

Abordaje anterior simplificado del hombro

Dr. ESTEBAN L. SABADOTTO*

Resumen: *Se presenta una variante simplificada del clásico abordaje al hombro, consistente en respetar las inserciones del deltoides y evitar la osteotomía de la apófisis coracoides.*

Summary: *The author presents a variant of classic boarding of the shoulder, consisting in no resection of the coracoid apofisis and no deinsertion of deltoid muscle.*

Con esta presentación pretendo transmitir, sobre todo a los cirujanos más jóvenes, mi experiencia en la cirugía del hombro que requiere un abordaje anterior, interdeltopectoral, como lo es en los casos de luxación inveterada de hombro, fracturas proximales de húmero, tumores, cirugía articular, reemplazos parciales y totales de hombro, etc.^{1-3, 7, 10}

Básicamente se trata de evitar en este abordaje la desinserción del deltoides de la clavícula y la osteotomía de la coracoides, dos gestos quirúrgicos que en la gran mayoría de los casos no son indispensables y se puede desarrollar la técnica quirúrgica a aplicar sin mayores inconvenientes.

En ningún caso se han presentado lesiones nerviosas ni vasculares, como es el caso

de los nervios circunflejo para el deltoides y musculocutáneo para el biceps.

Es menester estar preavisados de su vecindad y tenerlos en cuenta durante todo el acto operatorio.

Es por ello que recomiendo, a través de esta táctica, acortar los tiempos quirúrgicos y de rehabilitación posoperatoria con netos beneficios para el paciente y, por qué no, para el cirujano también.

Un beneficio adicional que se obtiene al no movilizar la apófisis coracoides es el mantenimiento de la integridad de los ligamentos coracoacromiales y coracoclaviculares, elementos éstos que cumplen un rol importante en el mantenimiento de la estabilidad de la cintura escapular.

HISTORIA DE LOS ABORDAJES ANTERIORES

Thomson⁸ en 1918 y Henry⁴⁻⁶ en 1927 describieron abordajes para el hombro, los que en la actualidad han caído en desuso por la magnitud de los elementos dañados en el abordaje. Luego, en 1934, Cubbins, Callahan y Scuderi modificaron esta técnica, no logrando que su propuesta sea masivamente aceptada por las mismas razones mencionadas para los anteriores.

MATERIAL Y METODO

El abordaje que se propicia no difiere en nada del clásico interdeltopectoral³, que debe ser previamente marcado en Dermograf para caer, luego

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Central Reconquista, Ludueña 930, (3560) Reconquista, Santa Fe.

de la piel y el celular, al intervalo entre el deltoides y el pectoral mayor, en cuyo valle transcurre la vena cefálica.

Este tiempo del marcado debe hacerse con el paciente despierto, e invitándolo a contraer ambos músculos con maniobras activas, de modo de no errar en el planteo de la incisión.

Esta debe arrancar justo en el borde inferior de la clavícula y en el punto donde se interrumpe la inserción anterior del deltoides y comienza la del pectoral mayor, el que es fácilmente visible y palpable al contraerse dinámicamente ambos.

Prolongarla hasta el ingreso del deltoides en la región del brazo y profundizarla en el celular hasta la aponeurosis superficial, la que se abre en la misma dirección.

Inmediatamente, divulsionando suavemente con las quijadas de una Metzembaum, se separa la unión laxa entre el deltoides y el pectoral mayor, siguiendo en toda su extensión el transcurrir de la vena cefálica, la que luego de ligarla proximal y distalmente se la retira, lo que no trae consecuencia alguna.

En cambio, intentar su conservación puede ser origen de complicaciones posoperatorias debidas a las contusiones en la íntima ocasionadas por los separadores al perinarla hacia alguno de los lados, con sus secuelas trombóticas.

Es decir que es más dañino intentar conservarla que retirarla.

Una vez hecho esto se despega con un instrumento romo fenomenal, como es el dedo índice de la mano hábil, la cara profunda del músculo deltoides, el que se lo reclina hacia lateral, dejando expuesta de esta forma la cara anterior del hombro, como cuando se descorre una cortina, la que se encuentra cubierta por una hoja aponeurótica que por transparencia deja ver los elementos del plano siguiente. Esta ses la aponeurosis clavipectoaxilar, la que en su porción distal suspende el hueco axilar, manteniéndolo hendido.

Reclinando luego hacia medial el pectoral mayor se evidencia, cubierta por un desdoblamiento de la aponeurosis antes mencionada, la apófisis coracoides con sus inserciones, a saber: pectoral menor, porción corta del biceps y coracobraquial.

El miembro superior que se está operando, y que ha sido incluido en el campo operatorio, se coloca en rotación externa y se presentan ante nosotros el plexo venoso circunflejo, que señala el borde inferior del subescapular, y el nervio circunflejo, el que luego de zambullirse en la región posterior se dirige en busca del deltoides para su

intervención.

Se observan también, cubiertos por la aponeurosis clavipectoroaxilar, y por su transparencia, la corredera bicipital con su contenido, la porción larga del biceps, y el músculo subescapular en su inserción troquiteriana.

Se procede a incidir la aponeurosis en forma longitudinal llegando por abajo hasta el nervio circunflejo sin dañarlo, y hacia arriba a demanda sin entrar a la región infraclavicular.

Quedan así accesibles todos los elementos que mediante este abordaje nos propusimos considerar.

Recordar en todo momento la presencia de los nervios circunflejo y músculo cutáneo en el área quirúrgica, pudiendo lesionarse este último con el separador que reclina el pedículo muscular coracobiceps hacia medial.

El cierre o síntesis de este abordaje es mucho más breve y sencillo con el consiguiente acortamiento del período posoperatorio, y de rehabilitación posterior.

Colocamos un vendaje de Velpeau con una travesera que previamente había sido dejada bajo el paciente. No dejamos drenaje.

CASUISTICA

Han sido operados por esta vía en los últimos ocho años, 36 pacientes por diversas patologías, preponderantemente por luxación recidivante de hombro y transposición de la porción larga del biceps en tenosinovitis incoercibles.

Todos ellos evolucionaron rápidamente comenzando al segundo día con ejercicios del codo y mano del miembro operado.

Es notable la disminución del dolor posoperatorio que ocasionan seguramente la osteotomía de la coracoides y la desinserción del deltoides.

Creo, por último, que en medicina nada debe sistematizarse a ultranza, pero también creo que la sistemática remoción de los elementos precitados debe evitarse siempre que sea posible.

CONCLUSIONES

He observado que los pacientes, al igual que en la cirugía de la cadera sin osteotomía del trocánter mayor, obtienen una rehabilitación mucho más precoz y más

rápida, sin rigideces articulares ni atrofas musculares del miembro operado, con el consiguiente beneficio.

BIBLIOGRAFIA

1. Cave EF, Rowe CR: Capsular repair for recurrent dislocation of the shoulder: pathological findings and operative technic. *Surg Clin North Am* 27: 1283, 1947.
2. Dutoit GT, Roux D: Recurrent dislocation of the shoulder: a twenty-four years study of the Johannesburg stapling operation. *JBSJ* 38-A: 1, 1956.
3. Fernández Schnoor ML: Atlas de Técnicas Quirúrgicas en Ortopedia y Traumatología, p 28.
4. Henry AK: Exposure of the humerus and femoral shaft. *Br J Surg* 12: 84, 1924-1925.
5. Henry AK: Exposure of long bones and other surgical methods. John Wright and Sons Ltd, Bristol, England, 1927.
6. Henry AK: Extensile exposure (2ª ed). Livingstone, Edinburg, 1966.
7. Schächter S et al: Repertorios de Ortopedia y Traumatología, 1 (4): 3, Octubre-Diciembre 1989.
8. Thompson JE: Anatomical methods of approach in operations on the long bones of the extremities. *Ann Surg* 68: 309, 1918.
9. Toumey JW: Surgery of the shoulder. *Joint Surg Clin North Am* 22: 883, 1942.

COMENTADOR

Dr. CARLOS E. DE ANQUIN

He recibido con mucho agrado la designación para comentar la comunicación del Dr. Sabadotto porque, y creo que los presentes acordarán conmigo, la articulación del hombro es un poco la cenicienta en nuestra Asociación, si consideramos la escasez de comunicaciones relacionadas con su rica e importante patología. Si bien este trabajo no se ocupa de alguna de ellas, lo hace sobre un detalle técnico interesante, una simplificación de la más difundida y utilizada vía de abordaje anterior del hombro, la interdeltopectoral.

Esta vía ha sido clásicamente y aún actualmente utilizada con dos maniobras quirúrgicas que permiten un más amplio acceso a la articulación escapulo humeral, a saber: el desprendimiento parcial del deltoides de la clavícula y la osteotomía del pico de la coracoides, facilitando esta última la separación del coracobiceps. Lo lleva al autor la intención de demostrar que en 36 operaciones sobre el hombro por vía interdeltopectoral, omitiendo estos dos gestos operatorios, no ha tenido

ninguna dificultad ni complicación.

En realidad hubiera sido muy importante conocer qué tipo de operaciones se realizaron en estos 36 casos, pues si bien menciona que en su mayoría fueron pacientes con luxación recidivante, no nos dice cuál de las numerosas técnicas existentes ha empleado, pues es muy distinto emplear una técnica de simple acortamiento del subescapular (Magnuson, Putti-Platt, etc.) sin exploración endoarticular que una reinserción capsular (Bankart, etcétera) con exploración articular, como es la norma en la actualidad y que habitualmente requiere un mayor campo operatorio.

En lo que sí insiste la comunicación es en que esta simplificación abrevia los tiempos quirúrgicos y el período de rehabilitación postoperatoria, ventaja que hemos comprobado en numerosas oportunidades en que adoptamos este proceder, en operaciones menores sobre el hombro, como ser la fijación del tendón de la porción larga del biceps a la corredera bicipital o al tendón conjunto, en casos de tendosinovitis rebeldes o roturas de este tendón.

Charles S. Neer y todos los ortopedistas que siguen su escuela, desde los años '70, no sólo no emplean sino que proscriben la desinserción del deltoides de la clavícula por las secuelas que puede ocasionar en jóvenes atletas. La osteotomía del pico de la coracoides, si bien no puede afectar a la estabilidad escapulo humeral, trae inconvenientes para su reinserción, con la posibilidad de pseudoartrosis. Pero nos parece justo mencionar que esta osteotomía ha sido la base de varias técnicas operatorias para la luxación recidivante que emplean la fijación del pico de la coracoides al reborde glenoideo anterior, como las de Latarjet, Trillard, Helfet-Bristow, etc., que si bien personalmente no empleamos, se encuentran muy difundidas en el mundo y en nuestro país.

Al no desinsertar el coracobiceps se evitan lesiones del nervio musculocutáneo, que a veces ocurren, aunque en la técnica empleada en la comunicación se puede lesionar al nervio con el separador interno y el autor menciona esta posibilidad. La diferencia reside en que en el primer caso puede tratarse de una neurometosis mientras que en el segundo es una axonometosis.

La principal limitación de este abordaje mínimo es la estrechez del campo operatorio, lo que obliga, en algunos procedimientos a una osteotomía de la coracoides adicional. Esto está bien expresado por el autor, cuando dice: "Creo que en medicina nada debe sistematizarse a ultranza, pero también

creo que la sistemática remoción de los elementos precitados debe evitarse siempre que sea posible".

Finalizando, considero que la comunicación tiene el mérito de recordarnos la posibilidad de facilitar el acto operatorio al cirujano y la precoz rehabilitación del paciente, debiéndose proceder, como así hicimos nosotros, con la idea de no practicar estos pasos quirúrgicos y realizarlos sólo si las circunstancias lo exigen. Este es el valor de esta comunicación con experiencia de 36 casos y con-

gratulo al Dr. Sabadotto por ser uno de los pocos que le pone el hombro al hombro.

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Esteban L. Sabadotto: Agradezo profundamente a la AAOT que haya designado al Dr. De Anquín por su trascendencia en el tema.

ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 57, Nº 3, págs. 277-285

4ª Sesión Ordinaria (Tucumán) (22/5/1992)

Experiencia de 24 casos con técnica de Hackethal para el tratamiento de las fracturas de la diáfisis humeral

Dr. DANIEL JUSTO MARCO* #

Resumen: Se presentan 24 casos de fracturas diafisarias de húmero cerradas, y no complicadas, tratadas entre 1988 y 1991, con técnica de Hackethal. El seguimiento fue entre 4 y 18 meses (8,8 de promedio).

Se efectúan consideraciones generales sobre la indicación de dicha técnica y su descripción tal como fue realizada en la presente serie.

El porcentaje de consolidación obtenido fue del 91,6%, siendo la restitución funcional de un rango superior al 90% del normal en similar porcentaje de casos. Las complicaciones fueron: pseudoartrosis, 1 caso (4,2%); estallido de la diáfisis, 1 caso (4,2%); migración de los clavos, 2 casos (8,4%), y dolor leve en la inserción de los clavos, 1

caso (4,2%), siendo las dos últimas solucionadas con la extracción del implante luego de la consolidación.

Summary: Twenty-four cases of non complicated closed humeral diaphyseal fractures are presented.

They have been treated between 1988 and 1991 with Hackethal technique and a followed up of 4 to 18 months (8.8 average).

General considerations about technique and indications are done, and also its description, just as it have been made at the present series.

The consolidation rate was 91.6%, being, the functional reestablishment more than 90% in 91.6%.

Some complications have been found pseudoarthrosis: 1 case (4.2%); diaphysis crash: 1 case (4.2%), and others, such as nail migrations: 2 cases (8.4%) and pain just at the nail insertion, which disappeared

* Servicio de Urgencia de Ortopedia y Traumatología, Sanatorio Mitre, Bmé. Mitre 2553, Buenos Aires.

Para optar a Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.