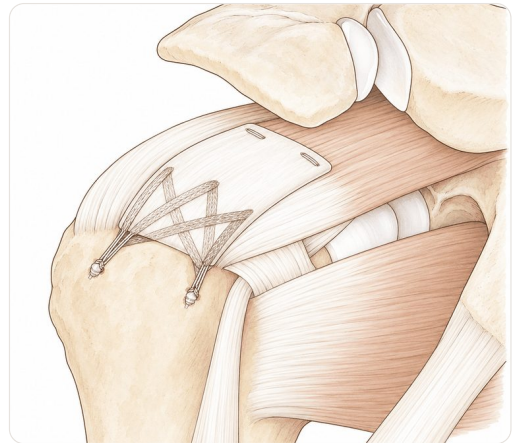


Reparación del manguito rotador

Un desgarro del tendón supraespinoso: el patrón más frecuente de rotura del manguito rotador. La intervención quirúrgica consiste en volver a fijar el tendón desgarrado al hueso del brazo mediante pequeños anclajes.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por valorar las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. Evaluamos su historial clínico, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario para determinar cuál es el problema.

La reparación del manguito rotador es una intervención quirúrgica que vuelve a unir al hueso del brazo el tendón del hombro que se ha desgarrado. El manguito rotador está formado por el conjunto de tendones que sostienen y mueven el hombro. Normalmente recomendamos esta operación cuando el desgarro provoca dolor que le despierta por la noche, dolor al levantar objetos o al realizar actividades por encima de la cabeza, o debilidad que no mejora con tratamientos no quirúrgicos como cambios en las actividades, fisioterapia, terapia manual o el uso de férulas. En el caso de desgarros crónicos por desgaste, intentamos primero esas opciones. Cuando el desgarro se debe a una lesión clara, puede ser recomendable la cirugía de inmediato.

El objetivo es lograr un alivio duradero del dolor y mejorar la fuerza y la movilidad de su hombro. La reparación quirúrgica ofrece mayores probabilidades de una mejora significativa a largo plazo en casos de desgarros dolorosos; este aspecto lo analizaremos junto con usted para tomar una decisión compartida.

Antes de la operación

Necesitaremos estudios de imagen para planificar la reparación. Por lo general, esto incluye una radiografía; a menudo también una resonancia magnética o una ecografía del hombro. Estos estudios muestran el tamaño del

desgarro, hasta qué punto se ha retraído el tendón y el estado del músculo. En los días previos a la cirugía, siga las instrucciones que le dé nuestro equipo. Deje de tomar ciertos medicamentos únicamente si se lo indicamos, ya que su cirujano le proporcionará detalles al respecto. Lleve una lista por escrito de todos los fármacos que toma, incluyendo pastillas, gotas y cremas. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación, ya que no podrá conducir por sí mismo. Use ropa holgada y cómoda que sea fácil de poner por encima del hombro. No ingiera alimentos ni bebidas durante siete horas antes de la operación. Pedimos que sea siete horas para que, si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto, pueda adelantarse su intervención. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesiista antes del día de la cirugía.

El día de la intervención

El día de la operación, deberá dirigirse a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. Allí se le registrará y se le preparará para el quirófano. No irá primero a una sala de hospitalización.

Esta operación se realiza bajo anestesia general combinada con un bloqueo nervioso regional. El anestesiista se reunirá con usted antes de la intervención y le explicará ambos procedimientos.

Posteriormente, será llevado al quirófano, donde se realiza la operación. Una vez finalizada, despertará en la sala de recuperación. Allí, las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Cuando su estado sea estable, será trasladado a una sala de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y cómo evolucione su recuperación.

¿En qué consiste la operación?

Se trata de una cirugía artroscópica. El cirujano realizará algunas incisiones pequeñas alrededor del hombro, incluida una en la parte posterior, y trabajará con una cámara diminuta dentro de la articulación. La cámara permite visualizar claramente el desgarro desde varios ángulos, de modo que se pueda examinar toda la articulación y limpiar el desgarro antes de proceder a su reparación.

Para la reparación en sí, se colocan dos filas de anclajes pequeños en el hueso, en el lugar donde normalmente se inserta el tendón. Los anclajes más cercanos a la articulación son anclajes de sutura blandos, fabricados con material de sutura en lugar de plástico duro; sus hilos se pasan a través del tendón desgarrado. Posteriormente, esos mismos hilos quedan sujetos por una segunda fila de anclajes de plástico resistente de grado médico; esta fila externa es la que tira del tendón hacia abajo y lo presiona contra el hueso. Gracias a estas dos filas, la sujeción se distribuye sobre una zona amplia del tendón, en lugar de limitarse a unos pocos puntos aislados.

Con frecuencia, se coloca un andamio biológico bajo el tendón en el lugar de la reparación, para favorecer su cicatrización y adhesión al hueso. Puede obtener más información al respecto en nuestra sección sobre el [andamio biológico EnFix](#).

Una vez finalizada la reparación, las pequeñas incisiones se cierran con puntos de sutura y se cubren con un vendaje. Se irá a casa con ese vendaje puesto; nuestro equipo le indicará cuándo retirarlo.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación y luego será trasladado a una habitación. Para mayor comodidad, su brazo descansará en un cabestrillo sencillo, el cual se retira para realizar ejercicios y para lavarse. Las enfermeras controlarán su nivel de dolor y le administrarán medicación para mantenerlo bajo control. La mayoría de los pacientes permanecen una noche en el hospital tras esta operación; sin embargo, algunos pueden volver a casa el mismo día. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando vengamos a verle. Alguien debe acompañarle durante las primeras 24 horas. Podrá comenzar a realizar movimientos suaves bajo la supervisión de nuestro equipo, y podrá levantarse y caminar el mismo día. No debe conducir mientras lleve el cabestrillo. Una vez que su cirujano lo autorice, generalmente en la revisión a las seis semanas, podrá volver a conducir. Obtenga más información en [Conducción después de una cirugía de miembro superior](#).

Recuperación

Durante los primeros días y semanas, su hombro estará adolorido y puede presentar hinchazón; esto se reduce gradualmente. El alivio del dolor y el descanso son de gran ayuda, y la mayor parte de la molestia disminuye al transcurrir las primeras semanas. La mayor parte del alivio del dolor y la mejora en la movilidad ocurren durante los primeros seis meses; sin embargo, la recuperación continúa mejorando hasta por dos años.

Para mayor comodidad, su brazo se mantiene en un cabestrillo sencillo, el cual se retira para realizar ejercicios y para lavarse. Su fisioterapeuta le guiará primero en movimientos suaves y, posteriormente, en ejercicios de fortalecimiento a medida que el tendón cicatriza. Podrá caminar y moverse por casa de inmediato, aunque necesitará ayuda para actividades como vestirse o cargar objetos. Al principio, dormir puede resultar incómodo; muchas personas encuentran más fácil descansar recostadas sobre algo que les dé soporte. La calidad del sueño mejora progresivamente a medida que el hombro se estabiliza.

Algunos hitos se alcanzan como acontecimientos concretos, no en fechas determinadas. Una vez que su cirujano le autorice conducir, podrá volver al volante. Cuando su fisioterapeuta considere que su movilidad y fuerza son adecuadas, podrá retomar actividades ligeras y, luego, actividades más exigentes. La mayoría de las personas vuelven al trabajo en un plazo de ocho meses; no obstante, esto depende del tipo de labor que desempeñe.

La recuperación varía de una persona a otra. Su cronograma personal podría diferir; su cirujano y fisioterapeuta le guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier incidencia a tiempo.

El problema más frecuente es que el tendón reparado no se mantenga en su sitio. Es posible que note que el dolor o la debilidad en el hombro reaparecen, a veces tras un tropiezo o al levantar algo pesado. Si esto ocurre, infórmelo a su cirujano en la próxima revisión.

Con la cicatrización del hombro, puede aparecer rigidez. El hombro podría sentirse tenso y le costaría alcanzar la espalda o levantar el brazo por encima de la cabeza. La mayoría de los casos de rigidez mejoran con fisioterapia; por eso, coméntelo cuanto antes con su fisioterapeuta o cirujano en lugar de esperar.

Las infecciones son poco frecuentes, pero requieren atención inmediata. Esté atento a un dolor profundo y palpitante que no ceda con analgésicos comunes, enrojecimiento que se extienda desde la herida, fiebre o secreción de líquido en los puntos de sutura. Comuníquese con la clínica ese mismo día; si se siente mal o el enrojecimiento avanza rápidamente, acuda a urgencias.

Los coágulos sanguíneos en las venas son muy raros. Sus señales son hinchazón y sensibilidad repentinas en la pantorrilla. Si observa esto, busque atención médica de inmediato.

Los pequeños anclajes que fijan el tendón pueden, en ocasiones, provocar irritación. Podría notar un chasquido o sensación de roce, así como dolor persistente que no mejora. Coméntelo en su próxima revisión para que el cirujano pueda evaluarlo.

La irritación de algún nervio cercano al hombro es poco común; puede generar hormigueo, entumecimiento o sensaciones extrañas en el brazo. Hágalo saber en su próxima cita.

Algunas personas siguen sintiendo dolor en el hombro tras la reparación, incluso cuando el tendón ya ha cicatrizado. Si el dolor persiste, su cirujano lo examinará y le explicará qué opciones adicionales podrían ser útiles.

Si padece otras enfermedades importantes, como diabetes o un sistema inmunitario debilitado, mencione esto en la consulta de planificación. Estas condiciones pueden influir en la cicatrización, por lo que seguimos de cerca a estos pacientes después de la cirugía.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales; si desea conocer los datos exactos, puede consultarla.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas después de esta operación son poco frecuentes, pero algunos requieren atención inmediata. Llámenos si tiene fiebre, si la herida se vuelve más roja o comienza a exudar líquido, o si el dolor en el hombro empeora repentinamente. Acuda a urgencias si nota hinchazón o sensibilidad en la pantorrilla, o si le cuesta respirar, pues estos pueden ser signos de un coágulo sanguíneo. Llámenos de inmediato si siente entumecimiento en el brazo, si no puede moverlo, o si el hormigueo en el brazo no desaparece. Si se siente mal y está preocupado, confíe en su instinto y busque atención médica. Preferimos que nos llame antes de que espere sin hacer nada.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La reparación del manguito rotador merece una lectura adicional, ya que los factores que mejor predicen el

resultado final no son, en su mayoría, de índole quirúrgica; dos de los más influyentes son aspectos sobre los cuales usted puede actuar antes de la operación.

EL TABAQUISMO ALTERA EL TENDÓN, NO SOLO LA HERIDA

El tabaquismo se menciona en todas las conversaciones informativas previas a la cirugía y generalmente se asocia con la cicatrización de heridas. Sin embargo, los datos relativos al tendón indican algo más específico. En un estudio que incluyó a **73,817** pacientes, se observó que los fumadores presentaron una tasa de **rerotura** significativamente mayor tras una reparación del manguito rotador; en cambio, la mayoría de las puntuaciones clínicas fueron similares entre fumadores y no fumadores, salvo por una puntuación Constant más baja [1].

Esa combinación de resultados es lo interesante. Las puntuaciones clínicas parecen prácticamente iguales, pero la reparación tendinosa tiene mayor probabilidad de fallar a nivel estructural. El tabaquismo no hace que la operación se sienta distinta; simplemente reduce las posibilidades de que la reparación sea exitosa.

Como consecuencia, las semanas previas y posteriores a la cirugía constituyen el momento más importante en toda la vida de una persona para dejar de fumar. En ese período, el tendón intenta reinsertarse al hueso, un proceso que depende directamente del aporte sanguíneo.

LA PRIVACIÓN SOCIAL PREDICE EL RESULTADO CLÍNICO TANTO COMO LOS FACTORES BIOLÓGICOS

Este es el hallazgo que más influye en cómo debería abordarse la cirugía. En un estudio con **102,372** pacientes, los determinantes sociales de la salud —es decir, las circunstancias en las que viven las personas—, y no la anatomía de sus tendones, se asociaron con peores resultados clínicos y percibidos por los pacientes tras la reparación del manguito rotador; esto incluye más complicaciones postoperatorias y mayor número de reparaciones fallidas [2].

La rehabilitación tras dicha cirugía dura meses, requiere asistir a consultas y no poder utilizar el brazo. Estas son condiciones de vida, no meras decisiones individuales. Cuando no se cumplen, el resultado de la cirugía empeora; esto refleja aspectos del propio proceso de tratamiento, no un juicio sobre el paciente. Si acudir a la terapia o tomarse tiempo libre del trabajo resulta difícil, esto debe abordarse en la conversación preoperatoria, para así planificar el tratamiento en consecuencia.

ES COMÚN QUE HAYA RIGIDEZ POSTERIORMENTE; LOS FACTORES DE RIESGO NO SON EVIDENTES

La pérdida de movilidad tras la cirugía es la complicación que los pacientes menos anticipan. Con un total de **23,257** pacientes analizados, la evidencia disponible indica que el **sexo masculino** y el **aumento de la edad** son posibles factores *protectores* contra la rigidez postoperatoria del hombro [3].

Ambos resultados van en contra de la intuición: se supone que los hombros de personas mayores tienden a volverse más rígidos, pero al parecer no es así en este caso. La utilidad práctica de estos hallazgos radica en la gestión de expectativas: a una mujer joven sometida a una reparación del manguito rotador se le debe informar que la rigidez es una posibilidad real para ella, y que el inicio temprano de ejercicios de movilidad es fundamental, en lugar de conformarse con datos promedio.

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA SU DECISIÓN

Nada de lo anterior contradice la conveniencia de la operación. Lo que sí indica es que el porcentaje de éxito publicado es un promedio calculado entre personas cuyo hábito de fumar, circunstancias y características demográficas difieren de las suyas; por lo tanto, su propio porcentaje de éxito podría ser distinto. Dejar de fumar y planificar con antelación la asistencia a la rehabilitación son medidas respaldadas por evidencia científica, algo que no se puede decir de la mayoría de los factores por los que se suele preocupar a los pacientes.

REFERENCIAS

- [1] Fan N, Yuan S, Du P, Wu Q, Li J, Kong X, et al. Efectos del tabaquismo en los resultados clínicos y estructurales tras la reparación del manguito rotador: una revisión sistemática y metaanálisis. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(3):656-67. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.10.026>
- [2] Mandalia K, Ames A, Parzick JC, Ives K, Ross G, Shah S. Los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados clínicos de pacientes sometidos a reparación del manguito rotador: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(2):419-34. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.09.007>
- [3] Stojanov T, Modler L, Müller AM, Aghlmandi S, Appenzeller-Herzog C, Loucas R, et al. Factores pronósticos para la aparición de rigidez articular postoperatoria en el hombro tras la reparación artroscópica del manguito rotador: una revisión sistemática. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05030-4>