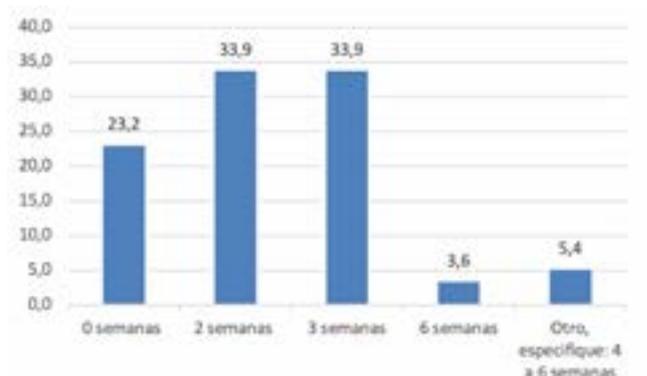
**Figura 6.** Tipo de intervención quirúrgica.

¿Una vez intervenido su paciente, usted procede a inmovilizar con?: (Figura 7)



**Figura 7.** Tipos de inmovilizadores postquirúrgicos

Con respecto a la fisioterapia postoperatoria, ¿usted restringe cualquier tipo de movimiento durante?: (Figura 8)



**Figura 8.** Tiempo de restricción de movimiento

La movilidad pasiva, usted la empieza a: (Figura 9)

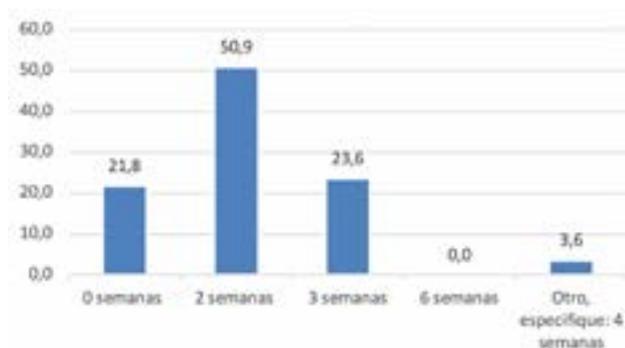


Figura 9. Tiempo de inicio de movilidad pasiva

La movilidad activa asistida, usted la empieza a: (Figura 10)

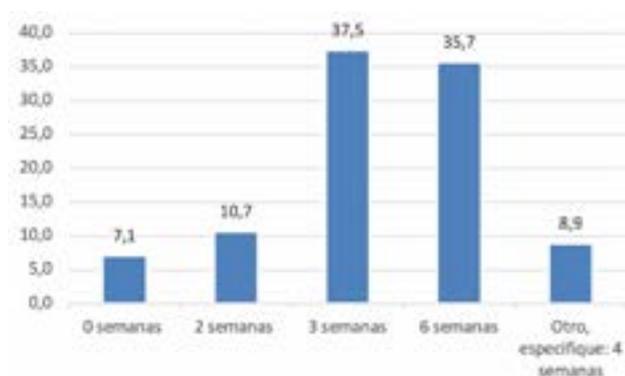


Figura 10. Tiempo de inicio de movilidad asistida

La movilidad activa resistida, usted la empieza a: (Figura 11)

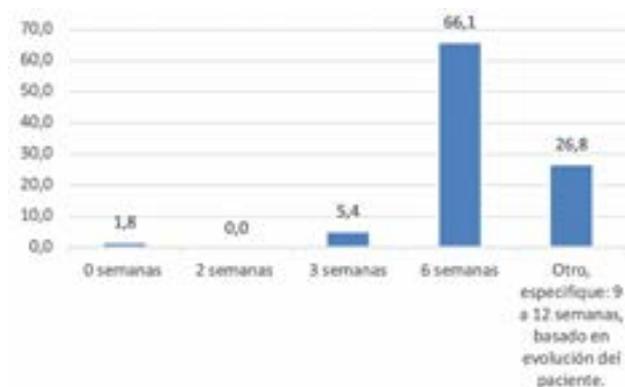


Figura 11. Tiempo de inicio de movilidad activa resistida.

## Discusión

Las lesiones de manguito rotador, como ya mencionamos previamente, son una causa frecuente de consulta en sala de Ortopedia, y la gran cantidad de tratamientos descritos, así como las escuelas de formación de cada uno de los médicos que atienden este tipo de paciente, nos permite obtener un abanico de opciones en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

En nuestro estudio se demostró que existen numerosos pacientes que han sido atendidos en el área de consulta externa, la confirmación del diagnóstico de patología de manguito rotador se obtiene con estudios de imagen, de

los cuales el más utilizado es la Resonancia Magnética, lo cual se equipara a estudios internacionales como Chianca et al (2018)<sup>2</sup>, confirmándose que el estudio de Resonancia magnética es el estudio de elección para el abordaje de estas lesiones.

Aunque tradicionalmente se ha descrito la técnica abierta en la reparación de manguito rotador, el uso de Artroscopia y la posibilidad de acceder cada vez más a este recurso, la ha convertido en el método de intervención quirúrgica más utilizado en la actualidad, en nuestro caso en particular con un relación de 3 a 1, con un 73,1% de los participantes, con respecto a la cirugía abierta.

Para el manejo postoperatorio se han descrito, múltiples métodos de inmovilización y además numerosos protocolos de terapia física, nuestros resultados destacan el uso de un cabestrillo simple para el manejo del postoperatorio inmediato y con respecto al manejo de movilidad, el 50% de participantes la utilizan a las 2 semanas del postoperatorio lo que se equipara con series internacionales, en cuanto a la movilidad pasiva, se evidencia un promedio de 3 semanas y la movilidad contra resistencia casi de manera unánime se inicia a las 6 semanas, aunque cabe resaltar que este es un proceso dinámico, y la recomendación es progresar en base a los logros del paciente antes que en periodos de tiempo estrictos<sup>15</sup>.

## Agradecimiento

Es importante dar un agradecimiento a todos los autores de esta publicación, por el tiempo y el esfuerzo invertido en el desarrollo del mismo, y a todos los participantes que contribuyeron con su respuesta, fomentando así el desarrollo de trabajos de investigación y su contribución a la sociedad científica de nuestra comunidad.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización del presente artículo. Así mismo declaran haber cumplido con todos los requerimientos éticos y legales necesarios para su publicación.

## Bibliografía

1. Carreño Mesa, F. A., & Osma Rueda, J. L. (2016). Diagnóstico de la rotura del manguito de los rotadores (pruebas clínicas e imagenología). *Revisión de conceptos actuales. Revista colombiana de ortopedia y traumatología*, 30, 13–25.
2. Chianca, V., Albano, D., Messina, C., Midiri, F., Mauri, G., Aliprandi, A., ... Sconfienza, L. M. (2018). Rotator cuff calcific tendinopathy: from diagnosis to treatment. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 89(1-S), 186–196.
3. Greenspoon, J. A., Petri, M., Warth, R. J., & Millett, P. J. (2015). Massive rotator cuff tears: pathomechanics, current treatment options, and clinical outcomes. *Et al [Journal of Shoulder and Elbow Surgery]*, 24(9), 1493–1505.
4. Henao Arias, L. F. (2016). Actualización en patología

- del manguito rotador. *Revista colombiana de ortopedia y traumatología*, 30, 1.
5. Houck, D. A., Kraeutler, M. J., Schuette, H. B., McCarty, E. C., & Bravman, J. T. (2017). Early versus delayed motion after rotator cuff repair: A systematic review of overlapping meta-analyses. *The American Journal of Sports Medicine*, 45(12), 2911–2915.
  6. Huegel, J., Williams, A. A., & Soslowsky, L. J. (2015). Rotator cuff biology and biomechanics: A review of normal and pathological conditions. *Current Rheumatology Reports*, 17(1). doi:10.1007/s11926-014-0476-x
  7. Keener, J. D., Patterson, B. M., Orvets, N., & Chamberlain, A. M. (2019). Degenerative rotator cuff tears: Refining surgical indications based on natural history data. *The Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeons*, 27(5), 156–165.
  8. Llinás Hernández, P. J. (2016). Lesiones masivas del manguito de los rotadores. *Revista colombiana de ortopedia y traumatología*, 30, 63–72.
  9. Moreno, A. (2016). Roturas completas del manguito de los rotadores. Clasificación del manejo en el paciente joven, el deportista y el anciano. Evidencia de reparación con doble fila o fila sencilla. *Revista colombiana de ortopedia y traumatología*, 30, 36–48.
  10. Muniesa-Herrero, M. P., Torres-Campos, A., Urgel-Granados, A., Blanco-Llorca, J. A., Floría-Arnal, L. J., Roncal-Boj, J. C., & Castro-Sauras, A. (2018). Comparison of functional results of two fixation systems using single-row suturing of rotator cuff. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 62(3), 178–184.
  11. Oh, J. H., Park, M. S., & Rhee, S. M. (2018). Treatment strategy for irreparable rotator cuff tears. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 10(2), 119.
  12. Palma Carpinteiro, E., Barros, A., Zurbano, X., Gonçalves, S., Constantino, H., & Pires, L. (2015). Tratamiento mediante hilera única versus transóseo doble hilera en las roturas del manguito de los rotadores de tamaño pequeño y medio. Estudio prospectivo y aleatorizado. *Revista española de artroscopia y cirugía articular*, 22(3), 126–133.
  13. Ruiz Ibán, M. Á., Pérez Expósito, R., Díaz Heredia, J., Garcia Navlet, M., Cuéllar, R., Ávila Lafuente, J. L., Sastre Solsona, S. (2014). Reparación artroscópica de las roturas del manguito rotador. *Revista española de artroscopia y cirugía articular*, 21(2), 109–119.
  14. Samim, M., & Beltran, L. (2020). The postoperative rotator cuff. *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*, 28(2), 181–194.
  15. Gutiérrez-Espinoza, H. J., Lorenzo-García, P., Valenzuela-Fuenzalida, J., & Araya-Quintanilla, F. (2021). Functional outcomes after physiotherapy program in patients with massive and irreparable rotator cuff tear. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 65(4), 248–254.