

Corrección artroscópica de la inestabilidad anterior del hombro



Alfredo Argote R., M.D.*

RESUMEN

Se publica la experiencia en el manejo artroscópico de la inestabilidad recidivante anterior del hombro mediante la corrección de la lesión de Bankart con suturas transglenoidea.

Desde 1991 hasta 1994 se han realizado 13 casos con seguimiento promedio de 14 meses, encontrando un solo caso (8.3%) de recurrencia de luxación hasta la fecha.

Estamos complacidos con los resultados que, al igual que en la literatura mundial hacen este procedimiento cada vez más equiparable con los realizados en forma abierta.

Los resultados de las diferentes técnicas quirúrgicas abiertas que reparan el labrum anterior para el control de la inestabilidad anterior del hombro son bien conocidos oscilando la incidencia de reluxación entre 0 a 5.4% (8). Desde la década de los 80 se ha desarrollado aceleradamente la artroscopia del hombro y diversas técnicas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) se han descrito para el control de la inestabilidad anterior, todas ellas basadas en la reparación de la desinserción del labrum glenoideo anterior, mejor conocido como lesión de Bankart. En nuestros hospitales se comenzó con la utilización de grapas antes del año 89 (9) y no fue sino hasta 1990 cuando se inició el uso de suturas ante los reportes de problemas con los elementos metálicos intra-articulares (12).

La estabilidad del hombro se ha dividido en 5 mecanismos principales estabilizadores como son: 1. Elevada congruencia glenoide-labrum y cabeza humeral; 2. Presión negativa intra-articular; 3. El Labrum glenoideo; 4. Los retractoros cápsulo-liga-

mentarios y 5. Los músculos que rodean la articulación (10).

El factor enfocado con más éxito en el tratamiento quirúrgico ya sea abierto (8) o artroscópico ha sido el labrum glenoideo anterior donde su corrección ofrece los resultados más confiables y menos limitación funcional en especial de la rotación externa.

Bankart describió la desinserción del labrum anterior como la lesión esencial que desencadenaba el evento de la luxación y posterior inestabilidad al no cicatrizar en forma adecuada.

La evidencia actual del tratamiento quirúrgico nos ha encaminado en la corrección ya sea de la

* Ortopedista del Hospital Clínica San Rafael y Hospital Simón Bolívar de Santafé de Bogotá. Instructor de Ortopedia de la Universidad Javeriana y de la Escuela Nacional de Medicina.

lesión de Bankart y/o la corrección capsuloligamentaria dejando otras técnicas para casos excepcionales en especial las que alteran las estructuras musculares u óseas del hombro.

Está bien establecido actualmente el papel de la artroscopia en la evaluación de la inestabilidad del hombro y sus lesiones asociadas pero sí hay controversia entre la eficacia del tratamiento artroscópico cuando se compara con el manejo abierto.

Varias técnicas artroscópicas han sido descritas (4, 6, 7) con diversos elementos de fijación: grapas, tornillos, etc. Debido a sus excelentes resultados nosotros hemos escogido la técnica de sutura transglenoide (1, 11).

Esta técnica de sutura transglenoide inicialmente descrita por Inglis para la cirugía de Bankart y adaptada para uso artroscópico posteriormente por Morgan, Caspiri y Rose (1, 5, 11), con resultados que oscilan entre el 3% y 14% de relajación o falla.

Motivados por estos buenos resultados en el año de 1990 iniciamos el manejo de esta patología transartroscópicamente.

MATERIALES Y METODOS

Se intervinieron 13 pacientes con edades entre 18 y 44 años, se les comprobó a todos historia clínica de luxación traumática anterior del hombro y se confirmó su recurrencia por el mecanismo de abducción y rotación externa; tres pacientes tuvieron historia de subluxación dolorosa sin episodio de luxación pero con síntomas de aprehensión y dolor con la abducción rotación externa. No se practicó cirugía en pacientes con luxación voluntaria, luxación posterior o en quienes se sospechara inestabilidad multidireccional. A todos los pacientes se les practicó estudio radiológico, proyecciones AP de rutina y en algunos se obtuvieron TAC y Resonancia M.N. El examen físico fue practicado sin evidenciar en ningún paciente compromiso muscular o neurológico previo.

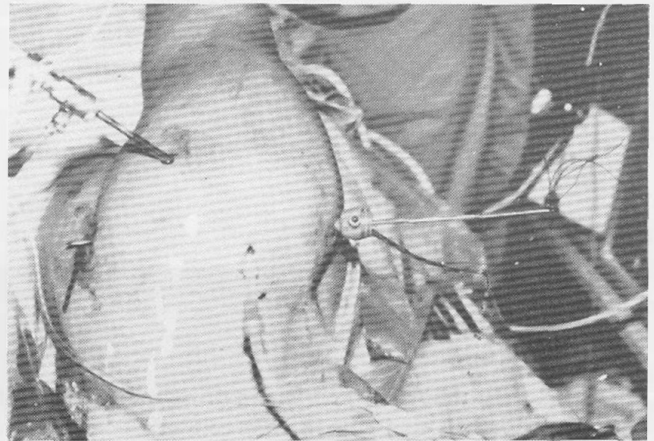
Todos los pacientes fueron examinados bajo anestesia general. Brevio al procedimiento se demostró en todos los pacientes un aumento de la translación anterior de la cabeza humeral sobre la glenoide mayor del 50%, con excepción de 2 pacientes sin historia de luxación previa, se obtuvo la luxación y posterior relocación en 2 pacientes.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Con anestesia general para todos los pacientes y en posición decúbito lateral se suspende el brazo en una

tracción cutánea no mayor de 15 libras con ligera flexión y aducción de aproximadamente 45°.

Por portal posterior se evaluó la articulación y se realizó portal anterior (lateral a la coracoides mediante la técnica de dentro a afuera y el clavo romo de Wisinger) colocando cánula plástica para mantener el portal. Se hace también superior para irrigación (Foto 1).



Una vez evaluada la articulación e identificado la lesión del labrum se procede a hacer cruento en borde anterior de la glenoides con raspa o con fresa y se colocan en general tres o más puntos de monofilamento absorbible (Maxon 00) sobre el borde del labrum glenoideo o el borde capsular libre desinsertado, tratando de hacerlo a las 3 y 4 del reloj una vez colocadas las suturas se enebra un Steinman largo con un ojal y se dirige el clavo perforando desde el borde articular de la glenoides a las 1-2 del reloj y en dirección 15° inferior y aproximadamente 30 grados medial hasta salir de la piel en la fosa infraescapular donde se anudan a un botón en la mayoría de los pacientes o en los más recientes sobre la fascia infraespinosa; al anudar las suturas se retira la tracción y se coloca el brazo en rotación interna.

El paciente es inmovilizado en un Velpeau por 3 semanas y luego en un cabestrillo común durante 3 semanas más; se lo puede quitar para el baño, pero evitando la rotación externa; inicia pendulares alrededor de la 3a. o 4a. semana y se retiran el botón a la 6a. semana continuando la rehabilitación.

De los 14 pacientes programados para este tipo de intervención en sólo uno no se comprobó la lesión de Bankart y se procedió posterior a la artroscopia a hacer una plicatura capsular abierta. A los demás pacientes se les practicó sutura y reinsertación.

En nuestro grupo de pacientes sólo hay un caso de relajación con mínimo trauma en un paciente de 27 años con antecedente de 23 episodios de luxación y una gran lesión de Hill Sack y quien fue el segundo paciente de la serie. Las complicaciones intraoperatorias fueron: neuroapraxias sensitivas del mediano y del radial en pacientes, las cuales se atribuyeron a la tracción.

En 7 pacientes donde se utilizó un botón sobre la piel posterior para anudar las suturas se tuvieron las molestias usuales como dolor y presión sobre la piel sin ninguna infección grave o problemas que no fueran controlados por una adecuada curación, se tuvo en un paciente un episodio de dolor y edema de la extremidad superior súbito a los 7 días del postoperatorio interpretado clínicamente como una tromboflebitis del brazo, que cedió prontamente con manejo anti-inflamatorio y anti-cuagulación oral. Ninguno de los pacientes tuvo limitación definitiva de la movilidad. La que describen en la evaluación como una parecida a la de la extremidad normal (Foto 2).



DISCUSION

Se describe por primera vez en la literatura nacional una pequeña serie de pacientes con un 91.7% de buenos resultados entendidos como la no recurrencia luxación, creemos que para ser los primeros casos de una nueva técnica quirúrgica los resultados se muestran alentadores.

La complicación más frecuente fue la neuroapraxia sensitiva en dos casos que se tuvieron mejoría total y pronta, no se ha repetido este problema probablemente al disminuir la tracción a 10 libras. Las molestias de las suturas anudadas al botón sobre la piel se evitaron en los casos más recientes suturando a la fascia infraespinosa, la razón de usar inicialmente el botón es que no estábamos seguros de que en la fascia diera una adecuada sujeción.

Es de anotar que nuestros pacientes ninguno tenía una actividad laboral o deportiva que implicara el uso frecuente de su hombro en abducción y rotación externa con excepción de uno que se desempeña como conductor de transporte público, es así como estos resultados se aplican para este grupo de población relativamente sedentaria.

La corrección transartroscópica de la inestabilidad anterior del hombro medio de la reinserción del labrum anterior, muestra en nuestras manos buenos resultados en el 91,7% de los pacientes con un bajo índice de complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Caspari, R.; Cash, J.D. Arthroscopic Bankart reconstruction for anterior instability of the shoulder. Monografía. Orthopedic Research of Virginia. 1991.

TABLA 1

CASO	NOMBRE	EDAD	SEXO	Lesión BANKART	LUXACIONES	SEGUIMIENTO	RECURRENCIA
1	AB	20	F	Presente	10	36 meses	no
2	JR	28	M	Presente	23	30 meses	si trauma menor
3	AA	22	M	Presente	> 10 sublux	25 meses	no
4	PP	26	M	Presente	14	24 meses	no
5	AC	19	M	Presente	4	19 meses	no
6	MB	24	M	Presente	13	26 meses	no
7	JP	33	M	Presente	9	29 meses	no
8	SM	19	M	Presente	3	24 meses	no
9	AV	24	F	Presente	5	16 meses	no
10	AT	33	M	Presente	10	12 meses	no
11	FO	24	M	Ausente	12	20 meses	no
12	HB	34	M	Presente	sublux	10 meses	no
13	HT	35	F	Presente	sublux	6 meses	no

2. McGlynn, F.G.; Caspari, R.G. Arthroscopic findings in subluxating shoulders Clin Orthop 183: 173-178. 1984.
3. Matthews, L.S.; Veter, W., et al. Arthroscopic staple capsulorrhaphy for recurrent anterior shoulder instability. Arthroscopy, Vol. 4 N° 2: 106. 1988.
4. Wiley, A.M. Arthroscopy for shoulder instability and a technique for arthroscopic repair. Arthroscopy, Vol. 4 N° 1: 25. 1988.
5. Morgan, C.D. Arthroscopic Bankart suture repair: Technique and early results. Arthroscopy, Vol. 3 N° 2: 111. 1987.
6. Johnson, L.T. Arthroscopic Surgery 3a. ed., St Luis: CV Mosby. 1986.
7. Hawkins, R.B. Arthroscopic stapling repair for shoulder instability A retrospective study of 50 cases. J. Ped. Orthop 9 (1): 23-28. 1989.
8. Rockwood, C.A. Fractures in Adults J.G. Lipincott Company Philadelphia 778-779. 1984.
9. Uribe, C. Ortopedista H. San Ignacio. Santafé de Bogotá. Comunicación personal. 1990.
10. Pagnani, M.J.; Warren, R.F. The pathophysiology of anterior shoulder instability Sports Med Arthros Rev., 1: 177-189. 1993.
11. Rose, D. Monografía quirúrgica. Para corrección de la inestabilidad anterior del hombro. Acufex, 1990.
12. Zuckerman, J.D.; Matsen, FAIII. Complications about the glenohumeral joint related to the use of screw and staples. J. Bone Joint Surg. 66A: 175-180. 1984.



TABLA I

CASO	NOMBRE	EDAD	SEXO	Lesión BANKART	LUXACIONES	SEGUIMIENTO	RECURRENCIA
1	AB	20	F	Presente	10	36 meses	no
2	JH	28	M	Presente	23	36 meses	sin trauma menor
3	AA	22	M	Presente	> 10 episodios	36 meses	no
4	PR	26	M	Presente	14	24 meses	no
5	AC	19	M	Presente	4	19 meses	no
6	MB	24	M	Presente	13	36 meses	no
7	JB	23	M	Presente	9	28 meses	no
8	SM	19	M	Presente	3	24 meses	no
9	AV	24	F	Presente	5	18 meses	no
10	AT	22	M	Presente	10	12 meses	no
11	FO	24	M	Ausente	12	20 meses	no
12	HB	24	M	Presente	sublux	10 meses	no
13	HT	25	F	Presente	sublux	8 meses	no