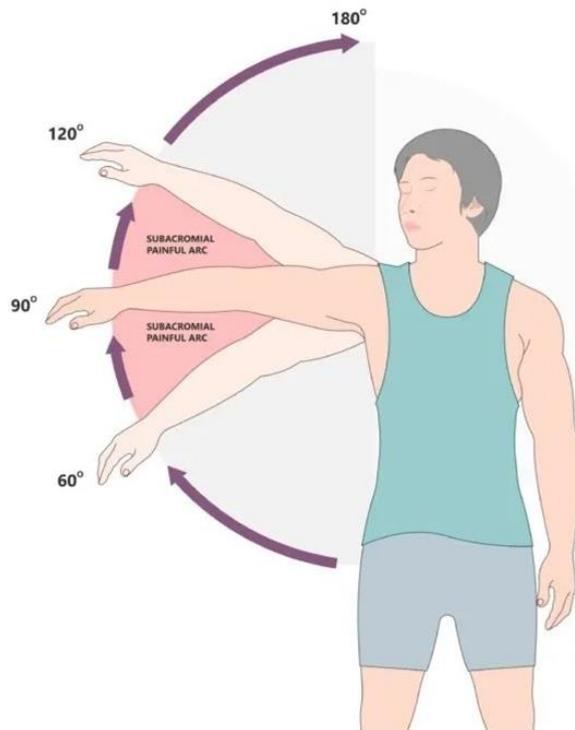
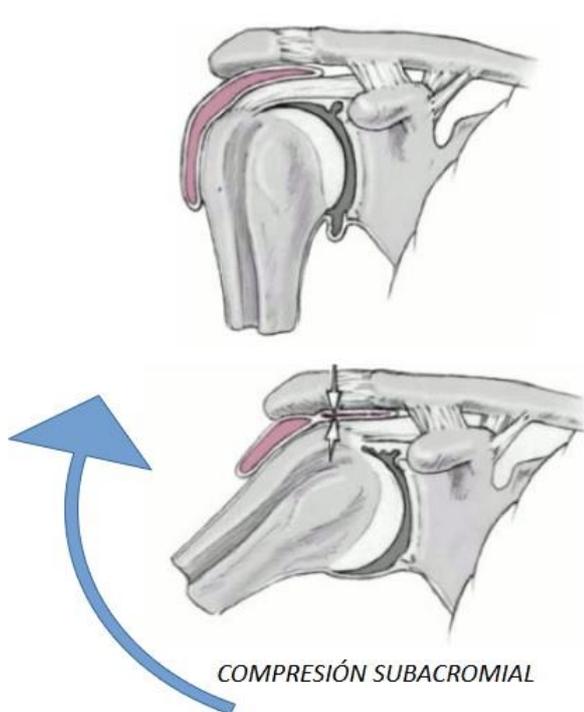
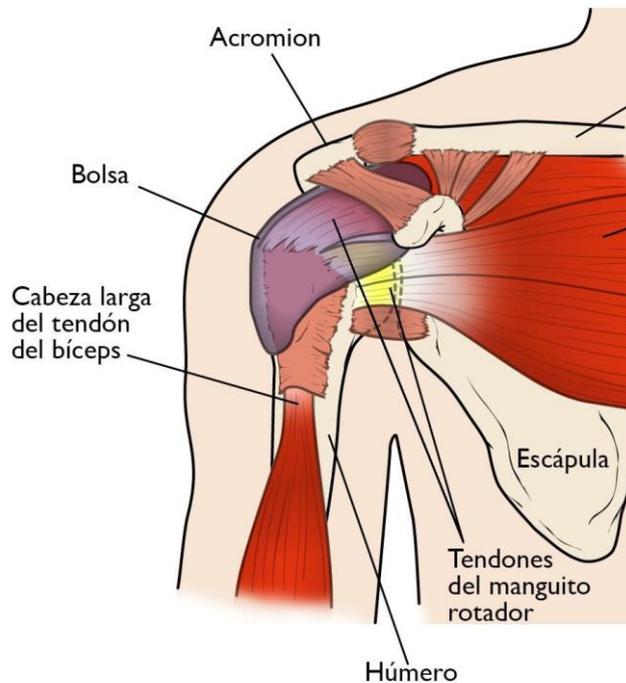


Guía básica tras cirugía artroscópica de hombro

¿Por qué necesita usted una cirugía artroscópica de hombro?

Las causas que producen dolor en el hombro son muy variadas.

El síndrome doloroso subacromial es una de las patologías más frecuentes. Es un cuadro clínico en el que se produce dolor por compresión de alguno de los elementos del manguito rotador en algún momento de la elevación del brazo (habitualmente entre los 60º y 120º).



El acromion es una parte saliente del hueso situado sobre la articulación del hombro, por debajo del cual discurre un grupo de tendones (manguito rotador) que ayudan a elevar el brazo. Cuando el espacio bajo el acromion se estrecha, se produce el roce de los tendones que provoca dolor, pudiendo rozarlos y romperlos.



Puede ser secundario a una lesión aguda (traumatismo,...) o crónica (inflamación bursa, rotura tendinosa parcial o completa, tendinopatía calcificante,...).



BURSITIS

ROTURA TENDINOSA

TENDINOPATÍA CALCIFICANTE

Es característico también el dolor nocturno o la limitación para realizar actividades cotidianas como “llevarse la mano a la espalda, peinarse...”, así como la debilidad muscular progresiva.

El tratamiento inicial se lleva a cabo mediante el uso de analgésicos y antiinflamatorios, así como modificación de sus actividades cotidianas (evitar actividades con elevaciones forzadas de hombros, actividades de fuerza o peso...). Si persisten los síntomas, precisará tratamiento por parte del servicio de rehabilitación. Si a pesar de las medidas conservadoras, no mejora el cuadro clínico se valorará el tratamiento quirúrgico por parte del servicio de traumatología.

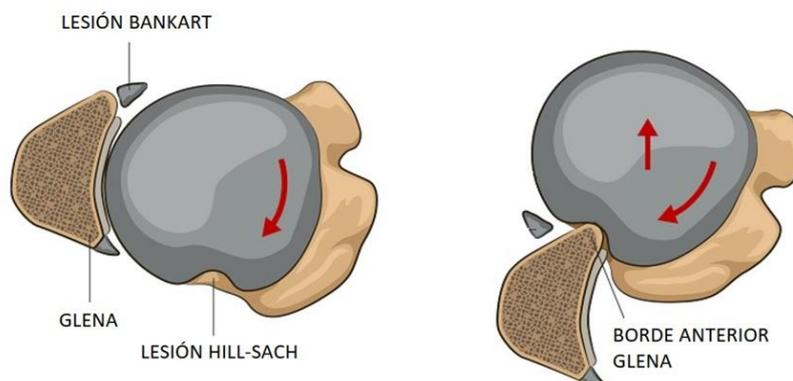
Otra patología frecuente en el hombro por la que usted puede necesitar intervenir mediante artroscopia es la inestabilidad o luxación recidivante de hombro (glenohumeral).

La articulación glenohumeral es la articulación más móvil del cuerpo y la que más frecuentemente se luxa. El 95% de los casos tienen un antecedente traumático. El riesgo de reluxación es mayor en pacientes jóvenes que practican deportes de contacto. En pacientes mayores existe menor riesgo de recurrencia, pero mayor riesgo de lesión del manguito rotador.

La lesión de Bankart es una avulsión del labrum (reborde glenoideo) anteroinferior, y está presente en hasta el 90% de la inestabilidad recidivante. Puede estar asociado o no a fractura ósea de la glena anterior.



La lesión de Hill-Sach, es una lesión a nivel de la cabeza humeral que se produce por impactación de la cabeza humeral en el reborde glenoideo.



Según la dirección de la luxación, puede ser anterior (la más frecuente), posterior, inferior o superior.



Habitualmente está indicada la estabilización quirúrgica cuando pese a un programa de rehabilitación específico siguen apareciendo luxaciones recurrentes.

La intervención consiste en corregir las lesiones provocadas, en la articulación del hombro y en las estructuras próximas, por episodios repetidos de luxación. Sirve para mejorar la estabilidad del hombro y evitar luxaciones que se producen ante gestos mínimos.

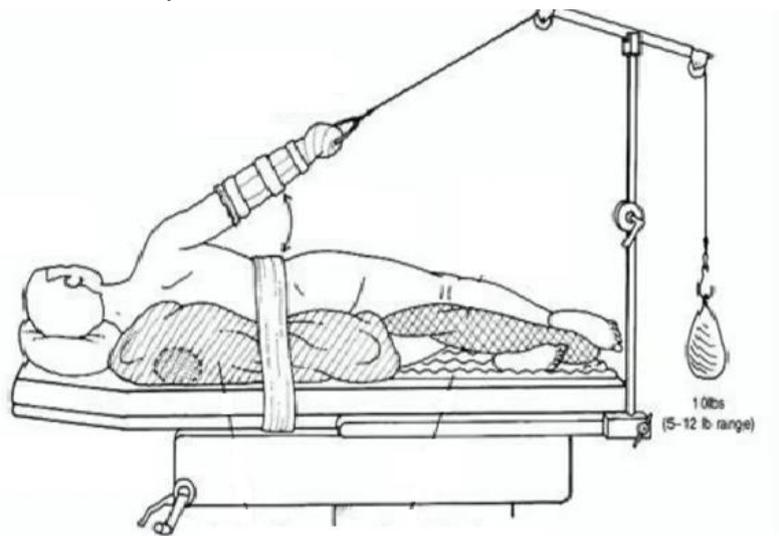
¿En qué consiste la cirugía artroscópica de hombro?

Habitualmente el paciente ingresará el mismo día de la intervención y será dado de alta al día siguiente si no hay ninguna complicación.

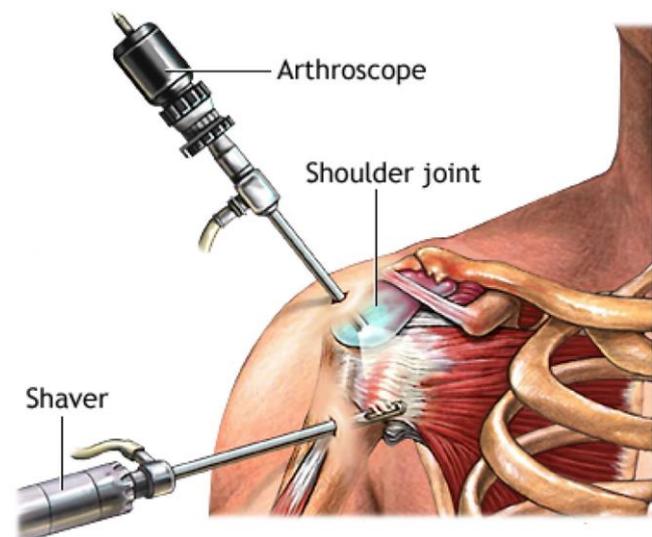
El anestesista hablará con usted antes de la operación para tratar de la anestesia que se utilizará y del propio proceso operatorio, por tanto la elección de si será general o de la extremidad que se va a intervenir (o ambos procedimientos) dependerá de él.

Habitualmente, el paciente se posicionará en quirófano decúbito lateral (acostado sobre el lado sano) y con un peso que traccione del miembro a intervenir de 5 kg. Según la elección del cirujano, y la patología

que tenga que tratar es posible también la posición sentado “silla de playa” (aunque menos habitual).



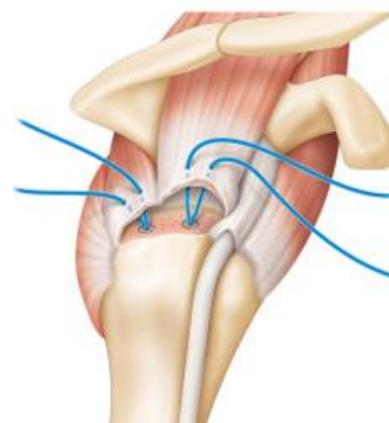
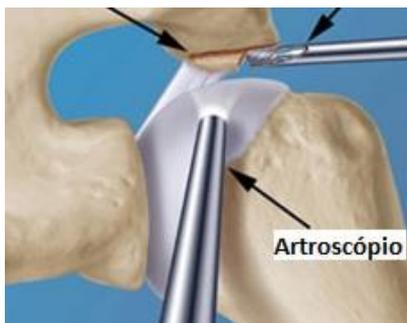
La operación se realizará mediante una técnica percutánea que se realiza a través de varios portales artroscópicos (pequeñas incisiones en la piel de aproximadamente 0,5-1 cm), a través de los cuales introducimos la cámara artroscópica y los distintos instrumentales.



La operación consistirá en revisar artroscópicamente el estado de las distintas estructuras del hombro. En función de la clínica y los hallazgos artroscópicos precisará actuar sobre unas estructuras u otras.

Habitualmente a nivel del espacio subacromial, precisará “limpieza” de la bursa inflamada adherida al manguito rotador (bursectomía). El traumatólogo valorará si precisa “limar y adelgazar” la parte anteroinferior del acromion (acromioplastia). Esto sirve para aumentar el espacio bajo el acromion y evitar el roce de los tendones.

Los desgarros de los tendones pueden necesitar suturas, reinserción o ambas, para lo cual puede ser necesario colocar pequeños implantes en el hueso.



ACROMIOPLASTIA

REPARACIÓN MANGUITO ROTADOR

En el caso de la cirugía por inestabilidad de hombro, según las lesiones que presente el hombro, se pueden realizar varias intervenciones:

- Reinserción de desgarros de la cápsula.
- Retensado de ligamentos y/o de músculos, o cambios en su inserción.
- Osteotomías (corte de hueso) del húmero o de la escápula para reorientarlos y ganar estabilidad del hombro.



Estas técnicas pueden incluir la colocación de material de fijación que mantenga las estructuras en su lugar. Es frecuente que con esta intervención se pierda algo de la movilidad extrema del hombro como consecuencia del retensado de las estructuras.

La intervención se realiza con el objeto de intentar evitar luxaciones repetidas del hombro, y ese es su principal beneficio. A veces esto no se consigue del todo, aunque si se consigue que las luxaciones no aparezcan con movimientos leves.

Una vez finalizada la cirugía, los portales artroscópicos se cierran con grapas y se cubren con apósito compresivo. El cirujano valorará si precisa inmovilización con cabestrillo y antirrotatorio durante 3 semanas (si precisase reparación de tendones o en casos de inestabilidad) o si no precisa inmovilización y puede iniciar movilización del brazo desde el inicio (cuando no precisa reparación de tendones).

Dependiendo del tipo de operación y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.

Recomendaciones previas a la cirugía

Es importante que recuerde que usted no es un sujeto pasivo, es el pilar más importante de la cirugía por tanto ha de colaborar con el equipo quirúrgico en todo momento.

- *Alimentación:* Cuide su alimentación, bebiendo mucho líquido y manteniéndose hidratado. Realice comidas ligeras, especialmente los días previos a la cirugía.

Tome mucha fibra (los medicamentos que combaten el dolor y los que se usan durante la anestesia suelen producir estreñimiento).

Consuma alimentos ricos en hierro (pasas, verduras de hojas verdes, carne roja) y en vitamina C para absorber éste hierro (melón, tomate y naranjas). Importante el aporte de calcio en la dieta con lácteos y sus derivados, así como cereales y verduras de hojas verdes.

El peso debe controlarlo, ya que un aumento excesivo puede suponer un riesgo para la cirugía y un motivo de suspensión de la misma.

- *Dientes:* de cara a cualquier procedimiento quirúrgico es importante una adecuada higiene bucal.

- *Alcohol-tabaco:* Es importante que le indique al anestesista cuanto alcohol consume al día para valorar si puede tener algún problema en su recuperación posterior.

Es imprescindible que deje de fumar, ya que causa un aumento de problemas respiratorios, retrasa la recuperación y aumenta el riesgo de complicaciones como infecciones y trombosis.

- *Resfriados comunes, infecciones de orina, fiebre, faringitis, heridas en miembro a operar, etc...* En estos casos u otros supuestos en los que se encuentre mal es importante que lo comunique al menos 1 o 2 días antes a la secretaria de cirugía ortopédica y traumatología, ya que la realización de la cirugía supondría un grave riesgo para su salud.

- *Diabetes:* Es importante tener un buen control de las cifras de glucemia previa a la cirugía con el objetivo de disminuir los riesgos de complicaciones quirúrgicas.

- *Medicamentos:* La toma de heparinas, anticoagulantes (Acenocumarol-SINTROM-, Edoxaban –LIXIANA- Apixaban- ELIQUIS- Rivaroxaban – XARELTO- Dabigatran- PRADAXA-), Antiagregantes (Aspirina (sin importar dosis) o Adiro, Clopidogrel, Triflusal) o Antiinflamatorios (como Ibuprofeno, Naproxeno –ANTALGIN- Metamizol –NOLOTIL) debe comunicarlos, tanto al cirujano como al anestésista, quienes le indicaran cuando debe dejar de tomarlo y cuando se reintroducirá. Asegúrese de conocer todos los medicamentos que toma previos a la cirugía.

- *Situaciones especiales:* En caso de haber padecido alguna reacción alérgica a medicamentos, látex o metales, o reacción a alguna transfusión previa, tener alguna patología en sangre o rechazar transfusiones debe comunicárselo al equipo quirúrgico previamente para evitar cualquier problema que pueda surgir durante la cirugía.

- *Ejercicios previos a la cirugía:* No deje de intentar ejercitarse, la musculatura que mantenga es su principal ayuda para la recuperación.

En los casos de síndrome subacromial, rotura manguito rotador, tendinopatía calcificante,... recomendamos no realizar inmovilizaciones con cabestrillo prolongadas previa a la cirugía. Recomendamos realizar ejercicios de movilización sin peso dentro de sus posibilidades para mantener el balance articular. Analgesia habitual para controlar el dolor.

Evitar actividades con elevaciones forzadas de los brazos, coger pesos o actividades de fuerza. (Ver ejercicios en “recomendaciones posthospitalización”).

En el caso de la inestabilidad de hombro se puede hacer fisioterapia para fortalecer la musculatura de alrededor del hombro y tratar de compensar la falta de estabilidad de la articulación. El dolor se trataría con analgésicos.

Se recomiendan ejercicios orientados a fortalecer la musculatura estabilizadora del hombro, potenciar musculatura periescapular, deltoides, manguito rotador, pectoral,..., ejercicios con bandas elásticas,...

Evitar actividades de impacto o que impliquen maniobras de “lanzamiento”, deportes de contacto, o posiciones extremas de la extremidad en las que haya más riesgo de luxación...(dominadas,...)

ALGUNOS EJERCICIOS RECOMENDADOS PARA FORTALECIMIENTO MUSCULATURA EN INESTABILIDAD

1. DIAGONAL: EXTENSIÓN + ADUCCIÓN

Con una goma elástica colocada superior al sujeto, tire de la misma hacia abajo y a través de su cuerpo hacia el lado de la pierna opuesta. Vuelva a la posición de inicio lentamente y controlando.



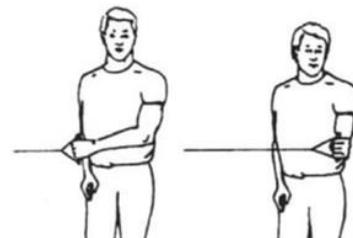
2. DIAGONAL: FLEXIÓN + ABDUCCIÓN

Con una goma elástica sujeta en la parte inferior en el lado contralateral, proceda a levantar el brazo hacia arriba. Vuelva a la posición de inicio lentamente y controlando.



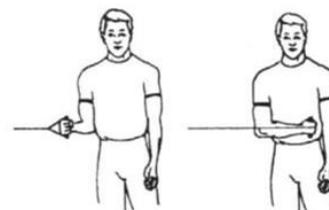
3. ROTACIÓN EXTERNA

Goma elástica sujeta en el lado contralateral, con el codo flexionado a 90°, realice rotación externa del brazo, manteniendo el codo apoyado en el costado. Vuelva a la posición de inicio lentamente y controlando.



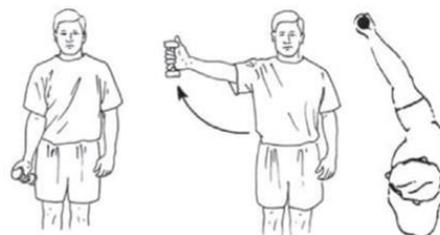
4. ROTACIÓN INTERNA

Goma elástica sujeta en un lateral, con el codo flexionado a 90°, realice rotación interna del brazo, manteniendo el codo apoyado en el costado. Vuelva a la posición de inicio lentamente y controlando.



5. ABDUCCIÓN

Con una pesa, el codo recto y el pulgar hacia arriba, levante el brazo hasta el nivel de los hombros en un ángulo de 30° delante del cuerpo. No supere la altura de los hombros. Mantenga 2 segundos y baje lentamente.



Recomendaciones posthospitalización:

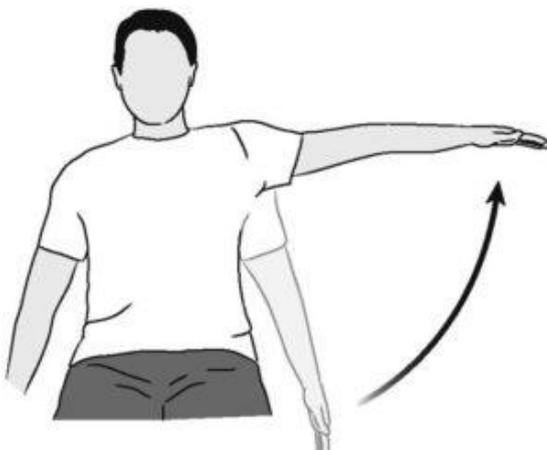
Habitualmente el paciente ingresará el mismo día de la intervención y será dado de alta al día siguiente si no hay ninguna complicación.

Su cirujano le informará verbalmente, y por escrito, en el informe de alta todas las recomendaciones de cara al postoperatorio:

- Curas periódicas cada 2-3 días por enfermero de su centro de salud. Retirada de grapas a los 14-20 días aproximadamente por su enfermero de centro de salud.

- Es importante mantener heridas limpias y secas, NO mojar mientras mantenga grapas o si no han cicatrizado por completo.
- Si empeoramiento clínico, evolución tórpida de las heridas o fiebre superior a 38º deberá acudir a urgencias para valoración.
- El cirujano le indicará si precisa inmovilización con cabestrillo y antirrotatorio durante 3 semanas, incluso para dormir, (si precisase reparación de tendones o en casos de inestabilidad) o si no precisa inmovilización y puede iniciar movilización desde el inicio.
- Durante su estancia hospitalaria se tramitará derivación a servicio de rehabilitación para iniciarla de forma ambulatoria a partir de las 3 semanas postcirugía sin mucha demora (en los casos en los que se realice reparaciones de manguito rotador o en las reparaciones de inestabilidad y precise inmovilización con cabestrillo), o a la mayor brevedad posible en los casos en los que no precise inmovilización (no precisó reparación tendinosa).
- En los casos en los que precise inmovilización con cabestrillo, una vez pasadas las 3 semanas tras la cirugía, el paciente se podrá retirar la inmovilización e iniciar ejercicios movilización hombro domiciliarios según tolerancia dolor, SIN COGER PESOS NI REALIZAR ACTIVIDADES DE FUERZA, mientras les llega la cita con servicio de rehabilitación.
- En los casos en los que no precise inmovilización con cabestrillo tras la cirugía podrá realizar movilización del brazo intervenido desde el inicio SIN COGER PESOS NI REALIZAR ACTIVIDADES DE FUERZA.
- El paciente recibirá cita del servicio de rehabilitación por correo convencional o de forma telefónica.
- Así mismo, recibirá cita para revisión con su traumatólogo responsable en 1 mes aproximadamente en el edificio de consultas externas.

- Mientras se encuentra a la espera de inicio de tratamiento por el servicio de rehabilitación, el paciente podrá realizar los siguientes ejercicios de hombro SIN COGER PESO en domicilio:





- DURANTE AL MENOS 3 MESES NO PODRÁ COGER PESOS NI REALIZAR ACTIVIDADES DE FUERZA, su traumatólogo le indicará en las distintas revisiones cuando podrá iniciar el trabajo de la misma.

Además de estas recomendaciones debe saber:

- El objetivo de la cirugía es reducir el dolor y evitar que progrese la degeneración de los tendones. Si había rotura de tendones, con su sutura, mejorarán los movimientos para elevar el brazo.
- En el caso de la luxación recidivante de hombro, la cirugía sirve para mejorar la estabilidad del hombro.
- Todas las actividades que sometan al hombro a un esfuerzo o coger peso van a suponer un tiempo de recuperación de **al menos 4-6 meses**.
- Evite transportar cargas / o coger demasiado peso.
- Evite actividades con elevaciones forzadas mantenidas de los brazos.
- Debe tener en cuenta la fisioterapia posterior a la cirugía es de vital importancia de cara a la recuperación.

- Vigile los focos infecciosos: furúnculos, uñas encarnadas, flemones dentales.
- Evite hábitos tóxicos como el tabaco y el abuso de alcohol.

Complicaciones y riesgos:

- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea.
- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.
- Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos.
- Calcificaciones y miositis osificante: La cicatrización de los tejidos lesionados durante un traumatismo o una operación puede complicarse y formar acúmulos de calcio que limiten o bloqueen por completo la movilidad de las articulaciones.

LOS MÁS FRECUENTES:

- **RIGIDEZ.** Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.
- **FRACASO DE LA REPARACIÓN:** Las recidivas son más frecuentes tras las reparaciones de roturas masivas y en pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años)
 - * Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación.
 - * Roturas de tendones o ligamentos cercanos a la articulación.

En cirugías por inestabilidad, rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.). Si esto sucede antes de que el hueso haya unido, es muy probable que necesite una nueva operación; si ocurre después, dependerá de las molestias que provoque.

* Intolerancia al material utilizado para fijar el hueso que puede obligar a su retirada.

* A pesar del tratamiento quirúrgico, la articulación puede tener más facilidad para sufrir una nueva luxación.

LOS MÁS GRAVES:

- Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos y hueso).

- Inestabilidad anterosuperior: en roturas masivas e irreparables de manguito rotador si se altera el ligamento coracoacromial

- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos.

- Trombosis Venosa y Tromboembolismo Pulmonar: Formación de trombos en las venas de la extremidad provocando edema y dolor. Estos trombos pueden desprenderse y generar complicaciones pulmonares agudas con consecuencias graves y riesgo de muerte.

- Distrofia simpático-refleja: En las zonas próximas al sitio de una operación puede producirse una pérdida de movilidad en las articulaciones, descalcificación de los huesos, inflamación, dolor, alteraciones de temperatura, sensibilidad, coloración y sudoración. Esta situación puede incapacitarle y necesitar tratamiento médico y rehabilitador prolongado.

- Síndrome compartimental: Aumento de presión dentro de algún grupo muscular que puede provocar lesiones de los vasos, de los nervios y alteraciones musculares irreversibles.

- Lesión de nervios de la extremidad que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis. Esta lesión puede ser temporal o definitiva.

- Lesión de un vaso sanguíneo principal de la extremidad que necesite intervenciones de cirugía vascular para su reparación. Si la lesión es irreparable puede requerir la amputación de la extremidad.

- Fractura del hueso que se manipule en la intervención.

- Riesgos derivados de sus propios problemas de salud: SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:
 - * Edad: Cuanto mayor sea la edad del paciente, menos posibilidades de éxito tendrá la operación.
 - * Enfermedad circulatoria grave.
 - * Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.
 - * Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.
 - * Otras: Hay pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia, o mayor riesgo de complicación (pacientes oncológicos, intervenidos de ca. mama y linfadenectomía ipsilateral,...)

Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

El resto de complicaciones se explica en el “consentimiento informado” que previamente a la cirugía usted debe haber firmado.

Información de interés

Si por el motivo que fuese, una vez incluido en lista de espera quirúrgica, usted decidiese **NO INTERVENIRSE**, rogamos contactar telefónicamente a la mayor brevedad posible, previo a la fecha de su intervención quirúrgica, con la secretaría del servicio de Traumatología y Cirugía del Hospital de Jerez en horario laboral de 9:00 a 14:00 horas en los siguientes teléfonos: **956032106 / 956032649**.

Por último el equipo quirúrgico de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de Jerez de la Frontera no solo lo componen los propios integrantes del Hospital de Jerez de la Frontera, sino también los cirujanos de los Hospitales de los centros concertados, por tanto puede ser operado en cualquiera de los otros centros.

Trabajamos para su salud buscando la excelencia en nuestros resultados quirúrgicos. Esperamos que éste documento resuelva completamente sus dudas antes de la cirugía.