

Descompresión subacromial

La bursa subacromial: el cojín lleno de líquido situado debajo del acromion que se inflama en caso de pinzamiento del hombro.

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



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

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 45 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
1-3 weeks	3-6 months	12 months
Las personas con trabajos de oficina suelen volver a trabajar en un plazo de una a dos semanas. Otros trabajos requieren más tiempo. Después de cualquier cirugía de hombro, hay que esperar al menos 6 semanas para conducir, hasta que el cirujano lo autorice.	El trabajo manual pesado, el trabajo con los brazos por encima de la cabeza, el gimnasio y el deporte suelen retomarse alrededor de los tres meses. Algunas personas necesitan hasta seis meses.	La máxima mejora en cuanto al dolor y la función se observa habitualmente durante el primer año postoperatorio; algunos estudios indican que dicha mejora continúa hasta los 10 años.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer 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. En la consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen si es necesario. Así se descartan otras causas de dolor de hombro, como el hombro congelado o la rotura de un tendón.

La descompresión subacromial es una operación para crear más espacio en la zona situada por encima del manguito rotador, el grupo de tendones que mueven el hombro. Se ofrece cuando su dolor coincide con el patrón del pinzamiento, en el que los tendones quedan comprimidos al levantar el brazo, y cuando el tratamiento no quirúrgico no le ha proporcionado una mejora suficiente. Ese tratamiento suele incluir cambios en la actividad, fisioterapia e inyecciones. Solo le propondremos la cirugía después de revisar con usted su exploración y sus estudios de imagen. Cuando se utiliza por los motivos adecuados, a la mayoría de las personas, entre el 70% y el 75%, la operación les ayuda. El objetivo es tener menos dolor al levantar el brazo y poder usar mejor el hombro.

Antes de la operación

Una vez que se ha programado la cirugía, unos sencillos preparativos ayudan a que el día transcurra sin contratiempos. Su cirujano ya dispondrá de los estudios de imagen necesarios para planificar la operación, como radiografías, una resonancia magnética o una ecografía. No coma ni beba durante las siete horas previas a la operación. Pedimos siete horas en lugar de seis para poder adelantar su intervención si la lista de quirófano avanza antes de lo previsto. Si toma medicamentos de forma habitual, lleve una lista escrita de ellos y pregunte a su cirujano si debe suspender alguno antes de la operación. Organice que alguien lo lleve a casa después, ya que no podrá conducir usted mismo. Use ropa holgada y cómoda que sea fácil de quitarse. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación con el anestesista antes del día de la operación.

El día de la intervención

Llegará a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Después conocerá al anestesista, el médico que se encarga de su anestesia y del control del dolor. Esta operación se realiza bajo anestesia general combinada con un bloqueo nervioso regional. El anestesista se reunirá con usted antes de la intervención y le explicará ambos procedimientos.

Cuando todo esté listo, será llevado al quirófano y se realizará la operación. Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Comprobarán su hombro, cómo se encuentra y cómo se recupera de la anestesia. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según la operación que se le haya realizado y cómo evolucione su recuperación. El tiempo habitual de estancia se explica en «Después de la operación».

Descripción del procedimiento quirúrgico

La descompresión subacromial es una operación mínimamente invasiva. El cirujano realiza algunas incisiones pequeñas alrededor del hombro, incluida una en la parte posterior, y trabaja a través de ellas con una pequeña cámara e instrumentos finos. La cámara permite al cirujano ver en una pantalla el espacio situado por encima del manguito rotador, el grupo de tendones que mueven el hombro.

Una vez dentro, el cirujano retira parte de un tejido inflamado llamado bursa y rebaja una pequeña porción de hueso de la cara inferior del acromion, la repisa ósea situada por encima de los tendones. Al retirar este hueso y este tejido se crea más espacio, de modo que los tendones ya no quedan comprimidos al levantar el brazo. Esta parte de la operación se llama acromioplastia. Si el cirujano encuentra algo más que necesite atención, como la rotura de un tendón, lo hablará con usted de antemano.

Cuando termina el trabajo, el cirujano lava el interior del hombro y cierra cada pequeña incisión con puntos de sutura. Se coloca un vendaje sobre las heridas, que se mantiene durante unos 10 días.

Después de la operación

La mayoría de los pacientes permanecen una noche en el hospital tras esta operación, aunque algunos pueden volver a casa el mismo día. Despertará en la sala de recuperación y luego será trasladado a la planta para pasar la noche. Su brazo descansará en un cabestrillo sencillo para mayor comodidad, y este se retira para los ejercicios y para lavarse. Las enfermeras le ayudarán a controlar el dolor con medicamentos. Alguien debe quedarse con usted durante las primeras 24 horas después de llegar a casa. Si le aplicaron un bloqueo nervioso, al principio es posible que sienta el brazo pesado o entumecido; esto es esperable y desaparece en unas 24 horas. Llame a la clínica si el entumecimiento o la debilidad persisten una vez que haya pasado el efecto del bloqueo. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo quitaremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, sentirá dolor e hinchazón en el hombro. La hinchazón disminuye gradualmente a lo largo de las semanas siguientes, y el dolor se alivia a medida que lo hace. Los medicamentos que le receta su equipo médico, las bolsas de hielo y el reposo ayudan en los primeros días. Su brazo descansa en un cabestrillo sencillo para mayor comodidad, y este se retira para los ejercicios y para lavarse.

Comenzará con ejercicios suaves poco después de la operación, guiado por su fisioterapeuta. Estos ejercicios evitan que el hombro se ponga rígido mientras los tejidos se curan. Las tareas cotidianas, como vestirse, comer o escribir con el teclado en un escritorio, suelen ser posibles desde el principio. Levantar algo más pesado que una taza de té, o estirar el brazo por encima de la altura del hombro, debe esperar hasta que su hombro esté preparado. Al principio puede resultar incómodo dormir; a muchas personas les resulta más fácil recostadas en un sillón o con almohadas detrás.

Una vez que la hinchazón disminuya y recupere el movimiento, las actividades diarias le resultarán más naturales. Podrá conducir cuando su cirujano se lo autorice, generalmente en la revisión de las seis semanas; consulte nuestra guía [Conducción después de cirugía de miembro superior](#). La vuelta al trabajo, al deporte y a las actividades más exigentes es gradual, y su cirujano y su fisioterapeuta le indicarán cuándo es seguro dar cada paso.

La recuperación varía de una persona a otra. Su cronograma puede ser diferente de los plazos habituales que se muestran en la tabla anterior, y su cirujano y su 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 anomalía a tiempo.

A veces se forma hueso nuevo donde se rebajó la pequeña porción de hueso. Puede notarse como si volviera el antiguo dolor de pinzamiento, con una sensación de enganche o de roce al levantar el brazo. Si esto ocurre, coméntelo en su próxima revisión.

El hombro también puede volverse rígido y doloroso, con un movimiento que no se suelta ni siquiera con ejercicios suaves. Coménteselo a su fisioterapeuta o llame a la clínica si no mejora.

En ocasiones, el dolor resulta deberse a otra causa, como la rotura de un tendón o la artritis en una articulación cercana. Si, una vez superada la curación inicial, el hombro le sigue doliendo de forma muy parecida a antes, volveremos a revisar con usted el diagnóstico original en su revisión.

En raras ocasiones puede formarse un coágulo de sangre. Acuda al servicio de urgencias si tiene hinchazón o dolor en una pantorrilla, o una falta de aire repentina o dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre.

Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende desde una herida, o salida de líquido o pus por ella. Llame también a la clínica ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos.

Llame a la clínica si el entumecimiento o la debilidad en el brazo, la mano o los dedos persisten una vez que haya pasado el efecto del bloqueo nervioso, a las 24 horas aproximadamente. El entumecimiento y la debilidad durante las primeras 24 horas son esperables.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen pronto, por lo que conviene saber a qué estar atento. Acuda al servicio de urgencias si tiene hinchazón o dolor en una pantorrilla, o una falta de aire repentina o dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende desde una herida, o salida de líquido o pus por ella. Llame también a la clínica ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos. Llame a la clínica si el entumecimiento o la debilidad en el brazo, la mano o los dedos persisten una vez que haya pasado el efecto del bloqueo nervioso, a las 24 horas aproximadamente. El entumecimiento y la debilidad durante las primeras 24 horas son esperables. Si no consigue contactar con la clínica, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Dónde leer más sobre esta afección?

Esta página trata sobre la operación en sí. La afección que se trata con ella, incluyendo lo que demuestran las evidencias sobre cuándo la cirugía es útil y cuándo no, se explica con mayor detalle en la página [Pinzamiento subacromial y bursitis](#).

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Descompresión subacromial

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 45 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Capsulitis	10.0-14.5%	La capsulitis es una complicación frecuente, especialmente en pacientes sometidos a reparación del manguito rotador con acromioplastia.
Osificación heterotópica	3.1%	La osificación heterotópica es una complicación poco frecuente, aunque se ha documentado en algunos casos.
Rigidez	2.9-22%	La rigidez postoperatoria oscila entre el 2,9% en casos de tendinitis calcificada y el 22% en estudios sobre acromioplastia lateral.
Re-desgarro	2.9-38.0%	Las tasas de re-desgarro varían considerablemente según el estudio y si se realizó simultáneamente una reparación del manguito rotador.
Cirugía de revisión	1.5-22.2%	Las tasas de cirugía de revisión van del 1,5% a más del 20%, dependiendo de la indicación y la duración del seguimiento.
Fractura por estrés acromial	0.9-2.2%	Las fracturas por estrés acromial constituyen un riesgo, particularmente en pacientes con descompresión subacromial previa sometidos a artroplastia total inversa de hombro.
Tromboembolismo	0.4%	Los eventos tromboembólicos son poco frecuentes, pero se han reportado tras artroscopia de hombro.
Infección	0.2-0.4%	Las tasas de infección profunda son bajas, situándose en torno al 0,2%–0,4% en grandes estudios de cohortes.
Lesión nerviosa	0.1%	Las lesiones nerviosas son poco frecuentes; su incidencia es de aproximadamente el 0,1% en grandes cohortes.
Hematoma	0.1%	La formación de hematoma tras la intervención es poco común.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Complicaciones de la herida	0.07-0.27%	Las complicaciones de la herida son raras; sus tasas varían según la técnica quirúrgica empleada.
Desprendimiento del deltoides	Rare	El desprendimiento del deltoides es poco frecuente con la técnica artroscópica; en la descompresión abierta, las tasas históricas alcanzaron hasta el 37%.
Pseudoparálisis	Rare	Pérdida de la elevación activa tras la descompresión; puede indicar un desgarro del manguito rotador no detectado previamente.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE – NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA