

QUISTE PARA-LABRAL ASOCIADO A SLAP EN DEPORTISTA ADOLESCENTE

A propósito de un caso

Alonso Diez J. ⁽¹⁾. Roldán Valero A. ⁽²⁾ Sanchez Monzó C. ⁽³⁾ y Baró Pazos F. ⁽⁴⁾

- (1) Jefe Servicio Médico C.B. Valladolid
(2) Traumatología del Deporte-Clinica Traumatológica Valladolid-España
(3) Médico Residente COT Hospital Dr. Peset Valencia-España
(4) Cirujano Ortopédico-Clinica Traumatológica Valladolid-España- Autor correspondiente (fbaro@traumat.es)

RESUMEN

La patología quística para-labral en el deportista es frecuente y habitualmente secundaria a patología cápsulo-labral en un contexto de inestabilidad.

Es necesario establecer un diagnóstico precoz y preciso para poder aconsejar al lesionado sobre las posibilidades de tratamiento y la necesidad del mismo. En la actualidad el tratamiento indicado es la técnica artroscópica de reconstrucción del labrum.

INTRODUCCION

Las lesiones por sobreesfuerzo en el hombro en deportistas adolescentes son frecuentes dada la carga deportiva a la que someten sus articulaciones, y fundamentalmente se caracterizan por la presencia de dolor.

CASO CLINICO

Paciente varón de 16 años de edad, de 65 kgr. de peso y 175 cm. de altura, que consulta por dolor difuso en los últimos tres meses en cara posterior y superior de hombro derecho, al realizar los movimientos de antepulsión, elevación y rotación externa, propios de su especialidad deportiva (piragüismo), con pérdida de fuerza durante la ejecución de su gesto deportivo.

Como antecedente regional presenta mecanismo de torsión en dicho hombro dos años antes, al perder el control del peso mientras realizaba entrenamiento de fuerza en banco de pesas.

En la exploración física presenta movilidad pasiva y activa de hombro derecho completa, con dolor a los movimientos activos de antepulsión, elevación y rotación externa. No se apreciaron atrofas significativas regionales. La exploración muscular analítica fue normal para porción larga de bíceps, tríceps, subescapular, supraespinoso e infraespinoso. Las pruebas de Neer y de Hawkins fueron negativas y resultaron positivas la pruebas de Yergason y de O'Brien, así como la prueba de recolocación de Jobe.

Se realizó valoración radiográfica sin hallazgos patológicos.

En la exploración ecográfica (Fig.1) se aprecia una masa anecoica redondeada de 1,50 x 2,02 cm. de ejes máximos en el ángulo postero- superior del labrum glenoideo.

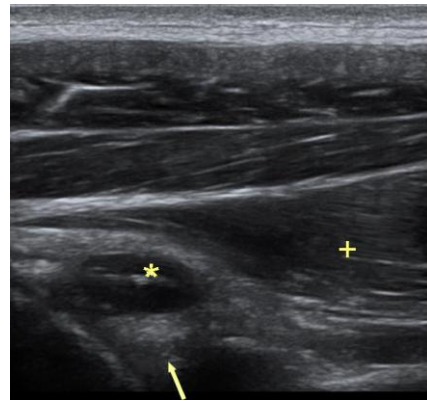


Fig.1.- Imagen ecográfica. (* Quiste paralabral . + Vientre muscular del Infraespinoso, Flecha.- Labrum)

Ante la sospecha diagnóstica de quiste labral secundario a lesión de SLAP tipo II, y sin compromiso neurológico, se realizó estudio RMN (Fig.2) del hombro afectado informando la existencia de "una alteración de señal en el labrum con hiper-intensidad lineal abierta a la superficie articular afectando tanto al labrum superior como al labrum posterior en su porción más superior, asociándose a esta hiper-intensidad una imagen ovalada bien definida, de señal similar a líquido en todas las secuencias que se sitúa entre el vientre muscular del supraespinoso y la glena ósea, próximo tanto a la arteria como a la vena y los nervios supraescapulares aunque sin imágenes de compresión de los mismos"

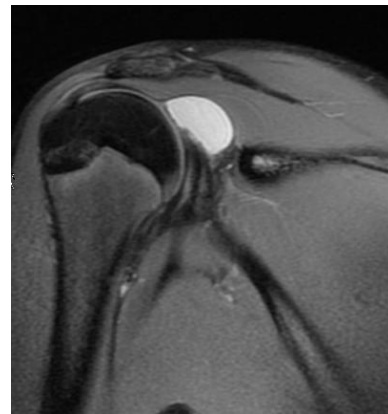


Fig.-2.- Estudio RMN inicial.



Fig.-3.- Imagen artroscópica del quiste paralabral* y del labrum gleoideo postero-superior + .

Tras la confirmación del diagnóstico se procedió a tratamiento artroscópico, bajo anestesia loco-regional mediante bloqueo del plexo braquial por vía paraescalénica, en decúbito lateral izquierdo, con tracción axial de 4 kgr. procediendo a desbridamiento del quiste, reinserción y sutura de su lesión de SLAP apoyada en arpones, logrando el cierre de la comunicación (Fig.-3-4).

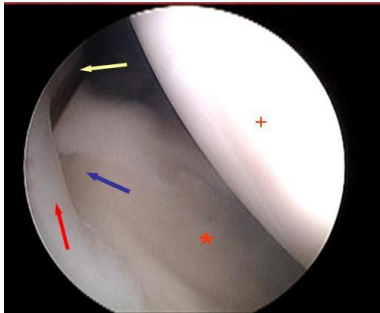


Fig.-4.- Imagen artroscópica del Slap. . (Flecha roja.- Labrum postero-superior. Flecha amarilla.- Explorador. Flecha azul.- Lesión de Slap II. * Glena humeral . + Cabeza de húmero).

Posteriormente se mantuvo inmovilización mediante cabestrillo durante tres semanas. Se realizó control RMN a las 8 semanas (Fig.-5). Realizó tratamiento fisioterapéutico y readaptación deportiva hasta cuatro meses desde la cirugía, fecha en la que se consiguió la reincorporación al mismo nivel de actividad deportiva.

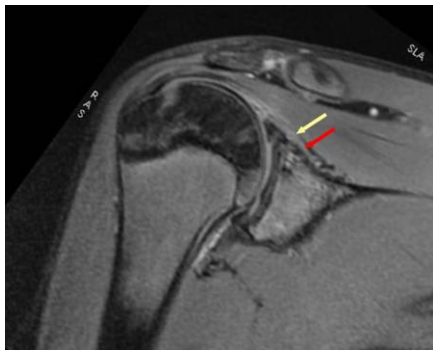


Fig.-5.- Estudio RMN de seguimiento a las 6 semanas de la cirugía. (Flecha roja.- arpón intraóseo. Flecha amarilla:- Slap suturado).

DISCUSION

El quiste para-labral es una patología que se aprecia en el 2-4% de la población general⁽¹¹⁾, fundamentalmente en pacientes en la tercera y cuarta década de la vida. Por este motivo es difícil reseñar casos documentados en deportistas infantiles⁽²⁾ o adolescentes en los que habitualmente, los síntomas dolorosos del hombro se han atribuido a sobrecarga crónica, repetitiva, dando lugar a alteraciones como osteolisis distal de clavícula o epifisiolisis proximal del húmero (síndrome del hombro de las ligas menores)^(4,10).

En su fisiopatología se asocia a patología capsulo-labral, con localización preferente en el labrum posterior y superior, aunque también en la porción anterior y siempre en relación a la entesis proximal de la porción larga del biceps.

La primera descripción de las lesiones cápsulo-labrales superiores se debe a Andrews⁽¹¹⁾ en 1985. al publicar un trabajo de investigación realizada en 79 hombros de atletas lanzadores fundamentalmente en baseball, en los que tras apreciar alteraciones en la entesis de la porción larga del biceps, aplicó durante el gesto artroscópico estimulación muscular eléctrica, con lo que consiguió reproducir la separación labrum/glena en contracción muscular. Explicó dichos hallazgos en la importante tracción que sufre dicha entesis en la fase de deceleración del lanzamiento en los últimos 30 grados de extensión del codo.

Fue en 1990 cuando Snyder⁽¹⁷⁾ protocoliza las lesiones antero-posteriores del labrum superior (SLAP) y clasifica en cuatro diferentes grupos, siendo el tipo II el que más favorece la aparición de quistes para-labrales, y que posteriormente Burkhart⁽³⁾ explicó mediante el efecto que denominó "peel-back", por el que la tracción aplicada al tendón del bíceps con movimiento rotacional del brazo en abducción, se transmite al rodete glenoideo en la entesis proximal y provoca en ocasiones la desinserción del labrum.

Westerheide⁽¹⁹⁾ refiere, tras 14 casos tratados con presencia de sintomatología neurológica, la asociación en todos ellos de patología labral. El mismo autor defiende que la presencia de quiste es similar a la producida en otras articulaciones por la extrusión del líquido sinovial existente en la articulación escapulo-humeral, buscando su salida por la zona mas débil que corresponde histológicamente⁽⁵⁾ con la localización posterior y superior del labrum.

El diagnóstico clínico es complicado. Las herramientas exploratorias más sensibles⁽¹³⁾ para las lesiones SLAP tipo II son las pruebas de O'Brien⁽¹²⁾, Hawkins, Velocidad, Neer, y las pruebas de recolocación de Jobe . De hecho Parentis⁽¹³⁾ en este trabajo concluye que no hay ninguna maniobra que de manera aislada pueda diagnosticar con exactitud las lesiones de SLAP, por lo que piensan que la artroscopia sigue siendo el estándar para el diagnóstico de estas lesiones.

Tras la realización de la anamnesis adecuada, valoración del gesto deportivo y lesional, y la exploración minuciosa del hombro, es preciso recurrir a pruebas complementarias para la correcta documentación del proceso siendo las más utilizadas la RMN^(x12) fundamentalmente para la valoración de las posibles asociaciones lesionales, y la ecografía⁽⁷⁾, con un gran valor inicial sobre el diagnóstico del quiste y la posibilidad de aspiración ecoguiada, aunque presenta un elevado índice de recidivas, y sin

embargo resulta intrascendente para el diagnóstico de la lesión del labrum.

Por su proximidad anatómica el quiste para-labral puede provocar compresión del nervio supraescapular a nivel de la escotadura espinoglenoidea⁽¹⁵⁾ y generar atrofia del infraespinoso. Si se sospecha la disfunción del nervio supraescapular, la electromiografía y la velocidad de conducción nerviosa, pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico, sin embargo, la disfunción del nervio supraescapular puede co-existir con estudios neuro-fisiológicos normales.

Tirman⁽¹⁸⁾, tras analizar 20 casos con quistes paralabiales encontró lesiones labrales en todos los casos, y criterios de inestabilidad gleno-humeral en la dirección de la lesión labral en 11 pacientes (55%), si bien no define cuales son esos criterios. McFarlan⁽⁹⁾ demostró que las variaciones en los criterios utilizados para el diagnóstico de la inestabilidad multidireccional afectan significativamente la distribución de los pacientes con ese diagnóstico.

El tratamiento habitual es quirúrgico mediante cirugía artroscópica, realizando desbridamiento y reparación del defecto labral. Sin embargo, Youm⁽²⁰⁾ en 2006 presentó una serie de 10 casos resueltos exclusivamente con la reconstrucción labral, informando la desaparición del dolor en todos los casos. Posteriormente Schroder et al.⁽¹⁶⁾ informaron similares resultados en una serie de 42 casos y resolución del quiste en el 88%.

CONCLUSIONES

Parece existir consenso en la asociación de quiste para-labral con la lesión capsulo-labral, siendo más controvertida la asociación con la inestabilidad, debido posiblemente a los diferentes criterios utilizados en la definición de este término.

Tampoco existe duda sobre la efectividad de realizar tratamiento artroscópico de la patología intraarticular, para solucionar el quiste para-labral.

En el paciente deportista en formación, es necesario pensar en la existencia de esta patología, pero quizá más importante el diseño de programas de prevención y protección para evitar la lesión articular por sobrecarga en el deportista inmaduro.

REFERENCIAS

- 1.- Andrews JR, Carson WG Jr, McLeod WD. Glenoid labrum tears related to the long head of the biceps. *Am J Sports Med.* 1985 Sep-Oct;13(5):337-41.
- 2.- Bedi A, Dodson C, Altchek DW. Symptomatic SLAP tear and paralabral cyst in a pediatric athlete: a case report. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Mar;92(3):721-5.
- 3.- Burkhart SS, Morgan CD, Kibler WB. The disabled throwing shoulder: spectrum of pathology Part I: pathoanatomy and biomechanics. *Arthroscopy.* 2003;19:404-20.
- 4.- Cahill B.R. Little league shoulder: Lesions of the proximal humeral epiphyseal plate. *Am J Sports Med* 1974;2:150-153.

- 5.- Cooper DE, Arnoczky SP, O'Brien SJ, Warren RF, DiCarlo E, Allen AA. Anatomy, histology, and vascularity of the glenoid labrum. An anatomical study. *J Bone Joint Surg Am.* 1992 Jan;74(1):46-52
- 6.- Cummins CA, Messer TM, Nuber GW. Current Concepts Review - Suprascapular Nerve Entrapment. *J Bone Joint Surg Am.* 2000;82:415-24.
- 7.- Leitschuh PH, Bone CM, Bouska WM. Magnetic resonance imaging diagnosis, sonographically directed percutaneous aspiration, and arthroscopic treatment of a painful shoulder ganglion cyst associated with a SLAP lesion. *Arthroscopy.* 1999;15(1):85-7.
- 8.- Maffet MW, Gartsman GM, Moseley B. Superior labrum biceps tendon complex lesions of the shoulder. *Am J Sports Med* 1995; 23:93-8.
- 9.- McFarland EG, Kim TK, Park HB, Neira CA, Gutierrez MI. The effect of variation in definition on the diagnosis of multidirectional instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 2003 Nov;85-A(11):2138-44.
- 10.- Meister K, Day T, Horodyski M, Kaminski TW, Wasik MP, Tillman S. Rotational motion changes in the glenohumeral joint of the adolescent/Little League baseball player. *Am J Sports Med.* 2005;33:693-8.
- 11.- Moon CY, Ji JH, Kim SJ. Multidirectional instability accompanying an inferior labral cyst. *Clin Orthop Surg.* 2010 Jun;2(2):121-4. Epub 2010 May 4.
- 12.- O'Brien SJ, Pagnani MJ, Fealy S, McGlynn SR, Wilson JB. The active compression test: a new and effective test for diagnosing labral tears and acromioclavicular joint abnormality. *Am J Sports Med.* 1998;26:610-3.
- 13.- Parentis MA, Glousman RE, Mohr KS, Yocum LA. An Evaluation of the Provocative Tests for Superior Labral Anterior Posterior Lesions. *Am J Sports Med* 2006 34: 265
- 14.- Piatt BE, Hawkins RJ, Fritz RC, Ho CP, Wolf E, Schickendantz M. Clinical evaluation and treatment of spinoglenoid notch ganglion cysts. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002 Nov-Dec;11(6):600-4.
- 15.- Safran MR. Nerve injury about the shoulder in athletes, part 1: Suprascapular nerve and axillary nerve. *Am J Sports Med.* 2004 Apr-May;32(3):803-19.
- 16.- Schroder CP, Skare O, Stiris M, Gjengedal E, Uppheim G, Brox JI. Treatment of labral tears with associated spinoglenoid cysts without cyst decompression. *J Bone Joint Surg (Am)* 2008; 90-A:523-30.
- 17.- Snyder SJ, Karzel RP, Del Pizzo W, Ferkel RD, Friedman MJ. SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy.* 1990;6:274-9.
- 18.- Tirman, P. F.; Feller, J. F.; Janzen, D. L.; Peterfy, C. G.; and Bergman, G. A.: Association of glenoid labral cysts with labral tears and glenohumeral instability: radiologic findings and clinical significance. *Radiology,* 190: 653-658, 1994.
- 19.- Westerheide KJ, Dopirak RM, Karzel RP, Snyder SJ. Suprascapular nerve palsy secondary to spinoglenoid cysts: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy.* 2006 Jul;22(7):721-7.
- 20.- Youm T, Matthews PV, El Attrache NS. Treatment of patients with spinoglenoid cysts associated with superior labral tears without cyst aspiration, debridement, or excision. *Arthroscopy.* 2006 May;22(5):548-52.