

**CURSO HOMBRO
ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

MÓDULO DE HOMBRO

SEMESTRE *Segundo* AÑO *2024*

PROF. ENCARGADO

*Aníbal Debandi Cuadra
Cristóbal Díaz Lorenzo*

Nombre completo

Coordinador General: Prof. Enrique Cifuentes

Departamento de Ortopedia y Traumatología Hospital Clínico.

UNIDAD ACADÉMICA QUE RESPALDA EL CURSO

TELÉFONO *+56 9 66494452* E-MAIL *Anibal.debandi@gmail.com*

TIPO DE CURSO

Curso Oficial

Nº HORAS TOTALES	
TALLERES PRESENCIALES Y PRUEBA	
No Presenciales (Estudio)	
A Distancia (Revisión Clases online)	<i>20</i>

1 credito

(1 crédito equivale a 18 horas semestrales)

CUPO ALUMNOS

50

20

(Nº Máximo)

(Nº mínimo)

REQUISITOS

- Médico cursando la especialidad en Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Chile*

DESTINATARIOS

Médicos que están cursando la especialidad de Ortopedia y Traumatología.

INICIO

Diciembre de 2024

TERMINO

Diciembre 2024

**DIA/HORA
RIO**

--

**DIA /
HORARIO**

--

LUGAR

*Plataforma Online (U-Cursos). Departamento de Ortopedia y Traumatología Norte,
Hospital Clínico Universidad de Chile, Facultad de Medicina.*

*Paso práctico Departamento Anatomía – Facultad de Medicina, Universidad de
Chile.
6 de diciembre de 2024*

Información e Inscripciones

**Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina U. de
Chile**

METODOLOGÍA

- 1.- Clases expositivas grabadas y para ser vistas en plataforma U-Cursos.
- 2.- Duración de la clase máximo 20 minutos.
- 3.- Bibliografía complementaria por cada tema a tratar.
- 4.- Paso práctico cadavérico: abordajes y anatomía aplicada en Cirugía de Hombro.
- 5.- Realización de capítulo para Libro: Módulo de Hombro 2024 – Universidad de Chile.

EVALUACIÓN

- 1.- Evaluación Final de conocimientos: Prueba de selección múltiple al término del módulo: 80%
- 2.- Confección de texto por tema de clase que incluye bibliografía actualizada: 20%

PROFESORES PARTICIPANTES

Docente	E-MAIL	Institución
Dr. Diego Cuzmar	diegocuzmar@gmail.com	Hospital San José
Dr. Cristóbal Díaz	cris.diaz.lorenzo@gmail.com	HCUCH
Dr. Aaron Andahur	aaron.andahur@gmail.com	HCUCH
Dr. Max Ekdahl	maxekdahl@gmail.com	Universidad de los Andes
Dr. Pablo Vargas	drpablovargas@gmail.com	Clínica MEDS
Dra. Susan Sulzer	susansulzer@gmail.com	Hospital San José
Dr. Guillermo Robles	groblesg@gmail.com	HCUCH

Dr. Juan Pomés	juanpomes@gmail.com	Clínica INDISA
Dr. Julio Contreras	juliocontrerasmd@gmail.com	UC Christus
Dr. Miguel Pinedo	mpinedov@gmail.com	Clínica MEDS
Dr. Aníbal Debandi	anibal.debandi@gmail.com	HCUCH
Dr. Felipe Reinares	freinares@gmail.com	Clínica Alemana
Dr. Nicolás Morán	nimoran@miuandes.cl	Clínica INDISA
Dr. Mario Humeres	thumeres@gmail.com	Clínica MEDS
Dr. Manuel Beltrán	beltranlabrana@gmail.com	Instituto Traumatológico
Dr. Gonzalo Gana	gganhervias@gmail.com	Clínica Santa María
Dr. Cristobal Maccioni	cmaccioni@gmail.com	Clínica BUPA
Dr. José Tomás Rojas	jtrojasm@gmail.com	Hospital San José
Dr. Patricio Melean	patricio.melean@gmail.com	Clínica MEDS
Dr. Álvaro Verdugo	alvarover@hotmail.com	Instituto Traumatológico
Dr. José Miguel Acuña	josemiguelpl8@gmail.com	Clínica INDISA
Dr. Alonso Díaz	alonso.magallanes@gmail.com	Instituto Traumatológico
Dr. Raúl Águila	raulaguilam@hotmail.com	Clínica Santa María
Dr. Gabriel Cárdenas	dr.gardenaso@gmail.com	IST, Viña del Mar.
Dr. Martín Muñoz	martinmuozg@gmail.com	Instituto Traumatológico
Dr. Sebastián López	drlopeziturra@gmail.com	Hospital del Trabajador
Dr. Max González	max.gonzalez@yahoo.com	HUAP
Dr. Alejandro Viacava	aviacava@gmail.com	Clínica Santa María
Dr. Héctor Palomo	palomodr@gmail.com	Instituto Traumatológico.
Klgo. Cristián Vargas	cristian.vargas.maturana@gmail.com	HCUCH
Dra. Paola Amador	pamador@uchile.cl	HCUCH

PROPÓSITO / OBJETIVOS

PROPÓSITO:

Perfeccionar al estudiante mediante formación integral teórico – práctica actualizada, en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones específicas del hombro, así como de las condiciones generales que pueden afectar estos segmentos.

OBJETIVOS:

- Conocer y describir las herramientas actualizadas para el estudio completo de la patología del hombro.
- Conocer y describir las distintas patologías, así como su diagnóstico, tratamiento general y/o específico, seguimiento y derivación oportuna.
- Entrenar bajo supervisión directa en la ejecución de técnicas diagnósticas y terapéuticas actualizadas.
- Estimular la investigación clínica y el desarrollo de actividades docentes en relación con la

Tema	Docente
Anatomía aplicada de Hombro	Dr. Diego Cuzmar
Examen físico de hombro	Dr. Cristóbal Díaz
Patología del manguito rotador. Fisiopatología, clasificaciones e historia natural	Dr. Aaron Andahur
Tratamiento de las roturas del manguito rotador	Dr. Max Ekdahl
Rotura masiva irreparable del manguito rotador. Alternativas no protésicas	Dr. Pablo Vargas
Lesiones del subescapular	Dra. Susan Sulzer
Tendinitis cálcica - Hombro congelado	Dr. Guillermo Robles
Hombro del lanzador. Síndrome del pinzamiento interno	Dr. Juan Pomés
Disquinesia escapular	Dr. Julio Contreras
Patología de la porción larga del bíceps y lesiones SLAP	Dr. Miguel Pinedo
Luxación glenohumeral anterior: manejo del primer episodio	Dr. Aníbal Debandi
Inestabilidad anterior de hombro: luxación recidivante	Dr. Felipe Reinares
Luxofracturas e inestabilidad posterior de hombro	Dr. Nicolás Morán
Inestabilidad multidireccional de hombro	Dr. Mario Humeres
Manejo de las luxaciones inveteradas de hombro	Dr. Manuel Beltrán
Artrosis de hombro. Alternativas no protésicas	Dr. Gonzalo Gana
Artrosis primaria de hombro. Rol de la artroplastia anatómica	Dr. Cristobal Maccioni
Artropatía del manguito rotador	Dr. José Tomás Rojas
Artroplastia reversa: biomecánica e indicaciones	Dr. Patricio Melean
Complicaciones no sépticas de la artroplastia reversa	Dr. Álvaro Verdugo

Infección periprotésica en hombro	Dr. José Miguel Acuña
Artritis inflamatoria y osteonecrosis del húmero proximal	Dr. Alonso Díaz
Fractura de húmero proximal	Dr. Raúl Águila
Secuela de fractura de húmero proximal	Dr. Gabriel Cárdenas
Fractura de diáfisis humeral	Dr. Martín Muñoz
Fractura de escapula y glenoides	Dr. Sebastián López
Fracturas de clavícula	Dr. Max González
Luxación acromioclavicular	Dr. Alejandro Viacava
Luxación esternoclavicular	Dr. Héctor Palomo
Rehabilitación en patología de hombro	Klgo. Cristián Vargas
Manejo multimodal del dolor de hombro	Dra. Paola Amador

Paso práctico Dpto. Anatomía – Universidad de Chile
6 de diciembre de 2024

Actividad cadavérica en que se realizarán abordajes quirúrgicos frecuentes en cirugía de Hombro:

1. Abordaje deltopectoral

Abordaje más comúnmente utilizado para la cirugía de hombro (protésica, estabilización abierta (Ej. Cirugía de Latarjet) y RAFI de fracturas húmero proximal y glenoideas anteriores).

- Incisión y disección: Incisión se extiende desde la apófisis coracoides hacia la inserción deltoidea paralela al deltoides. Después de la disección a través del celular subcutáneo se debe identificar el siguiente reparo anatómico que corresponde a la vena cefálica ubicada habitualmente con grasa en su periferia. Una vez reconocida, se rechaza hacia lateral o medial (idealmente a lateral por mayor concentración de vasos tributarios en esa dirección) y se accede a través del intervalo deltopectoral. Mediante el intervalo es posible identificar la cabeza humeral en profundidad a la bursa, la inserción del pectoral mayor y a medial el tendón conjunto llegando a la apófisis coracoides. Se procede a la liberación roma del espacio subdeltoideo y subacromial, colocación de separadores e identificación de la cabeza larga del bíceps en dirección a la corredera y el subescapular.

- Riesgos: Plexo braquial, arteria, vena axilar (medial a tendón conjunto) y nervio axilar (5-6cm desde el borde acromial bajo el deltoides)

2. Abordaje superolateral

- Abordaje clásicamente utilizado para reparación abierta del manguito rotador, actualmente en uso para fracturas avulsivas de troquíter y en menor medida para cirugía protésica.

- En cuanto al abordaje en el plano profundo, debemos encontrar rafe anterior entre la porción anterior y media del deltoides permitiendo la entrada al espacio subacromial, subdeltoideo y la cabeza humeral.

- Riesgos: Nervio axilar ubicado habitualmente entre 5 a 7 cm. desde el borde lateral del acromion.

3. Abordaje posterior

- Abordaje indicado para fracturas (escapulares y glenoideas posteriores), aumentación ósea de la glenoides posterior y descompresiones de la escotadura espino-glenoidea.
- Requiere posicionamiento del paciente en decúbito lateral o prono
- Incisión cutánea se realiza sobre la espina de la escápula y curvada longitudinalmente hacia la axila en línea con la articulación glenohumeral. Expuesto el celular subcutáneo, se rechaza el deltoides a lateral y accede a través de un verdadero plano internervioso entre el infraespinoso y redondo menor.
- Riesgos: Nervio axilar y arteria circunfleja humeral posterior.

4. Abordaje anterolateral/anterior húmero

- Corresponde a la continuación del abordaje deltopectoral y permite acceso a la diáfisis humeral.
- Se realiza con el paciente en decúbito supino y mesa de mano.
- Incisión cutánea se proyecta en el borde lateral del bíceps braquial, Tras el plano celular se abre la fascia sobre el bíceps y moviliza este a medial para exponer el músculo braquial.
- El músculo braquial posee inervación dual (Mitad lateral por nervio radial y medial por el nervio musculocutáneo) por lo que es posible realizar una división longitudinal y exponer la diáfisis del húmero.
- Riesgos: Ramas cutáneas antebraquiales laterales y nervio radial en los 2/5 distales

5. Abordaje posterior húmero

- Útil para fracturas a lo largo de toda la diáfisis o con extensión distal intraarticular.
- El posicionamiento del paciente puede ser en decúbito prono o lateral con soporte del brazo.
- Incisión y disección superficial debe ser centrada en la zona de trabajo hasta exponer la fascia tricipital. El punto de unión muscular y aponeurosis tricipital se correlaciona con el paso del nervio radial a lateral.
- Expuesto el tríceps existen diferentes opciones para acceder al húmero (Trans o paratricipital, desinserción del tríceps u osteotomía de olecranon para casos más distales).
- Riesgos: El principal riesgo corresponde al nervio radial. Su recorrido proximal inicia a posterior y a nivel del surco espiral en el tercio medio del húmero se dirige hacia lateral.