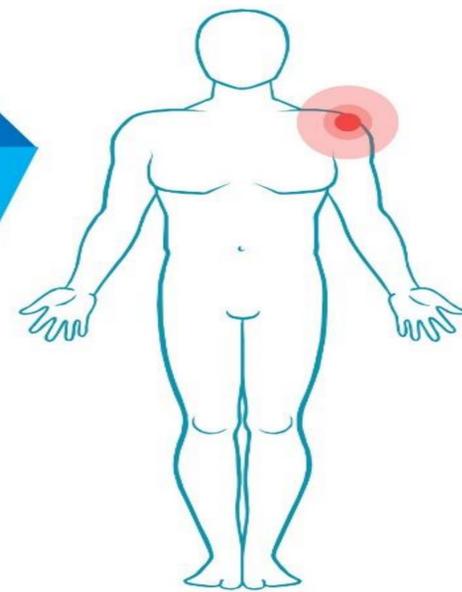


# REPORTE DE CASO: APLICACIÓN EXITOSA ENDOSCÓPICA DE BALÓN SUBACROMIAL EN LESIÓN MASIVA DEL MANGUITO ROTADOR IRREPARABLE



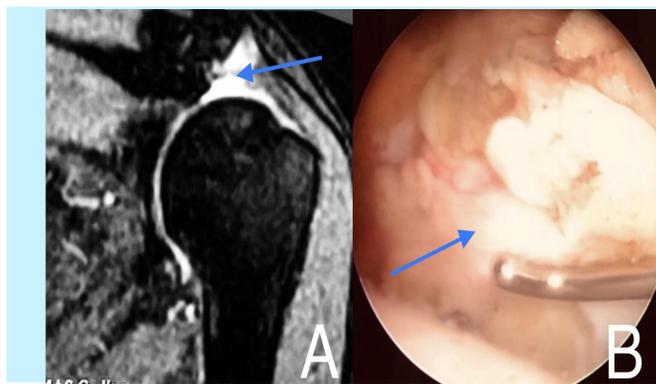
Autores: Medina Diana<sup>1</sup>, Villarreal Félix<sup>1</sup>, Villamizar Jaime<sup>2</sup>  
1. Médico general, Clínica Chicamocha, Bucaramanga, Colombia.  
2. Cirujano de hombro y rodilla, Clínica OMIMED, Bucaramanga, Colombia.

## Introducción

El manguito de los rotadores (MR) lo conforman los músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular. (1) La ruptura del MR es la patología de tejidos blandos más prevalente del hombro. (1) (2) Las lesiones masivas del manguito rotador (LMMR) tienen una incidencia hasta del 40%. (1) (3) Se define la LMMR como la ruptura tendinosa mayor o igual de 5 cm y/o cuando presenta una lesión completa de al menos dos tendones que lo conforman. (3) Su cuadro clínico se caracteriza por dolor anterolateral del hombro y limitación de los arcos de movilidad. El diagnóstico se realiza con el examen físico y la resonancia magnética (RM). (3) La elección de tratamiento se basa en la edad del paciente, tolerancia al dolor, disfunción y demanda de funcionalidad de la articulación. (5) LMMR puede ser irreparable (LMMRI) cuando hay una retracción y atrofia muscular severa, esto conlleva a un desafío terapéutico. Los tratamientos para estas lesiones irreparables van desde las transferencias miotendinosas, reconstrucción capsular superior hasta reemplazo total con prótesis reversa. (5) A continuación se expone un caso clínico, el cual se usó como tratamiento el espaciador subacromial, siendo este una alternativa quirúrgica novedosa y segura en paciente con LMMRI con arcos de movilidad conservados y dolor que no responde al manejo conservador.

## Caso Clínico

Hombre de 63 años sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de 4 meses caracterizado por dolor y limitación de arcos de movilidad de la articulación del hombro izquierdo (HI), sin respuesta a tratamiento conservador. Al examen físico, presenta arcos de movilidad con rotación externa 80°, rotación interna 70°, abducción y flexión del 150°. Maniobras positivas Jobe y Bear Hug, y maniobras negativas Neer, O'Brien, Speed y dolor articulación acromioclavicular. La RM de HI reporta lesión completa del supraespinoso e infraespinoso con retracción grado III, Goutallier grado 3 fosa del supraespinoso e infraespinoso, se descarta artrosis glenohumeral. Por lo anterior, se realiza artroscopia, donde se observa lesión completa irreparable del músculo supraespinoso e infraespinoso con retracción GIII, lesión subescapular GII. **Imagen 1**



**IMAGEN 1**  
A. Corte coronal de RM. Flecha señala retracción GIII del infraespinoso.  
B. Imagen endoscópica con visión portal lateral de manguito rotador retraído a nivel de glenoides.

Se decide colocar el espaciador subacromial (Ortho- Space InSpaceTM), tamaño M, se realiza procedimiento según protocolo del Ortho- Space InSpaceTM sin complicaciones. **Imagen 2**

El primer control posoperatorio (CPOP) se realizó a los 10 días, el paciente se encuentra con inmovilizador en avión, dolor controlado y sin signos de infección en sitios quirúrgicos.

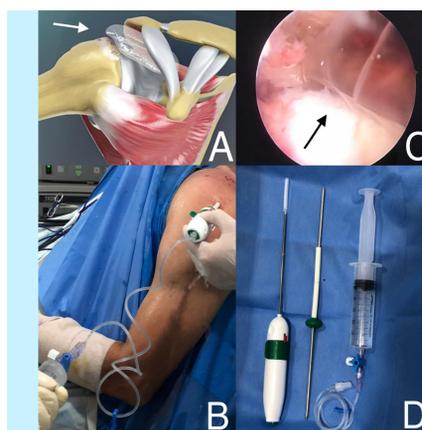
El segundo CPOP fue al mes, no presenta dolor, se retira inmovilizador y se inicia terapia física de rehabilitación.

A los 6 meses de la cirugía presenta AMA con rotación externa de 80°, rotación interna de 80°, abducción y flexión de 180°. Hombro estable. Moviliza codo y mano ipsilateral sin déficit neurovascular distal. Escala visual análoga (EVA) 2/10 y una percepción de mejoría subjetiva del paciente del 80%. **Imagen 3**

## Análisis y Discusión

La LMMRI es una patología incapacitante que puede alterar las actividades diarias. El tratamiento de elección dependerá de los factores ya expuestos anteriormente, sin embargo, también se debe tener en cuenta la opinión del paciente. En este caso el paciente tenía arcos de movilidad funcionales y su principal problema era el dolor que no respondía a medidas conservadoras; RM con criterios de irreparabilidad y no artrosis glenohumeral, por lo cual la elección de tratamiento fue el balón subacromial.

El balón subacromial es un sistema estéril y biodegradable hecho de copolímero Poly (L-lactide-co-e-caprolactone). (3) Su mecanismo de acción es permitir la rotación del hombro con un suave deslizamiento sin fricción entre el acromion y la cabeza humeral. (2) (3) Las contraindicaciones de su uso son la artropatía glenohumeral, infección, necrosis tisular, parálisis axilar y alergia al material del dispositivo. (3) Este dispositivo es una alternativa de tratamiento segura para LMMRI, con un resultado favorable a corto tiempo, disminuyendo el dolor en la articulación afectada. Sin embargo, es necesario realizar seguimiento a largo plazo para establecer la duración media de sus beneficios. Es de importancia aclararle a los pacientes que este manejo no es curativo y sus beneficios estarán siempre limitados por el tiempo.



**IMAGEN 2**  
A. Ilustración de balón en espacio subacromial. Disponible: New Solution for Massive, Irreparable Rotator Cuff Tears: The Subacromial "Biodegradable Spacer".  
B. Colocación endoscópica de balón subacromial (Ortho- Space InSpaceTM).  
C. Balón subacromial instalado bajo visión artroscópica.  
D. Kit de izquierda a derecha: Aplicador del balón, Barra Wissinger y jeringa con solución salina para llenar el balón subacromial.



**IMAGEN 3**  
Control posoperatorio a los 6 meses. Arcos de movilidad recuperados. EVA 2/10.

