

Bursectomía escapulotorácica

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 12 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
1-4 weeks El cabestrillo es solo para mayor comodidad y en muchas series se retira en los primeros días; en algunas no se usa en absoluto. Los movimientos suaves empiezan de inmediato. En una serie de 20 pacientes, el dolor volvió a su nivel previo a la operación en una mediana de 6 semanas (rango de 2 a 16), y un informe sobre la técnica señala que la mayoría de las personas se han recuperado de la propia operación hacia las 4 semanas aproximadamente.	6-12 weeks La mayoría de las series permiten la actividad completa, el deporte y el uso del brazo por encima de la cabeza a partir de unas 6 a 8 semanas, con fortalecimiento de los músculos del omóplato a partir de unas 8 semanas y vuelta al deporte por encima de la cabeza hacia los 2 a 3 meses. El tiempo hasta volver al trabajo fue variable: una media de 4,5 semanas tras la cirugía artroscópica en una comparación (18 pacientes), y alrededor de un mes de baja laboral tras la cirugía abierta en otra serie.	3-6 months El fortalecimiento general continúa hasta unos 3 meses, y una serie permitió el deporte completo a los 4 meses. La mejoría se mantiene: en 66 pacientes seguidos durante 5 a 15 años, la puntuación media del hombro aumentó de 57 a 87 sobre 100 y el dolor disminuyó de 5,2 a 1,4 sobre 10, y 38 de los 42 que practicaban deporte (90,5 %) volvieron a practicarlo en alguna medida. Es frecuente que persista algún clic o molestia incluso cuando el resultado es bueno.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con 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. Una valoración en la clínica, que incluye su historia clínica, una exploración y estudios de imagen cuando son necesarios, establece el diagnóstico.

El síndrome de la escápula en resorte se produce cuando el omóplato roza o hace clic al moverse sobre las costillas. Por lo general se debe a una bursa inflamada, un fino cojín de tejido situado entre el omóplato y las costillas, a veces junto con una prominencia ósea en la esquina superior interna del omóplato. La mayoría de las personas mejoran sin cirugía, con fisioterapia, medicamentos antiinflamatorios, la modificación de la actividad y una inyección en la bursa guiada por imagen, que normalmente se prueban durante varios meses.

Recomendamos esta operación cuando ese tratamiento no le ha proporcionado suficiente mejoría. La operación extirpa la bursa inflamada del espacio situado entre el omóplato y las costillas, y recorta una esquina prominente del omóplato si se encuentra. Su objetivo es aliviar el dolor y mejorar el funcionamiento del hombro.

Antes de la operación

Llegado este momento, normalmente ya se le habrán realizado pruebas de imagen para planificar la operación, como una radiografía, una ecografía o una resonancia magnética, que muestra con detalle los tejidos blandos que rodean el omóplato. Su cirujano le dará instrucciones claras para el propio día de la intervención. Se le pedirá que no coma ni beba durante las siete horas previas a la operación, para poder adelantar su intervención si la lista de quirófano avanza antes de lo previsto. Lleve una lista de los medicamentos que toma actualmente e infórmenos de cualquier medicamento que tome de forma habitual, ya que puede ser necesario suspender algunos antes de la operación. Organice que alguien le lleve a casa después. Use ropa holgada y cómoda que sea fácil de quitarse. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista.

El día de la intervención

Llegará a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registra y se le prepara para el quirófano. A continuación, conocerá al anestesista, el médico que se ocupa de su sueño y de su comodidad durante la operación. Esta operación se realiza bajo anestesia general, por lo que estará completamente dormido. Al final de la operación se inyecta anestesia local en las pequeñas heridas y en el espacio situado debajo del omóplato para aliviar el dolor al despertar. Normalmente no se necesita un bloqueo nervioso adicional para esta operación. El anestesista se reunirá con usted antes de la operación y le explicará el procedimiento.

Posteriormente, se le lleva al quirófano, donde se realiza la operación. Una vez finalizada, despertará en la sala de recuperación. Las enfermeras permanecerán con usted y le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Cuando su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa, según la operación y la evolución de su recuperación.

Descripción del procedimiento quirúrgico

Se trata de una cirugía mínimamente invasiva. Normalmente permanecerá tumbado boca abajo, y el cirujano realiza unas pocas incisiones pequeñas a lo largo del borde interno del omóplato, el lado más próximo a la

columna. A través de una de las incisiones se introduce una cámara delgada en el espacio situado entre el omóplato y las costillas. La operación se realiza en este espacio, no dentro de la propia articulación del hombro.

A través de las otras pequeñas incisiones, el cirujano extirpa la bursa inflamada, el fino cojín de tejido situado entre el omóplato y las costillas. Al retirar este tejido se obtiene una visión clara de la zona. Si la esquina superior interna del omóplato parece prominente, también se recorta parte de esa esquina. La necesidad de hacerlo se decide durante la operación, según lo que encuentre el cirujano.

Al final, las pequeñas incisiones se cierran con puntos de sutura. La anestesia local ya se ha aplicado en las heridas para aliviar el dolor al despertar.

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. El brazo descansa en un cabestrillo sencillo para mayor comodidad; se lo quita para hacer los ejercicios y para lavarse. Las enfermeras controlarán su dolor y le darán medicación para mantenerlo cómodo. Es frecuente notar algo de hinchazón en la espalda y en el lateral del tórax durante el primer o segundo día. Desaparece por sí sola. Por favor, organice que alguien se quede con usted durante las primeras 24 horas después de volver a casa. 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 le vemos en consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, el hombro y la zona que lo rodea estarán doloridos e hinchados. La anestesia local aplicada durante la operación deja de hacer efecto en pocas horas, así que tome los analgésicos que le damos antes de que esto ocurra. El reposo, las bolsas de hielo envueltas en una toalla y mantener la mano en movimiento pueden aliviar las molestias. La hinchazón de la espalda y el tórax desaparece por sí sola.

Volverá a casa con el brazo en un cabestrillo sencillo para mayor comodidad. Se lo quita para hacer los ejercicios y para lavarse. Su fisioterapeuta le guiará al principio con movimientos suaves y, a medida que disminuya el dolor, avanzará hacia ejercicios de fortalecimiento. Mantenga el vendaje seco y no lo toque hasta que le veamos en consulta.

Las tareas cotidianas se recuperan por etapas. Puede usar la mano para actividades ligeras en cuanto se sienta seguro, como comer, escribir con el teclado o prepararse una taza de té. Levantar peso, estirar el brazo por encima de la cabeza y las tareas domésticas más pesadas deben esperar hasta que su cirujano le indique que la cicatrización está suficientemente avanzada. Cuando ya no lleve el cabestrillo, se encuentre cómodo y pueda girar el volante y mirar por encima del hombro sin dolor, podrá volver a conducir. Consulte nuestra guía sobre [conducción tras una cirugía de extremidad superior](#) para más detalles.

La mayoría de las personas notan que el clic o el roce disminuye a medida que mejora el dolor, aunque puede persistir algo de ruido incluso cuando el hombro se encuentra mucho mejor. La recuperación varía de una persona a otra. Su cirujano y su fisioterapeuta le guiarán en sus plazos.

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 el tejido inflamado no se elimina por completo, o queda una zona de hueso irregular. Si esto ocurre, la sensación de enganche o de roce puede continuar después de su recuperación. Si el ruido o las molestias no mejoran como hablamos, coméntelo en su próxima revisión. En ese momento se puede valorar otro tratamiento.

Algunas personas siguen notando que el omóplato se mueve de forma extraña, incluso después de que la herida haya cicatrizado. Puede notar que el omóplato sobresale de la espalda o que se engancha al estirar el brazo. Si esto continúa y le limita, díganoslo en su revisión para que podamos valorarlo.

Unas pocas personas siguen teniendo síntomas después de la operación, como dolor o clics que no desaparecen del todo. Es posible también que el hombro no se sienta tan fuerte ni tan cómodo como esperaba. Si su recuperación le parece más lenta de lo esperado, coméntenoslo. Exploraremos el hombro y hablaremos de qué más se puede hacer.

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 ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de sus analgésicos. Llame a la clínica si nota un entumecimiento nuevo o no puede mover el brazo, la mano o los dedos.

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

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras semanas. Acuda a urgencias si tiene hinchazón o dolor en la pantorrilla, falta de aire o dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda también si la mano o los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros.

Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus por ella. Llame también ese mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de sus analgésicos. Llame a la clínica si nota un entumecimiento nuevo o no puede mover el brazo, la mano o los dedos.

Si no puede comunicarse con nosotros, por ejemplo fuera del horario de atención o durante un fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

Bursectomía escapulotorácica

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 12 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
persistencia de algún clic o roce	58-78%	La operación es para el dolor. La crepitación seguía notándose en 14 de 24 (58 %) tras la bursectomía sola y en 19 de 32 (59 %) cuando además se recortó la esquina del omóplato, y en 25 de 32 (78 %) en otra serie, aunque la mayoría de esos pacientes estaban satisfechos.
persistencia de algo de dolor o de síntomas	69%	De 203 hombros operados en una revisión sistemática de 2018, 42 (21 %) tuvieron una resolución completa y 139 (69 %) mejoraron pero seguían teniendo algunos síntomas; 22 (11 %) tuvieron un mal resultado.
una nueva operación	5-13%	11 de 203 (5 %) en la revisión sistemática; 8 de 74 (11 %) y 8 de 66 (12 %) en las dos series individuales más amplias, generalmente por síntomas que reaparecieron; 3 de 23 (13 %) en una serie anterior.
hinchazón de la pared del tórax por el líquido utilizado durante la operación	6%	11 de 201 (5,5 %) en la revisión sistemática, que normalmente desaparece en unas horas; en un paciente la hinchazón fue suficiente para obligar a detener la operación.
lesión del nervio que mantiene el omóplato pegado al tórax (nervio torácico largo)	<1%	1 de 201 (0,5 %) en la revisión sistemática sufrió una lesión parcial. No se registraron lesiones nerviosas en series de 20, 23 y 47 pacientes.
infección de la herida	<1%	1 de 201 (0,5 %) en la revisión sistemática, superficial.

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