

SUBESCAPULAR

Pablo Escribá MD, PT, DO



JERARQUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: 1º ARTICULACIÓN OMOTORÁCICA.

1º TRABAJO DE CONTROL Y POSICIONAMIENTO ESCAPULAR *DELTOIDES POSTERIOR +++ Y REDONDO MAYOR EN DESCENSO ESCAPULAR

TRABAJO DE LAS FIBRAS DEL TRAPECIO MEDIO E INFERIOR.

CONTROL DEL SERRATO- ROMBOIDES MAYOR Y MENOR.

INFRAESPINOSO

REDONDOS MAYOR Y MENOR .

DELTOIDES ANTERIOR Y MEDIO.

ANGULAR.

SUBESCAPULAR.

PECTORALES MAYOR Y MENOR Y BÍCEPS

¿ QUÉ EVIDENCIA NOS RESPALDA?

SUBESCAPULAR*:

- EL TRATAMIENTO DEBE FAVORECE UN HOMBRO NORMAL EN LOS 4 MOVIMIENTOS BASICOS: ANTEPULSIÓN, ABDUCCIÓN, MANO CABEZA Y MANO ESPALDA. SI RECUPERAS EL MOVIMIENTO MÁS RESTRINGIDO, ES DECIR MANOS-ESPALDA (DESABROCHAR EL SUJETADO), RECUPERAS TODOS LOS MOVIMIENTOS DEL HOMBRO ***



Aponeurosis del subescapular-consecuencias clínicas

Este músculo está cubierto por una lámina fibrosa y fina, extendida desde un borde al otro de la fosa subescapular.

La afectación del subescapular impide la rotación externa automática del húmero durante la abducción y favorece de esta manera el síndrome de compresión subacromiodeltoidea y la tendinitis del supraespinoso. Esto limita la rotación externa de hombro y el movimiento mano-cabeza.

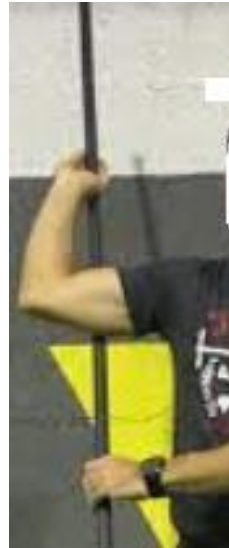
Su contractura, con la de los otros rotadores internos, conduce a una postura de rotación interna y de aducción, y a una disminución de la rotación externa.

El acortamiento de los rotadores internos de hombro (dorsal ancho, pectoral mayor, subescapular y redondo mayor) en decúbito limita el grado de flexión del hombro por encima de la cabeza y la rotación externa.

AUTOESTIRAMIENTO DEL SUBESCAPULAR

- Posición del paciente: bipedstación con brazo en abd a 90º , retracción escapular y descenso escapular (rototraslación inferior), codo flexionado a 90º .
- Contactos: la mano y el antebrazo del paciente contactan (el antebrazo intenta contactar con 30-40% del dolor máximo tolerado), es posible un contacto bilateral.
- Técnica: evitando la rotación de la cintura escapular homolateral antálgica se realiza un estiramiento o energía muscular o contracciones isométricas potentes (cada técnica tiene unos efectos*)





SUBSCAPULAR: ESTIRAMIENTO DEL SUBSCAPULAR. POTENCIACIÓN.

- EJERCICIOS DE Rotación interna: ANTEPULSIÓN 10-15º , TOALLA ENTRE TÓRAX Y HÚMERO, USAMOS THERABAND O POLEAS. ISOMÉTRICOS 30-45 SEG A ISO´TONICOS EN PROGRESIÓN.
- EN FASES AVANZADAS 90º DE FLEXIÓN Y MISMO TRABAJO EN ROTACIÓN INTERNA.



QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LAS TÉCNICAS DE ENERGÍA MUSCULAR PARA EL SUBSCAPULAR:



UNA SOLA SESIÓN DE TRATAMIENTO MEDIANTE ENERGÍA MUSCULAR MEJORA INMEDIATAMENTE LA ROTACIÓN INTERNA Y LA ADUCCIÓN HORIZONTAL.

IMPORTANTE TRABAJO PARA SUBESCAPULAR



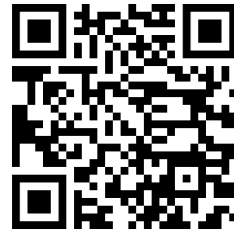
- AUTOTRATAMIENTO DE ANTAGONISTAS EN TRX (TRABAJO DELTOIDES POST Y ROTAR EXT).



TRABAJO DE ANTAGONISTAS CON GOMAS:

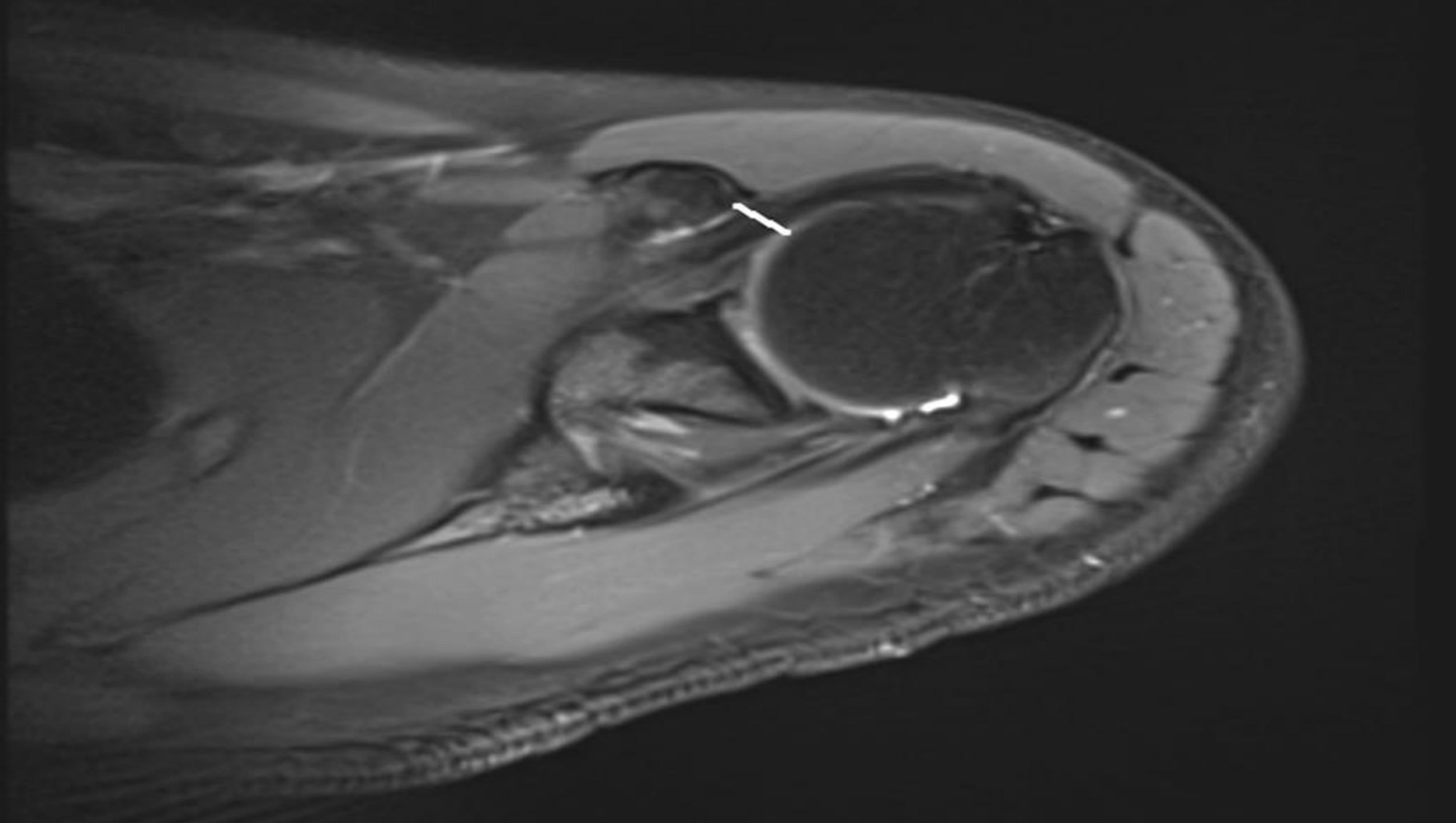


Relación entre la medición radiológica del pinzamiento subcoracoideo y las lesiones del tendón subescapular.



Fundamento: El valor de las mediciones radiológicas del pinzamiento subcoracoideo como el intervalo coracohumeral en la predicción de lesiones del tendón subescapular es controvertido.

El objetivo fue evaluar la relación entre las mediciones radiológicas de la afectación subcoracoide y las lesiones del tendón subescapular en adultos jóvenes y de mediana edad.



Relación entre la medición radiológica del pinzamiento subcoracoideo y las lesiones del tendón subescapular

(Kucukciloglu and Aydın, 2022)

Métodos: Se diseñó este estudio como estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes entre 18 y 55 años sin antecedentes de cirugía de hombro o trauma mayor y se excluyeron del estudio pacientes con artritis, inestabilidad o desgarros del manguito rotador retraídos.

Se evaluaron las imágenes de resonancia magnética y los pacientes se agruparon en dos según la condición del tendón subescapular: normal o patológica.

Se midió la versión glenoidea, la distancia axial coracohumeral, el ángulo coracoglenoide, el índice coracoideo, la distancia sagital coracoides-glenoides tubérculos y la diferencia axial de inclinación coacromial-glenoide para todos los pacientes

MEDICIONES: DISTANCIA AXIAL CORACOHUMERAL.

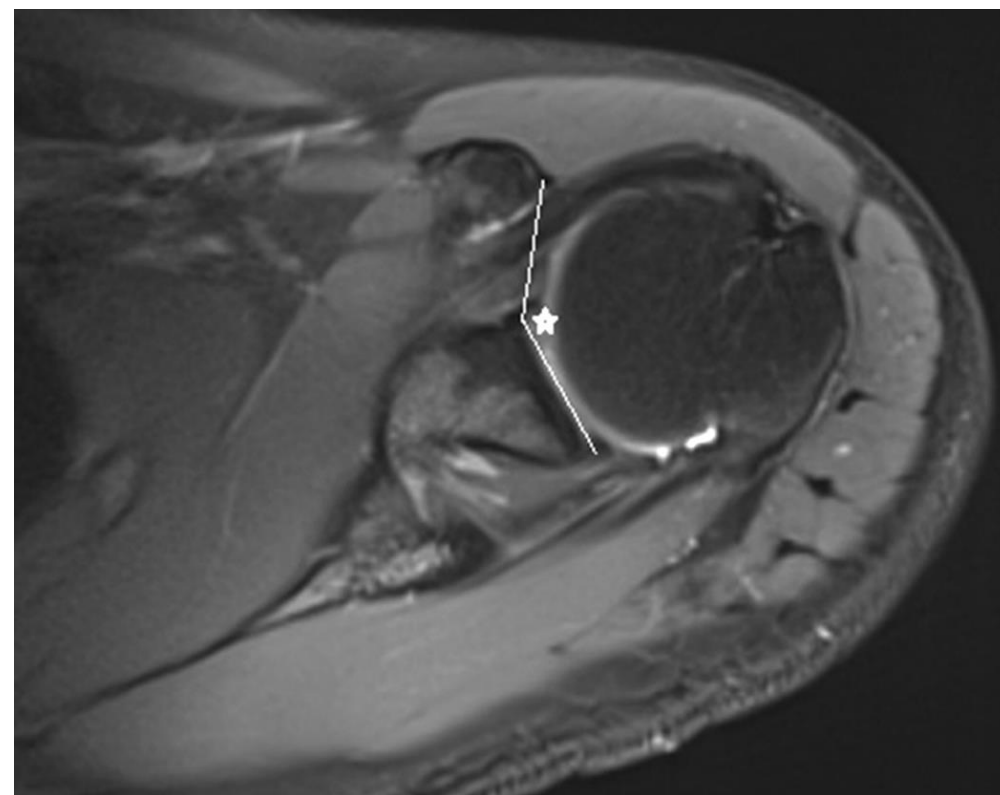


La distancia axial coracohumeral se midió como el punto más cercano entre la punta de la coracoides y la cabeza humeral en un corte axial. La línea se dibuja desde la punta de la coracoides hasta el punto más cercano a la cabeza humeral en la imagen axial y la longitud de la línea muestra la distancia coracohumeral axial. 



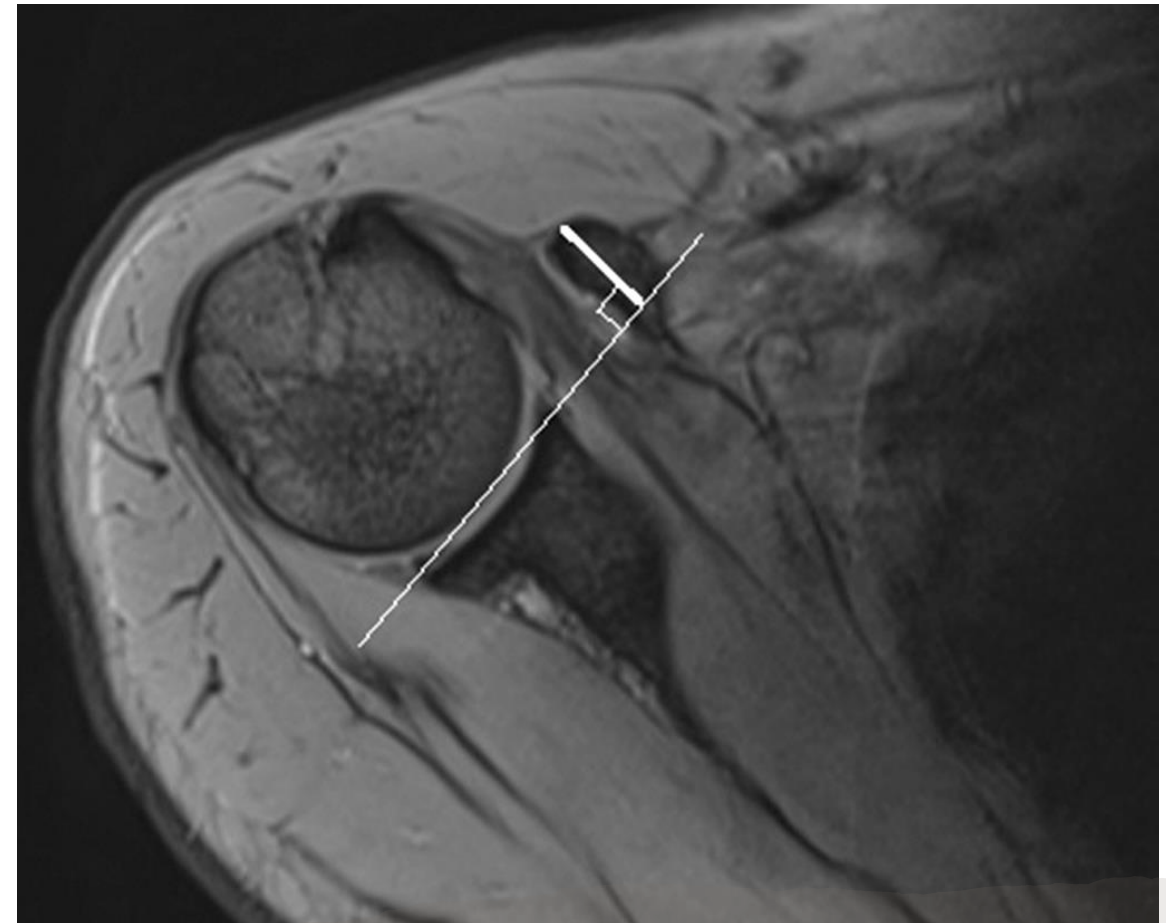
MEDICIONES : ÁNGULO CORACOGLENOIDEO

- El ángulo coracoglenoideo se midió como el ángulo entre la línea tangencial al borde glenoideo y la línea proyectada desde el borde anterior de la glenoides a la punta de la coracoides en plano axial. Primero se dibuja una línea tangente al borde glenoideo, segundo se forma otra línea que conecta el borde anterior de la glenoides con la punta de la coracoides. El asterisco muestra el ángulo coracoglenoideo como el ángulo entre la primera y segunda líneas.



MEDICIONES: ÍNDICE CORACOIDEO (GERBER ET AL ,1987).

Distancia perpendicular desde la punta de la coracoides a una línea tangencial al borde glenoido en la imagen axial . La primera línea es tangencial al borde de la glenoides , la segunda línea comienza en la punta de la coracoides y se dirige perpendicular a la primera. La distancia entre la punta de la coracoides y el punto de intersección entre la primera y segunda línea es el índice coracoideo



Relación entre la medición radiológica del pinzamiento subcoracoideo y las lesiones del tendón subescapular.

01



02

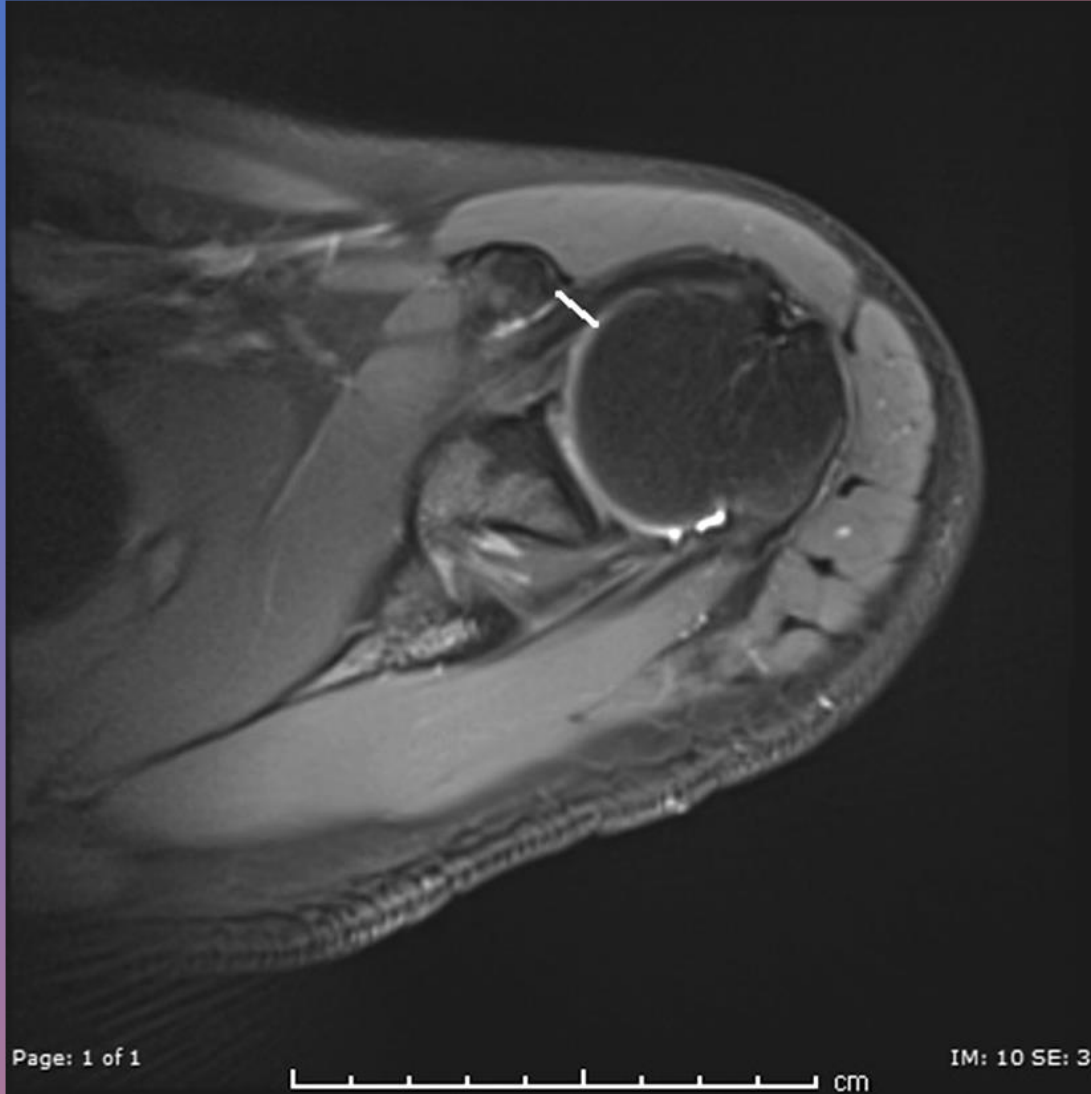
Conclusiones: En este estudio, la distancia coracohumeral y el ángulo coracoglenoide disminuyeron y la incidencia de lesiones del tendón subescapulario aumentó a medida que avanzaba la edad

La discrepancia de distancia coracohumeral bilateral se asocia con desgarro del subescapular en pacientes con rotura del manguito rotador



Los valores de la distancia coracohumeral son significativamente diferentes entre los hombros afectados y sanos contralaterales en los pacientes con roturas del músculo subescapular.

La discrepancia bilateral en la distancia coracohumeral se asocia fuertemente con pinzamiento subacromial y roturas del músculo subescapular.



MEDICIONES: DISTANCIA AXIAL CORACOHUMERAL.

La distancia axial coracohumeral se midió como el punto más cercano entre la punta de la coracoides y la cabeza humeral en un corte axial. La línea se dibuja desde la punta de la coracoides hasta el punto más cercano a la cabeza humeral en la imagen axial y la longitud de la línea muestra la distancia coracohumeral axial.

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN ROTURAS DEL SUBESCAPULAR



ENFOQUE TERAPÉUTICO SIMILAR A LAS ROTURAS DEL MANGUITO ROTADOR QUE HEMOS
EXPUESTO EN LOS POWERS ANTERIORES.



El dolor fue el punto de referencia más frecuente en la modulación y progresión de los ejercicios,
aunque se encontraron otros criterios como la fatiga o la autopercepción de la capacidad.