

# Inestabilidades graves de hombro

## Táctica artroscópica

Dr. Daniel Slullitel (\*)

**RESUMEN:** Desde 1991 en adelante hemos adoptado la sutura transglenoidea con capsulotomía como técnica de elección en las inestabilidades de hombro. Hemos seleccionado ocho casos de nuestra casuística de cuarenta operados con las siguientes características:

- 1 - Deportistas activos de contacto (rugby, basquet)
- 2 - Múltiples episodios de luxación
- 3 - Signo del surco
- 4 - Más de 50% de traslación de la cabeza humeral bajo anestesia general.

Utilizamos dos tipos distintos de retensado capsular.

- a) Capsulotomía circunferencial o sutura circunferencial por fuera del rodete glenoidal.
- b) Capsulotomía anterior más ampliación distal en dirección de las fibras del ligamento glenohumeral inferior (LGLHI).

Analizamos la evolución hasta la vuelta al deporte y la restricción residual al año. Luego de un seguimiento promedio de 18 meses, no hemos tenido recidivas. Este es un primer reporte, ya que reconocemos que la casuística y el seguimiento es escaso.

**ABSTRACT:** *Arthroscopics techniques for shoulder instability are based in two fundamentals principles:*

- a) *Ligament fixation*
- b) *Ligament Re-tighten*

*In our experience, we prefer the multiple fixation, with capsule re-tighten in circumference, and advancing on IGLHL.*

*With the methods mentioned before, we have operated 8 cases of instability not electives for conventional arthroscopy, and we have made a follow-up observation with an average of 18 month later.*

### INTRODUCCION

Existe una creencia que indica "la artroscopía no soluciona las inestabilidades graves de hombro".

También hay numerosos reportes bibliográficos que muestran las fallas en reparaciones artroscópicas. No obstante no es lo suficientemente precisa ya que se homolgan entre sí los resultados de técnicas quirúrgicas distintas sin puntualizar las diferencias enormes entre ellas, y sin incluir el momento de la curva de aprendizaje del cirujano.

No es lo mismo el engranado de L. Johnson (13), que el pretensado y engranado de Warner (22),

como la sutura transglenoidea de Morgan (15) con la de Caspary (5). Por ende, los resultados serán distintos y deben ser juzgados cuidadosamente.

Si queremos alcanzar los resultados de la técnica abierta de Bankart, debemos buscar al menos, la forma de realizarla por artroscopía con la plasticidad necesaria para realizar el retensado adicional de la cápsula en las inestabilidades graves.

Desde 1990 a la fecha, hemos realizado la estabilización artroscópica del hombro. Como técnica de fijación capsular, utilizamos la sutura transglenoidea, ya que al colocar múltiples puntos de anclaje, brinda una mayor estabilidad en la zona de interfase crítica: cápsula - sutura que es la zona de falla, mucho más que la interfase hueso - implante, tal como lo muestra Emmet (6).

(\*) Instituto de Ortopedia y Trauma. Pueyrredón 1033. Rosario.

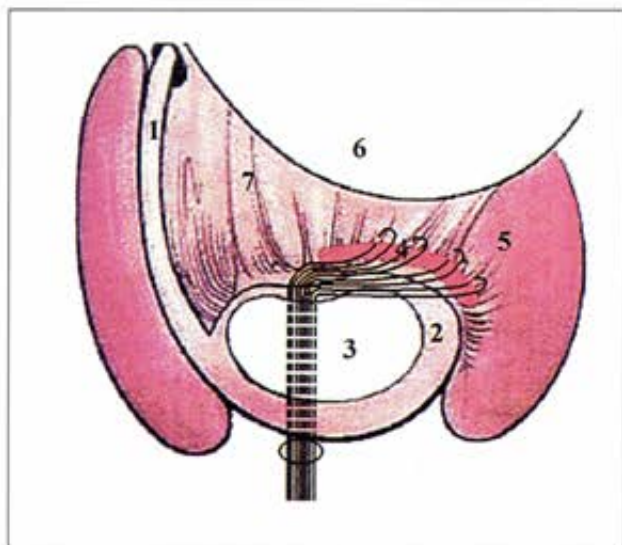
En cuanto a la técnica de retensado capsular, hemos utilizado dos métodos distintos:

1) Retensado circunferencial

A - Con capsulotomía y sutura (Foto 1)

B - Con sutura directa (Foto 2)

2) Retensado con extensión hacia LGLHI (Foto 3)



**Foto 1**

**CAPSULOTOMIA + SUTURA CIRCUNFERENCIAL**

1. Biceps. 2. Labrum. 3. Glenoides. 4. Capsulotomía. 5. LGLHI. 6. Cabeza Humeral. 7. Cápsula anterior.

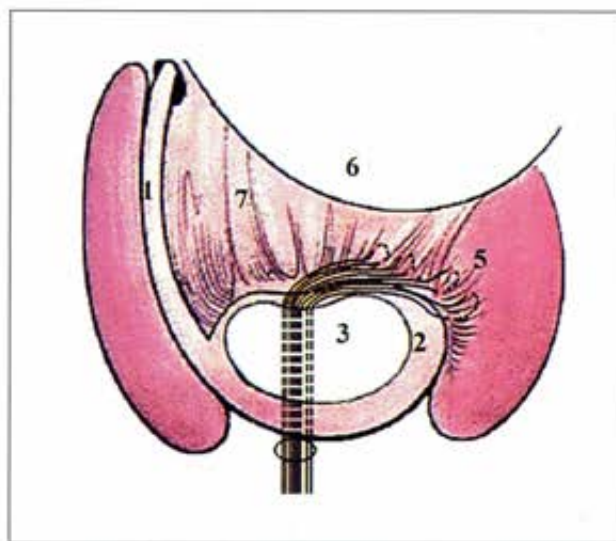
Escogemos entre estas técnicas en base a la anatomía que encontramos en la artroscopia y a la necesidad de mayor o menor tensado.

En los primeros casos fuimos cuidadosos con los criterios de selección, pero al superar la primera parte de la curva de aprendizaje, comenzamos a expandir las indicaciones debido a la estabilidad alcanzada, ya que observamos que la limitación que producían era similar a los procedimientos abiertos. Este reporte trata sobre 8 casos de inestabilidad, que reúnen las siguientes características.

- 1 - Deportista de contacto
- 2 - Múltiples episodios de luxación
- 3 - Inestabilidad AP + del 50%
- 4 - Signo del surco bajo anestesia general, por ende, casos no electivos para técnicas artroscópicas.

**MATERIAL Y METODO**

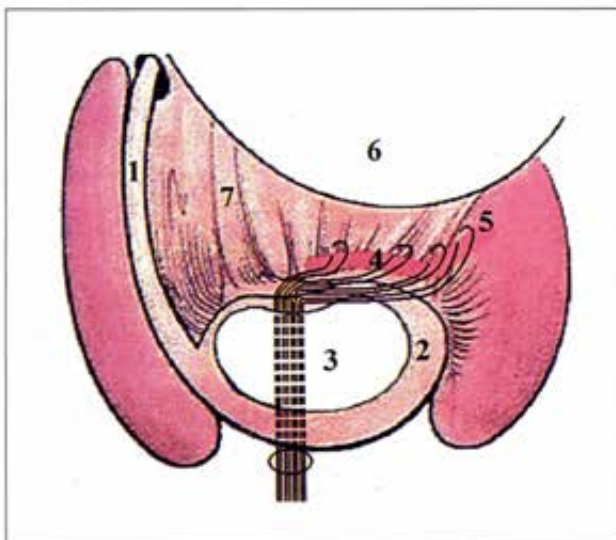
Realizamos la reparación con el paciente en decúbito lateral con tracción a 45° de abducción y 20° de



**Foto 2**

**SUTURA CIRCUNFERENCIAL**

1. Biceps. 2. Labrum. 3. Glenoides. 4. Capsulotomía. 5. LGLHI. 6. Cabeza Humeral. 7. Cápsula anterior.



**Foto 3**

**CAPSULOTOMIA CIRCUNFERENCIAL CON EXTENSION LGLHI**

1. Biceps. 2. Labrum. 3. Glenoides. 4. Capsulotomía. 5. LGLHI. 6. Cabeza Humeral. 7. Cápsula anterior.

flexión con peso de 5 kilos y un asistente para tracción adicional. Utilizamos bomba de perfusión a 90 mm. de Hg -máximo flujo (Arthrex)-. Con respecto a los pasasuturas utilizamos tanto los pasahilos de 4 mm. rectos y curvos, popularizados por Caspary, como los pasahilos utilizados por Wolf (ambos Linvatec).

La capsulotomía se efectúa con shaver, por medio de una hoja de menisectomía o con electrobisturi. Los portales fueron : posterior y anteroinferior (por

arriba del tendón del subescapular) y raramente el anterosuperior precognizado por Altchek (1). Utilizamos 45 días de inmovilización y rehabilitación progresiva de movilidad y fuerza, poniendo énfasis en la recuperación propioceptiva permitiendo volver al deporte entre 5 y 6 meses luego de la cirugía.

## RESULTADOS

Se evaluaron los pacientes en cuanto a la movilidad con un equipo computarizado tipo Dexter, de evaluación de incapacidad que cuenta con distintos periféricos de medición. Se comparó el hombro normal y el operado en flexión anterior, extensión, rotación externa, rotación interna y abducción. No se observó diferencias marcadas excepto en rotación externa, donde se presenta la mayor limitación cuando se efectúa la capsulotomía y sutura frente a los de sutura aislada (Tabla 1). El promedio de seguimiento fue de 18 meses (mayor de 12 y menor a 24 meses). No hubo recidivas a la fecha y los pacientes retornaron a su deporte habitual.

TABLA 1

1) CAPSULOTOMIA CIRCUNFERENCIAL	ROT EXT 20°	↓
2) CAPSULOTOMIA + EXTENSION	ROT EXT 30°	↓
3) SUTURA CIRCUNFERENCIAL	ROT EXT 10°	↓

## DISCUSION

Si bien para estabilizar el hombro la fijación de las técnicas artroscópicas es importante y existen numerosos tipos de ellas, creemos que es secundario su valor frente a la importancia que tiene el acortamiento de la cápsula tanto sea por laxitud primaria o desgarro intersticial.

La mera reposición del labrum no es suficiente tal como Warner lo describe ya que el desgarro intersticial o la laxitud capsular residual pueden hacer fracasar cualquier estabilización. En luxaciones agudas, la mera reposición del labrum como en los primeros reportes de Arciero tiene un 30% (3) de recidivas. La reposición y retensado capsular según los mismos autores tiene un 5% de recidivas (2). Esto es altamente sugestivo de la presencia de una laxitud preexistente. En luxaciones crónicas, concretamente en las recidivantes, esta laxitud tiene aún más importancia y es difícil de juzgar quirúrgica-

mente. Es por eso que debemos intentar tensar siempre la cápsula articular.

En nuestros pacientes operados hemos buscado siempre retensar y es así que la experiencia ganada y la observación de la limitación alcanzada, nos permitió afrontar laxitudes cada vez más importantes. No tenemos seguimientos prolongados. Nuestro paciente más antiguo tiene 24 meses de evolución y el más reciente un año. Nos es difícil comparar nuestros resultados preliminares, ya que Tauro, con una técnica similar, no publicó los suyos. De cualquier manera los casos son escasos, sin embargo la limitación residual, a pesar de la laxitud original nos permite albergar un cauto optimismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Altchek et al.: Superolateral portal for arthroscopy of the shoulder. *Arthroscopy* 10 (3) 259.
2. Arciero et al.: Arthroscopy stabilization of initial shoulder dislocations. *Arthroscopy* 11 (4) 410 - 417.
3. Arciero et al.: Arthroscopic bankart repair. Nonoperative treatment of acute shoulder dislocation. *Arthroscopy* 1987, 5: 213 -217.
4. Bankart ASB: The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint. *Br J Surg* 26: 23 - 29, 1939.
5. Caspary R. B. Savoie FM III. Arthroscopic reconstruction of the shoulder: the bankart repair: in Mc Ginty J. *Operative Arthroscopy: N. York Raven* 1991 - 507-515.
6. Caspary RB, Savoie FM III: Arthroscopic reconstruction of the shoulder: The bankart repair: in Mc Ginty J. *operative Arthroscopy. N. York Raven* 1991 - 507 - 515.
7. Emmett T, Mc Eleney M D, Matthew J, Donovan MD: Intial failure streng of open and arthroscopic bankart repairs. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and related surgery, Vol 11, N° 4 (August) 1995: PP 426-431.*
8. France EP: Fixation strength of double armed mitek torpedo suture anchors application in the shoulder, June 1990.
9. France EP: Tecnical Report, Fixation strength evaluation of mitek suture anchors applications in the shoulder. Salt lake city, UT, October 1989.
10. Gross RM: Arthroscopic shoulder capsulorrhaphy: does it work? *Am J Sports Med* 17:495-500, 1989.
11. Hawkins RB: Arthroscopic stapling repair for shoulder inestability: A retrospective study of 50 cases. *Arthroscopy* 5: 122 - 128, 1989.
12. Hawkins RJ, Angelo RL: glenohumeral osteoarthritis. *J Bone Joint Surg (Am)* 72A: 1193 - 1197, 1990.
13. Lane, Sachs and Kuhl: Arthroscopic staple capsulorrhaphy: A long term follow up. *Arthroscopy* 9 (2) 1993.

14. Johnson; LL Shoulder Arthroscopy Johnson LL et al Arthroscopic Surgery: Principles and practice. St. Luis MD CV MOSBY 1986.
15. Manguson PB, Stack JK: Recurrent dislocation of the shoulder. JAMA 123:889-892.1943.
16. Morgan CD, Bodenstab AB: Arthroscopic 1987 (3) - III - 127.
17. Morgan CD, Bodenstab AB: Arthroscopic Bankart suture repair: technique and early results. Arthroscopy 3:111 - 122, 1987.
18. Morgan CD, Bodenstab AB: Arthroscopic Bankart Repair. Presented at the 9th Annual ANAA Meeting, Orlando, FL, April (1990).
19. Richmond JC, Fu FH: Mitek anchors in bankart repairs presented at the AOSSM Meeting, SUN Valley, ID, July 1990.
20. Tauro MD Arthroscopy 10: S 13 - S 17. Arthroscopic capsular advancement for anterior inferior shoulder instability. A preliminar report. Joseph C.
21. Rowecr, Patel D, Southma YD WW. The bankart procedure: a long term end - result study. J Bone Surg (AM) 60A: 1 - 16, 1978.
22. Walch Gilles et al: Arthroscopic stabilization for recurrem anterior shoulder dislocation. Results of 59 cases.
23. Warren: Arthroscopic shoulder stabilization optech Sports Med 1993.
24. Wiley Am: Arthroscopy for shoulder instability and a a technique for arthtoscopic repair. Arthroscopy 4:25-30, 1988.
25. Wolf, EM: Arthroscopic anterior shoulder capsulorrhaphy technique orthop. 3:67-73, 1988.
26. Wolf EM: Anterior portals in shoulder arthroscopy. Arthroscopy. 5:201, 1989.
27. Zuckerman JD, Matsen FA: Complications about the glenohumeral joint related to the use of screws and staples. J Bone Joint Surg [AM] 66A:175-160, 1984.