

Quiste subcoracoideo. A propósito de un caso

A. Fernández Bretón, J. Truchuelo Lago

Departamento de Traumatología. Ibermutuamur. Madrid

Correspondencia:

Arturo Fernández Bretón
Ibermutuamur
c/ Ramírez de Arellano, 27.
28043 Madrid

Correo electrónico: arturofernandez@ibermutuamur.es

El dolor en la cara anterior del hombro es de etiología variada. Los quistes coracoideo y subcoracoideo no son una patología frecuente. La resección por cirugía artroscópica es el tratamiento de elección. Se presenta un caso de quiste coracoideo extenso, resuelto mediante coracoplastia por artroscopia.

Palabras clave: *Conflicto coracoideo. Quiste coracoideo. Coracoplastia.*

INTRODUCCIÓN

El quiste subcoracoideo es una entidad poco diagnosticada. Está unido a la patología por "pellizco" coracoideo y causante de dolor de hombro.

Este proceso es reconocido por diversos autores como "síndrome de *impingement* coracoideo unido a una lesión ocupante"⁽¹⁻⁵⁾.

En este artículo, los autores presentan un caso que, por el gran tamaño del quiste, resulta infrecuente, en el contexto de la patología coraco-humeral, ya de por sí poco habitual.

Las escasas referencias bibliográficas que tratan sobre el quiste coracoideo indican una cirugía abierta hasta el año 2001⁽²⁾. Existe una dificultad técnica y de orientación en el acceso al proceso coracoideo⁽³⁾.

Burkhart⁽⁴⁾ describe un abordaje artroscópico a través del intervalo de los rotadores, menos agresivo y mejor orientado en el plano del tendón subescapular.

La patología se pudo resolver por cirugía artroscópica, evacuando el líquido ocupante y realizando una coracoplastia por abrasión.

Se trata de una paciente de 53 años con dolor de hombro derecho de larga evolución, cuya

Subcoracoid cyst: a clinical case

Anterior shoulder pain has a multiple etiology. Choracoid and subchoracoid cyst is not a frequent cause. Arthroscopic resection is the method of choice. We report a case of a large choracoid cyst resolved by arthroscopic choracoplasty.

Key words: *Choracoid impingement. Choracoid cyst. Choracoplasty.*

actividad laboral precisaba mantener los brazos elevados.

La zona más crítica del dolor se encontraba en la cara anteroexterna del hombro; en la exploración, todas las maniobras de provocación subacromial y subcoracoidea resultaban positivas. Se realizó un diagnóstico diferencial con tendinitis de porción larga del bíceps, lesión del labrum (SLAP) y tendinosis del subescapular y del supraespinoso.

Para la exploración del tendón subescapular se usa la maniobra de despegue posterior (*lift-off test*) y la maniobra de presión abdominal (test de Napoleón)⁽⁵⁾, consistente en presionar con la mano su estómago con el carpo extendido. La radiología convencional no aportó información.

En las imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) (**Figuras 1 y 2**) se aprecia el quiste subcoracoideo, voluminoso y con expansión hacia la zona más medial y axilar.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó una artroscopia, con anestesia general y en decúbito lateral izquierdo. El procedimiento es el siguiente:

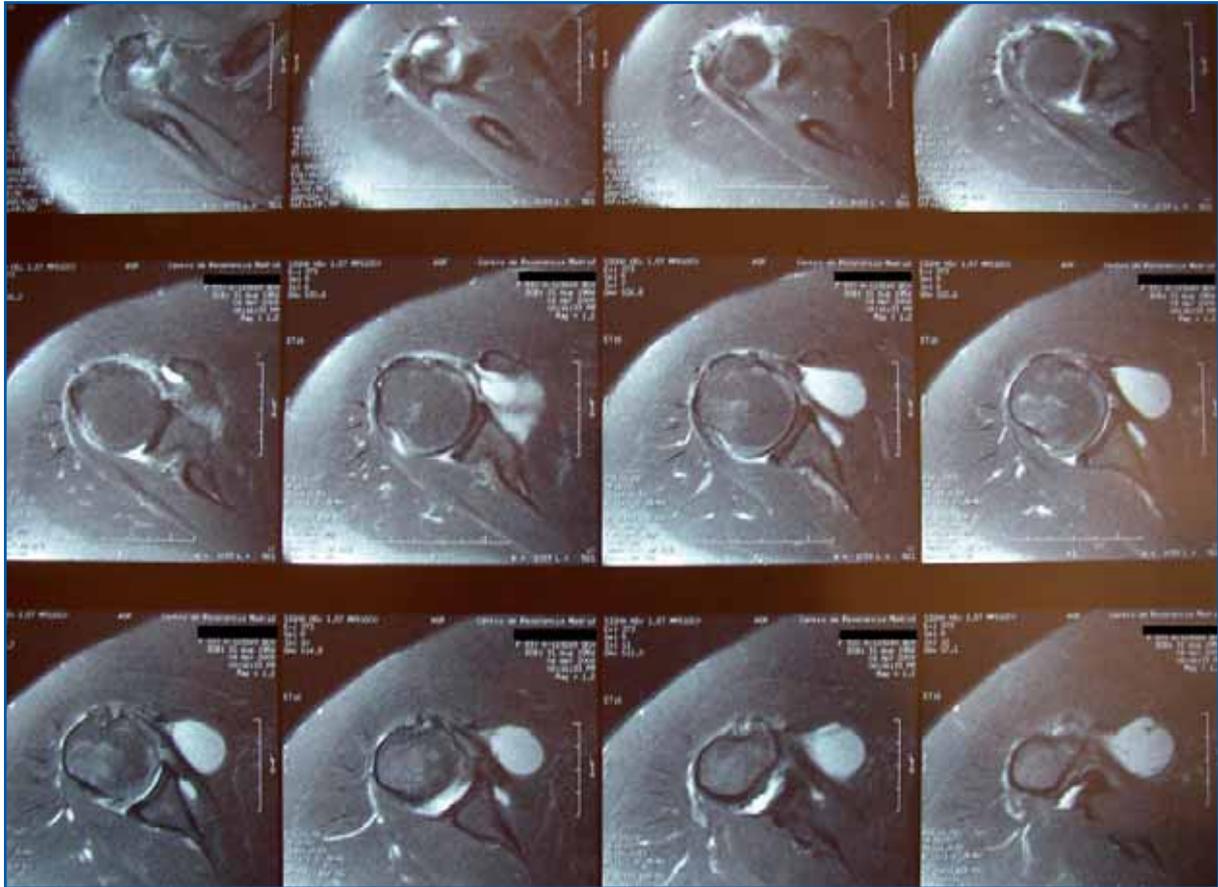


Figura 1. Imágenes de RMN. Corte axial. Se aprecia el quiste desde la zona coracoidea hasta la zona más axilar.

Mediante una grúa de tracción, se mantiene el miembro superior derecho suspendido en 30° de abducción y 20° de flexión anterior. El abordaje primario se lleva a cabo a través de un portal posterior convencional, hasta la articula-

ción glenohumeral (Figuras 3 y 4). Se identifica el intervalo de los rotadores y a través de un portal anterolateral se introduce una aguja espinal para controlar un buen acceso al tendón subescapular. Se utiliza un palpador para lograr

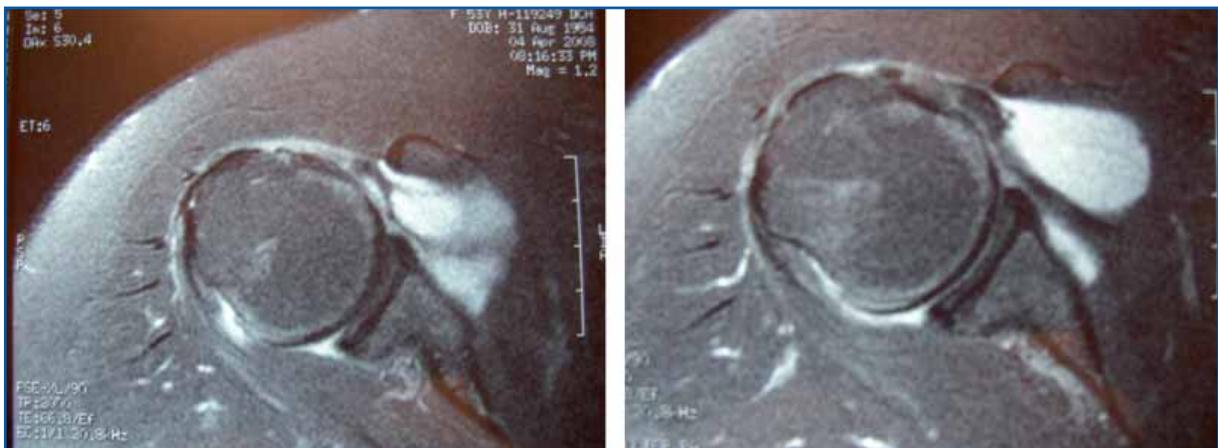


Figura 2. Ampliación del corte axial de RMN. Se aprecia la compresión del relleno quístico en el tendón subescapular.



Figura 3. Portal posterior.



Figura 4. Articulación glenohumeral.



Figura 5. Tendón conjunto y ligamento coraco-acromial.



Figura 6. Apófisis coracoides.

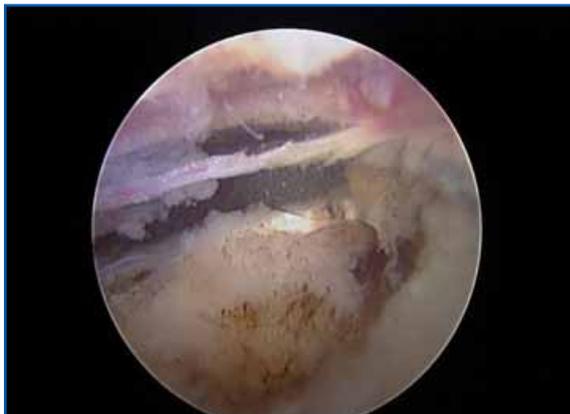


Figura 7. Contenido quístico.

un buen diagnóstico de la integridad del tendón subescapular y una buena localización del proceso coracoideo.

Localizada la coracoides y teniendo un buen espacio de trabajo, con un sistema motorizado y un terminal *shaver*, se realiza una bursectomía

y limpieza de tejidos, hasta obtener una buena visualización del tendón conjunto y del ligamento coraco-acromial (Figuras 5 y 6).

Mediante radiofrecuencia se efectúa una resección del tejido, hasta que fluya el contenido quístico de forma espontánea (Figura 7).

Se efectúan gestos quirúrgicos como expresión externa y aspirado en la zona subcoracoidea, hasta que termina de extraerse el contenido quístico.

Finalmente, se amplía el espacio coraco-humeral, mediante abrasión de la coracoides con una fresa de 4 mm, en su zona posterolateral (Figura 8).

Termina la intervención con una coagulación de puntos sangrantes, mediante radiofrecuencia.

La paciente llevó un cabestrillo durante los primeros días y comenzó la movilización pasiva en las primeras 48 horas.

Fue intervenida el 11 de junio de 2008 y alta laboral el 13 de agosto de 2008.



Figura 8. Coracoplastia por abrasión.

CONCLUSIÓN

Una vez realizado el diagnóstico diferencial en el hombro doloroso, originado por un conflicto coracoideo, ya sea de causa anatómica, traumática o degenerativa, se indica la cirugía. Las posibilidades técnicas que ofrece la cirugía arthroscópica juegan un papel definitivo en la elección del tratamiento.

Teniendo presente la dificultad de acceso al proceso coracoideo y siguiendo las indicaciones descritas por Burkhart, los autores resolvieron el proceso patológico de una forma segura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerber C, Terrier f, Ganz R. The role of the coracoid process in the chronic impingement syndrome. *J Bone Joint Surg Br* 1985; 67: 703-8.
2. Galindo Andújar E, Galindo Martens E. Tratamiento arthroscópico del "impingement" coracoideo. *Cuadernos de Artroscofia* 2004; 11: 24-7.
3. Karnaugh RD, Sperlin JV, Warren RF. Arthroscopy treatment of coracoid impingement. *Arthroscopy* 2001; 17: 784-7.
4. Lo IK, Burkhart SS. Arthroscopic coracoplasty through the rotator interval. *Arthroscopy* 2003; 19 (6): 667-71.
5. Burkhart SS, Tehrany AM. Arthroscopic subscapularis tendon repair: Technique and preliminary results. *Arthroscopy* 2002; 18 (5): 454-63.