

Fisioterapia tras acromioplastia anteroinferior

R. Cubiella Muñoz. *Diplomado en fisioterapia, Profesor asociado de la E.U. de Ciencias de la Salud de Cádiz, fisioterapeuta del Hospital Universitario de Cádiz*

E. Rellán Ramos. *Diplomada en fisioterapia, Profesora titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de Cádiz*

M.A. López Zamora. *Diplomado en fisioterapia, Profesor asociado de la E.U. de Ciencias de la Salud de Cádiz, fisioterapeuta del Hospital Universitario de Cádiz*

L. Domínguez Taboas. *Diplomado en fisioterapia, Profesor titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de Cádiz*

RESUMEN

El tratamiento aplicado a 12 pacientes operados de acromioplastia anteroinferior consistió en una serie de movilizaciones activas, evitando el dolor en todo el recorrido articular. La Fisioterapia obtuvo unos resultados óptimos y permitió en todos los casos la adaptación de los pacientes a sus actividades habituales.

Palabras clave: Acromioplastia anteroinferior, Fisioterapia, tratamiento.

ABSTRACT

Twelve patients, who had been operated for fore-lower acromioplasty, were given a physiotherapeutic treatment based on the application of a sequence of active mobilizations with no pain in the articular course. The result was optimum as they could back again to their everyday activities.

Key words: Fore-lower acromioplasty, physiotherapy, treatment.

INTRODUCCIÓN

La creación de una unidad de cirugía del hombro, en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario «Puerta del Mar» de Cádiz, ha permitido la aplicación de un tratamiento fisioterapéutico a pacientes operados de acromioplastia anteroinferior por cirugía abierta o artroscópica, que ha conseguido unos resultados satisfactorios.

Este trabajo se basa en la descripción de la Fisioterapia aplicada a 12 pacientes intervenidos quirúrgicamente de acromioplastia y en la exposición de los resultados obtenidos. Tres pacientes presentaban rotura del manguito de los rotadores y uno, calcificación en el tendón del supraespinoso que le fue extraída en el mismo acto quirúrgico.

Las técnicas quirúrgicas empleadas en estos 12 pacientes han sido: cirugía artroscó-

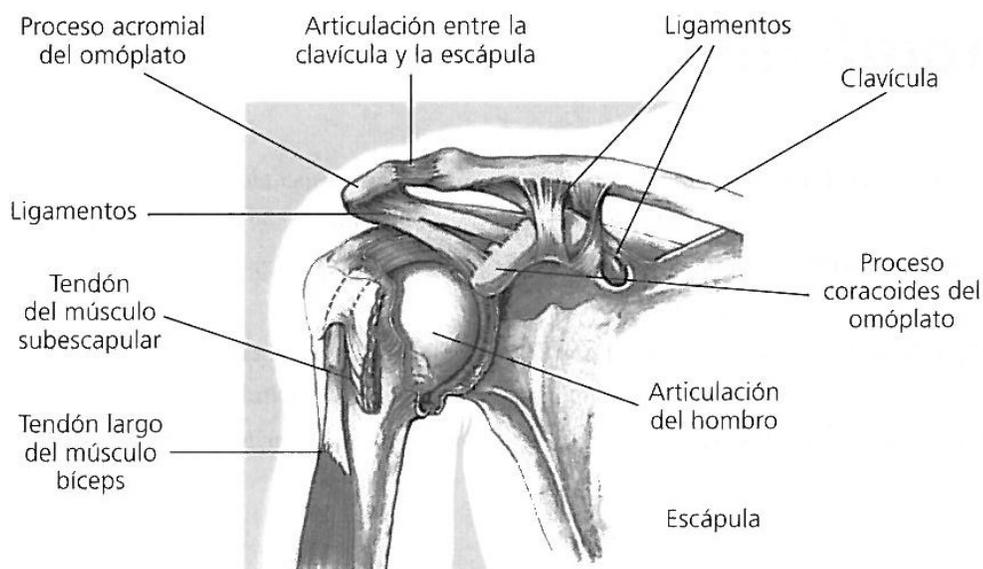


FIG. 1.

pica en cuatro casos y cirugía abierta en ocho.

El tratamiento fisioterapéutico se inició a la semana de la intervención en régimen ambulatorio y se prescribieron también ejercicios sencillos que debían realizar en sus domicilios.

DEFINICIÓN Y RECUERDO ANATÓMICO

El espacio subacromial está limitado en su parte superior por el acromion, articulación acromioclavicular y ligamento acromioclavicular y, en su parte inferior, por la cabeza del húmero; contiene el tendón del supraespinoso, el tendón de la porción larga del bíceps, la bolsa serosa subacromial, el manguito de los rotadores y la cápsula (fig. 1).

Una proyección ósea del acromion junto a la elevación de la cabeza humeral por la tensión muscular, reduce este espacio, con el consiguiente pinzamiento de las estructuras que pasan a través de éste; esto produce, en

la mayoría de los casos, un síndrome del túnel infracromial o *impingement*, que origina un conflicto húmero-acromio-coracoideo (figs. 2 y 3).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Los objetivos de la Fisioterapia aplicada en pacientes tras acromioplastia anteroinferior

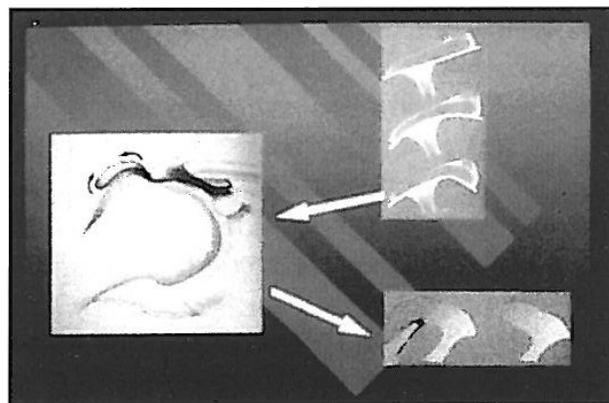


FIG. 2. Proyección ósea del acromion y regularización quirúrgica.

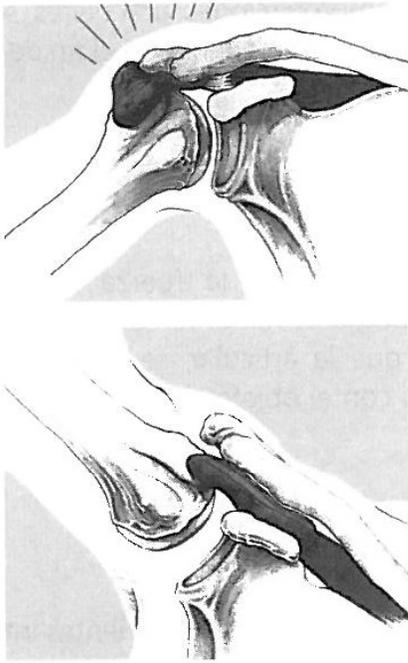


FIG. 3. Pinzamiento del espacio subacromial por elevación de la cabeza humeral.

se dirigen a recuperar sin dolor las limitaciones de las amplitudes articulares pasivas y el déficit de la movilidad activa, restablecer la fuerza muscular y conseguir la adaptación funcional del paciente a las actividades de la vida diaria, domésticas, profesionales, etc.

El procedimiento fisioterapéutico adoptado tras la intervención quirúrgica se ve favorecido por la ablación de la proyección ósea del acromion, lo que aumenta el espacio subacromial y evita el pinzamiento de las partes blandas que por él pasan.

Estas circunstancias permiten garantizar la evolución en mayor medida que con las técnicas quirúrgicas anteriores, pues al realizar las manipulaciones del hombro, se incide en las estructuras que se encuentran en dicho espacio por la reducción de éste, agravando la sintomatología y observándose casos de abandonos de tratamiento por parte de algunos pacientes.

El tratamiento se basó en la regla de oro de la Fisioterapia del «sin dolor», muy indicada en estos pacientes, ya que recurren a la acromioplastia tras varios años de haber seguido otros tratamientos médicos o fisioterapéuticos y suelen presentar todo tipo de incertidumbres y desconfianzas ante la posibilidad de mejorar. En estas circunstancias, provocar el mínimo dolor sería un inconveniente importante que se opondría a la evolución favorable del proceso recuperador.

La metodología aplicada en la recuperación funcional de estos hombros se divide en dos partes bien diferenciadas: evaluación y tratamiento.

Evaluación

Se realizó una detallada evaluación del paciente previa al tratamiento, que incluyó:

- Cuestionario.
- Inspección.
- Palpación.
- Valoración articular.
- Valoración muscular.

Cuestionario

La entrevista con el paciente proporcionará, además de sus datos personales, información del inicio y evolución de su patología, así como del tratamiento recibido antes de la intervención quirúrgica. Consta de los siguientes ítems:

- Nombre, sexo, edad, profesión.
- ¿Desde cuándo tiene molestias en el hombro?
- ¿Ha sido tratado en otras ocasiones y dónde?
- ¿Le han infiltrado alguna vez y con qué resultados?
- ¿Le han inmovilizado el hombro alguna vez?

Inspección

Se realiza una inspección comparativa con el hombro contralateral al operado y se observa el color de la piel, la cicatriz, las asimetrías, las atrofas, etc.

Palpación

Las palpaciones se aplican de forma general en el hombro y cuello, en busca de contracturas y puntos dolorosos.

Valoración articular

La valoración articular se realiza de forma activa, si es posible; si no lo es, de forma activa asistida, en todos los arcos de movimiento, sin dolor y con el paciente en decúbito supino.



Fig. 4. Valoración articular periódica de la movilidad articular.

Estas comprobaciones articulares se efectuaron todas las semanas con el fin de valorar la evolución (fig. 4).

Valoración muscular

La valoración de la fuerza muscular se realiza comparativamente con el lado sano y, al igual que la articular, se repite todas las semanas con el objeto de comprobar la evolución.

Tratamiento

El tratamiento de estos pacientes intervenidos de acromioplastia anteroinferior se dividió en tres fases.

1.ª Fase

El objetivo es conseguir la relajación de la musculatura periarticular, que producirá un descenso de la cabeza humeral y un aumento de la amplitud articular de la flexo-extensión y de la abducción-aducción horizontal de forma activa libre.

Todos los movimientos se realizan de forma activa o activa-asistida contra la gravedad y resistidos a favor de la gravedad.

— En decúbito supino: el tratamiento se inicia con unos deslizamientos de la escápula sobre la parrilla costal, al mismo tiempo se realiza un masaje sobre la musculatura común del cuello con el hombro y musculatura axilar, lo que relaja la cintura escapular y favorece la mejor predisposición y aceptación del tratamiento por parte del paciente (figura 5).

A continuación se realizan movilizaciones, de forma activa-libre, de elevación-descenso,



Fig. 5. Deslizamiento de la escápula y masoterapia de la musculatura del hombro y cuello.

antepulsión-retropulsión, flexión-extensión y abducción-aducción horizontal del hombro. Este último movimiento se ejecuta partiendo de una flexión de 90°, para evitar la inclusión del troquíter en el espacio subacromial, lo que provocaría dolor en la zona, que se encuentra aún muy sensible por la intervención todavía reciente.

— En decúbito prono: En esta posición se realizan movimientos de flexión-extensión, abducción-aducción horizontal y pendulares de Coodman. Se indica al paciente que repita estos ejercicios varias veces al día en series cortas en su domicilio y sin ayuda.

2.^a Fase

En esta fase, el objetivo es conseguir la amplitud articular de la abducción. Si su realización fuera muy molesta en el plano frontal del cuerpo, se hará en el plano del omóplato.

— En decúbito supino: Se continúan los movimientos ya conseguidos en la fase anterior y se agrega el de abducción en el plano



Fig. 6. Abducción en el plano frontal.

frontal, acompañado de una rotación externa para evitar que el troquíter choque con el acromion y aparezcan molestias (fig. 6).

3.^a Fase

Una vez conseguida la amplitud articular, el objetivo de esta fase es la recuperación de la fuerza muscular y devolver la propiocepción al hombro.

— En decúbito supino: Se realizan ejercicios de flexo-extensión y abducción-aducción horizontal resistidos, mediante la utilización progresiva de pesos (fig. 7).

— En decúbito lateral sobre el lado sano: Igual que en la posición anterior, se añaden pesos progresivos a los movimientos de abducción-aducción y abducción-aducción horizontal.

— En decúbito prono: En esta posición, el paciente realiza ejercicios contra resistencia progresiva en los movimientos de flexo-extensión y abducción-aducción horizontal, siempre con la supervisión del fisioterapeuta.

— Ejercicios de propiocepción: Se debe subrayar la gran importancia de este tipo de ejercicios, porque la articulación glenohumeral, que por su constitución anatómica goza



FIG. 7. Ejercicios con resistencia progresiva.

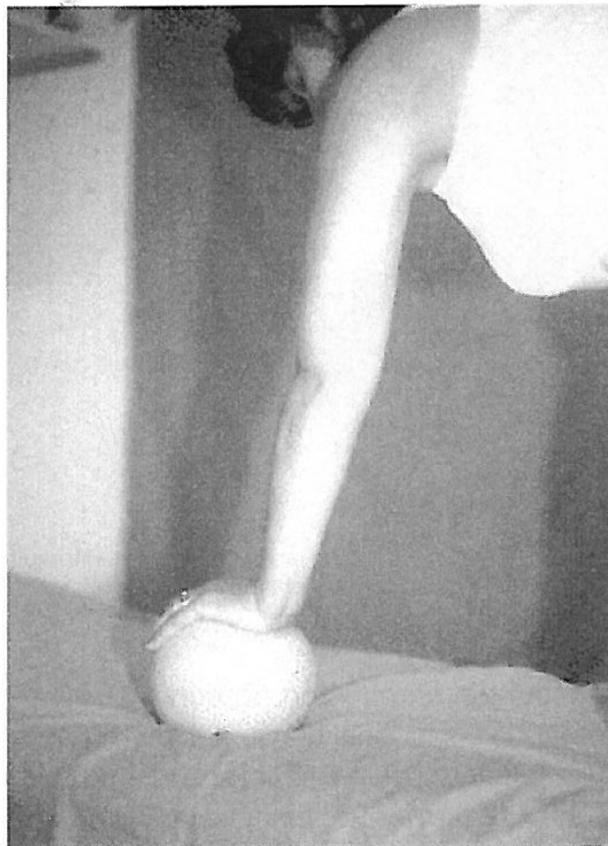


FIG. 8. Ejercicios de propiocepción.

de una gran amplitud de movimientos, presenta en cambio una gran inestabilidad. Los ejercicios de propiocepción consiguen entrenar y recuperar la función estabilizadora de los músculos que intervienen en su movilidad. El paciente realiza apoyos inestables sobre el plato de Boeler o pelota terapéutica de forma progresiva y en distintas posiciones: en bipedestación movilizándolo sobre la pared, pasando a continuación a la posición cuadrúpeda y finalizando en tres apoyos sobre las dos rodillas y la mano intervenida (fig. 8).

RESULTADOS OBTENIDOS

Este protocolo de actuación fisioterapéutica se ha ejecutado sobre 12 pacientes con

edades comprendidas entre los 38 y los 73 años (7 mujeres y 5 hombres). Sus actividades laborales son variadas y la duración de la patología hasta su intervención ha oscilado entre 3 y 17 años. Se ha realizado acromioplastia abierta o por artroscopia, según hubiera que intervenir sobre el manguito o no (fig. 9).

De los 12 pacientes tratados, 11 han recuperado la movilidad y fuerza muscular al mismo nivel que el lado contralateral sano, realizando sus actividades con normalidad. Tan sólo en 1 paciente, que presentaba, además, enfermedad de Parkinson y poliartritis reumatoide, la recuperación global fue de un 80 %.

Se concluye que la aplicación de este modelo terapéutico a pacientes diagnosticados

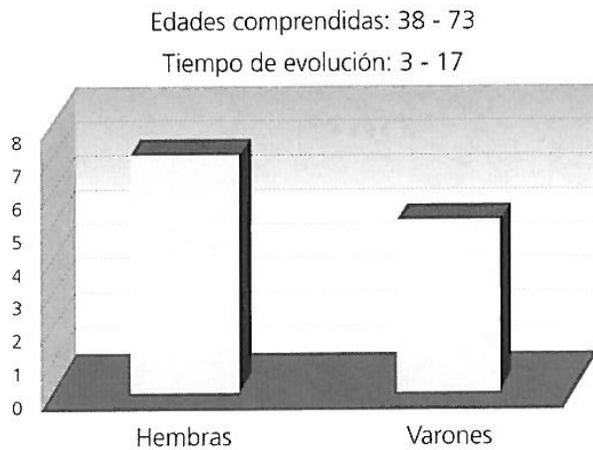


FIG. 9. Muestra.

de síndrome de *impingement*, a los que se les ha practicado una acromioplastia quirúrgica, ha obtenido unos resultados óptimos consiguiendo que los enfermos recuperen la movilidad normal del hombro sin dolor y permitiéndoles la incorporación a las actividades habituales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de todas las personas que han contribuido a la realización de este trabajo y, en especial, a Miguel Ángel Flores, cirujano traumatólogo y a Genoveva Amado, por su asesoramiento en la traducción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams y Warwick: *Gray Anatomía*. Madrid: Alhambra Longman, 1992.
2. Hoppenmfield S.: *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*. México D.F.: Manual Moderno, 1987.
3. CAILLIET R.: *Síndromes dolorosos*. Hombro. México D.F.: Manual Moderno, 1988.
4. Navarro A. y Alegre C.: *Monografía médico-quirúrgica del aparato locomotor*. Hombro. Barcelona: Masson, 1997.