



Luxación Traumática Inveterada Anterior del Hombro

Doctores: Fabio Hermida Díaz*
Fabio Mauricio Hermida Fernández**
Alberto Barreto Vélez***

RESUMEN

La luxación post-traumática inveterada anterior del hombro es una lesión relativamente común de la patología del hombro en nuestro medio y constituye un problema ortopédico quirúrgico de magnitud notable.

Se describe la lesión y la patología dominante hallada en la exploración operatoria, caracterizada por el desplazamiento de las estructuras blandas anteriores del hombro hacia adentro y la deformidad traumática constante de la cabeza humeral.

Es propuesta una técnica quirúrgica funcional y anatómica cuyo principio consiste en la reposición fácil de la cabeza humeral, la reconstrucción integral del manguito rotador y el restablecimiento de la situación anatómica normal del tendón de la larga porción del bíceps braquial, como elementos esencialmente estabilizadores.

Catorce (14) pacientes adultos de diferente edad y sexo, han sido operados en el lapso de doce (12) años, de luxación inveterada anterior del hombro, seis a dieciséis semanas después de producida la luxación traumática. Los resultados se evaluaron de acuerdo con el método propuesto por Carter Rowe; nueve (9) casos fueron buenos, se trataba de personas jóvenes quienes después de un año promedio se habían reintegrado a sus labores habituales. Tres (3) casos de mujeres entre los 50 y 60 años fueron regulares por déficit en la abducción y dos casos por encima de los 60 años considerados malos no tuvieron mejoría alguna.

Palabras claves: Luxación inveterada anterior. Manguito rotador. Larga porción del bíceps braquial. Estabilización anatómica. Reposición cruenta.

INTRODUCCION

La luxación inveterada anterior del hombro de causa traumática no es una lesión rara en nuestro medio. Afecta generalmente a gentes de condición socioeconómica baja que no concurren oportunamente al servicio hospitalario y son atendidas inicialmente

- * Director del Departamento de Ortopedia de la Clínica Marly. Profesor Consultor del Dpto. de Ortopedia del Hospital Universitario La Samaritana.
- ** Cirujano Ortopedista Centro Ortopédico de Bogotá.
- *** Cirujano Ortopedista Clínica San Pedro Claver, ISS. Bogotá, Colombia.

por personas empíricas denominadas en el lenguaje popular, "sobanderos".

Se considera la existencia de una luxación inveterada establecida, después de tres semanas de ocurrido el traumatismo inicial cuando la cicatrización y adherencias de los tejidos blandos periarticulares imposibilitan la reducción cerrada y se requiere por lo tanto una reducción por reposición quirúrgica.

Varias técnicas quirúrgicas han sido publicadas para la reposición de la luxación inveterada gleno-humeral anterior. Campbell (1934) describe una técnica quirúrgica utilizando la vía anterior por el surco delto-pectoral, recomienda mantener la reducción con alambres gleno-humerales. Habla de reconstruir el manguito rotador cuando está desgarrado, pero no explica cómo debe hacerse la reconstrucción. Cubbins, Callahan y Escuderi (1934) publican la técnica quirúrgica más conocida: siguen una vía antero-lateral desinsertando el deltoides anterior, medio y parte del posterior, recomiendan hacer una disección osteoperióstica de la cabeza humeral y crear un ligamento gleno-humeral con tejido fibroso para suspender la cabeza humeral a la glenoides. Los dos últimos autores hacen una osteotomía de la tuberosidad mayor y estabilizan la cabeza humeral a la glenoides con alambres o con el tendón de la porción larga del bíceps como una operación de Nicola para luxación recidivante anterior del hombro.

De Palma (1984) hace una vía anterior desinsertando el músculo subescapular y el tendón del pectoral mayor; limpia la cavidad glenoides y sostiene la reducción con dos alambres cruzados del acromión a la cabeza humeral. No se refiere al manejo de la larga porción del bíceps braquial y/o del manguito rotador.

Rockwood y Green (1975) utilizan igualmente una vía anterior, sostienen que el levantamiento del músculo subescapular, la limpieza de la cavidad glenoides y la fijación con alambres son fundamentales para reducir y estabilizar la luxación.

Neviasser (1970) utiliza una vía transacromial retirando el tejido fibroso de la glenoides y estabilizando la reducción con alambres.

Ruiz de Colombia y D'Aquin de la Argentina usan igualmente una vía transacromial pero sus técnicas no las conocemos en detalle.

PATOLOGIA

La experiencia adquirida en más de doce años nos permite describir la lesión y la patología dominante.

Casi todos los casos recopilados registraban antecedente de una luxación traumática tratada ini-

cialmente por personal empírico. La limitación de la capacidad funcional y el dolor fueron los hechos relevantes por los cuales consultaron los pacientes en quienes fue muy aparente la deformidad del hombro. Generalmente la gente joven solicitaba y reclamaba un tratamiento.

La exploración quirúrgica comprueba una patología constante: Desplazamiento hacia adentro de los elementos anatómicos periarticulares que acompañan a la cabeza humeral en su migración antero-interna. El tendón de la larga porción del bíceps esta angulado en 90° en su relación del apex glenoidiano con la cabeza humeral. El músculo subescapular desplazado y presionado hacia atrás por la cabeza humeral, se pliega sobre sí mismo. Los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor, que forman la parte posterosuperior del manguito rotador se desplazan hacia adentro siguiendo la cabeza humeral y cubren completamente la cavidad glenoidea adhiriéndose a ésta por tejido fibroso. La cabeza humeral muestra siempre una fractura por impacto en el cuadrante posterosuperior por donde se engancha al margen óseo anterior de la glenoides erosionándola. Cuando existe fractura de la tuberosidad mayor ésta sigue la misma dirección interna y lleva insertados los músculos posterosuperiores del manguito rotador. La cápsula articular es imposible de identificar y por lo tanto es obvio que no pueden evaluarse sus lesiones.

MATERIAL Y METODOS

Del año de 1975 al año de 1987 han sido tratados 14 pacientes con luxación traumática inveterada anterior del hombro, en centros hospitalarios diferentes y en la clientela privada. Nueve (9) hombres y cinco (5) mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 25 y 70 años. Nueve fueron del hombro derecho y cinco del izquierdo. En diez no hubo fractura de la tuberosidad mayor y cuatro presentaron fractura única del trocán. Todas las luxaciones fueron anteriores internas e infracoracoidinas. El tiempo de evolución de la luxación hasta cuando se practicó la reposición cruenta osciló entre seis (6) y dieciseis (16) semanas, con un promedio de doce semanas.

Doce pacientes procedentes unos del medio rural y otros de la ciudad, personas de condición socioeconómica baja, habían sido tratados inicialmente por "sobanderos". En dos casos de edad avanzada las luxaciones pasaron inadvertidas.

La causa principal de la consulta inicial fue dolor crónico y limitación funcional con un grado entre 30 y 40 unidades Carter Rowe. En ningún caso se encontraron trastornos nerviosos perisféricos y/o vasculares crónicos. La norma seguida para indicar la reposición quirúrgica fue determinada por la inca-

pacidad y el impedimento para las labores habituales (conductores, mensajeros, lavanderas, peluqueros, etc.) en pacientes jóvenes tanto hombres como mujeres. En pacientes por encima de los 55 años la indicación más importante fue el dolor persistente en todo el miembro afectado. Generalmente los pacientes que concurrían al servicio especializado del hospital reclamaban un tratamiento.

Siempre se tuvo como norma explicar al paciente el grado de magnitud de la intervención y los resultados inciertos, insistiendo en la colaboración asidua para la rehabilitación larga y dispendiosa del postoperatorio.

TECNICA QUIRURGICA

Preparación preoperatoria rutinaria. No se requiere transfusión de sangre total. Anestesia general por intubación endotraqueal. Asepsia y antisepsia rutinaria de la piel. Plástico protector de la piel. Sistema de hemostasis por electrocoagulación. Preparación de una solución de adrenalina al 1 x 500.000 en solución fisiológica normal para infiltración de los planos anatómicos y prevención del sangrado. Si existe contraindicación para el uso de adrenalina, debe utilizarse para la infiltración solución salina normal únicamente.

Posición del paciente: Debe colocarse en decúbito supino, el tronco levantado en 30° del plano horizontal de la mesa, ligeramente inclinado hacia el lado opuesto de tal manera que quede libre la parte posterior del hombro. La cabeza del paciente se inclina levemente hacia el lado contrario del área quirúrgica, puede colocarse un pequeño cojinete en la región interescapular. El área operatoria queda completamente descubierta en la zona supra e infraclavicular así como en toda la superficie exterior del hombro.

Incisión: Comienza en la parte externa dos centímetros por debajo de la prominencia del acromión, se dirige hacia adentro siguiendo el borde anterior del acromión y el borde anterior de la clavícula dos centímetros por debajo hasta llegar a un centímetro por encima y por dentro de la prominencia de la apófisis coracoides, luego desciende hacia abajo inclinándose hacia afuera siguiendo el surco deltopectoral hasta llegar a dos cms por debajo del pliegue axilar y un cm por fuera del mismo (Fig. 1).

Primer tiempo operatorio: Recomiéndase dibujar la incisión con lápiz dermatográfico. El abordaje quirúrgico se realiza en dos etapas, primero el área delto-pectoral, para lo cual se signa esta parte de la incisión en la epidermis con un bisturí Nº 15 y luego se infiltran los tejidos superficiales y profundos con la solución de adrenalina previamente preparada y en cantidad de 100 a 150 c.c. Se profun-

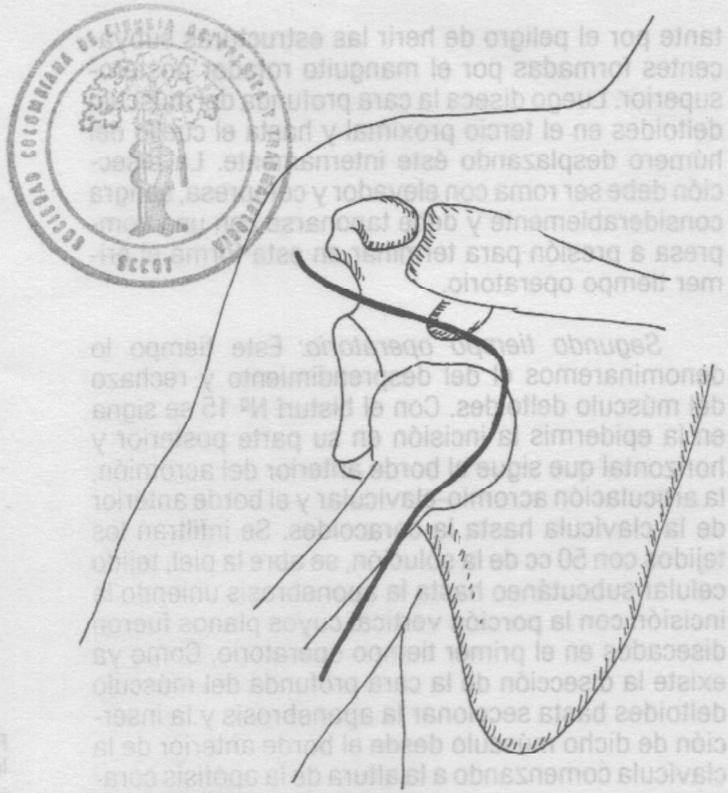


Figura 1. Diagrama de la incisión quirúrgica para la luxación postraumática inveterada anterior del hombro.

diza la disección entre el deltoides por fuera y el pectoral mayor por dentro, cuyo surco de separación lo marca la vena cefálica la cual se liga y reseca. La disección se profundiza, si se quiere usando separadores automáticos, hasta descubrir la apófisis coracoides y los músculos coraco-braquiales en la zona proximal de la incisión; la disección se continúa hacia abajo hasta descubrir el tendón del pectoral mayor en el área distal de la incisión. En la zona proximal se procede a disecar los músculos coraco-braquiales aislando bien el tendón proximal y seprándolo del pectoral menor y disecando el vientre muscular en su tercio proximal o un poco más. Se secciona el tendón de los coracobraquiales 1 cm por debajo del pico de la coracoides y no hay entonces necesidad de hacer osteotomía de ésta. Este tiempo quirúrgico es sangrante y requiere hemostasis cuidadosa, el tendón de los coraco-braquiales se repara y el bloque muscular se rechaza hacia abajo y hacia adentro; entonces se palpa claramente la cabeza humeral desplazada hacia adentro. Luego hacia la parte externa y superior de la incisión se disecciona con instrumento como la cara profunda del músculo deltoides; primero por delante del borde anterior de la clavícula y luego por delante del borde anterior de la articulación acromio-clavicular y del borde anterior del acromión en forma que abarque toda la parte externa de la incisión. El cirujano puede entonces introducir su dedo índice de dentro hacia afuera y darse cuenta de la amplitud de la disección. La disección nunca debe hacerse con instrumento cor-

tante por el peligro de herir las estructuras subyacentes formadas por el manguito rotador postero-superior. Luego disecciona la cara profunda del músculo deltoides en el tercio proximal y hasta el cuello del húmero desplazando éste internamente. La disección debe ser roma con elevador y compresa, sangra considerablemente y debe taponarse con una compresa a presión para terminar en esta forma el primer tiempo operatorio.

Segundo tiempo operatorio: Este tiempo lo denominaremos el del desprendimiento y rechazo del músculo deltoides. Con el bisturí Nº 15 se signa en la epidermis la incisión en su parte posterior y horizontal que sigue el borde anterior del acromión, la articulación acromio-clavicular y el borde anterior de la clavícula hasta la coracoides. Se infiltran los tejidos con 50 cc de la solución, se abre la piel, tejido celular subcutáneo hasta la aponebrosis uniendo la incisión con la porción vertical cuyos planos fueron diseccionados en el primer tiempo operatorio. Como ya existe la disección de la cara profunda del músculo deltoides basta seccionar la aponebrosis y la inserción de dicho músculo desde el borde anterior de la clavícula comenzando a la altura de la apófisis coracoides y progresando hacia afuera hasta llegar al borde anterior del acromión. El desprendimiento del deltoides se hace con tijeras o electrobisturí de corte bajo protegiendo el área profunda y evitando herir el manguito rotador subyacente.

El sangrado es copioso y exige una hemostasis calmada y cuidadosa. Sobre las estructuras óseas anteriores debe dejarse un colgajo músculo aponeurótico de 1/2 cm para facilitar la reinserción del músculo deltoides. Una vez completado el desprendimiento de dicho músculo hasta donde comienza el deltoides medio se rechaza el músculo hacia abajo y afuera formando un verdadero colgajo músculo-cutáneo. La disección y el ligero descenso del deltoides se hace con compresa y dedo para liberar las adherencias fibrosas de su cara profunda hasta rodear el cuello del húmero y descubrir completamente el manto de los músculos rotadores cortos que forman el manguito posterosuperior.

Ahora se tiene una visión clara del hombro luxado tanto por su cara externa como por su zona anterior. Nunca debe utilizarse electrocoagulación para hacer la hemostasis de la cara profunda del deltoides o áreas vecinas al nercio Circunflejo porque su trayecto está al paso y puede producirse una parálisis del mismo, la hemostasis debe hacerse por ligadura (Fig. 1 y Fig. 2).

Tercer tiempo operatorio: Ahora debe localizarse la porción larga del bíceps braquial en el tercio proximal o en el cuello del húmero. Se levanta el tendón con una pinza, una vez localizado por palpación, y se disecciona en toda la longitud del cuello y

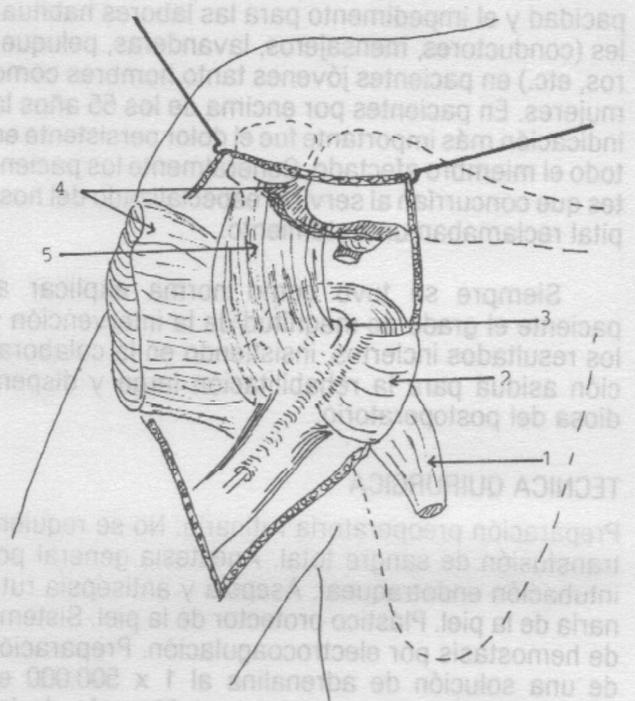


Figura 2. 1. Se ha seccionado el tendón conjunto de los músculos coracobíceps y estos se han rechazado distalmente. 2. Se visualiza el tendón del subescapular. 3. El tendón de la larga porción del bíceps angulado 90 grados en relación a suposición normal. 4. El músculo deltoides seccionado y rechazado dejando un muñón músculoaponebrotico en sus inserciones óseas. 5. El manguito rotador cubriéndola cabeza y ocultando la glenoides.

cabeza humerales abriendo cuidadosamente toda la corredera bicipital y siguiendo con el tendón hasta el apex de la glenoides en donde se encuentra su inserción proximal. Puede entonces cerciorarse el cirujano de la angulación hacia adentro de dicho tendón y orientarse en dónde se encuentra localizada la glenoides. El tendón se carga con una cinta de gasa y se rechaza como una cuerda tensa hacia arriba y afuera conservando siempre su inserción original.

La localización y disección del tendón del bíceps y la apertura de la corredera bicipital son la clave para la disección que debe continuarse. Del labio posterior de la corredera bicipital, correspondiente al troquíen, se comienza la disección con bisturí de la parte posterosuperior del manguito rotador, previa infiltración con la solución estandar en todos los cuerpos musculares para facilitar la liberación de la glenoides. A medida que se va levantando hacia atrás y hacia arriba el manguito de los rotadores se va descubriendo progresivamente la cavidad glenoides visualizando su forma oval y la superficie articular la cual se limpia por disección roma para no lesionar el cartílago articular.

La disección se continúa levantando el músculo supraespinoso hasta la fosa supraespinosa y los músculos infraespinoso y redondo menor hasta la fosa infraespinosa. Esta disección debe ser amplia

en forma tal que la cabeza humeral quepa en la glenoides y pueda ser cubierta, como ocurre normalmente, cuando la reposición cruenta se verifique. Es necesario limpiar todo tejido fibroso en el perímetro de la cavidad glenoides hasta ver, si es posible, el cuello de la escápula. Como acostumbramos decir en el argot del lenguaje quirúrgico "hemos preparado así el campo donde debemos aterrizar la cabeza humeral". El manto posterosuperior del manguito se separa con una sutura.

Luego se pasa a la disección anterior del músculo subescapular, la más difícil y de cuidado por la proximidad del paquete vasculonervioso axilar.

Previa infiltración, la disección se comienza en el borde anterior de la corredera bicipital, en el troquíter, y con bisturí Nº 15 se levanta cuidadosamente el tendón del músculo subescapular y si se alcanza sus fibras musculares más externas. Recuérdese que el músculo esta rechazado hacia atrás por la cabeza humeral. Una vez disecado parcialmente el músculo subescapular se descubre en parte la superficie supero-externa de la cabeza humeral; por medio de una palanca ósea o un disector esta se moviliza suavemente hacia adelante mientras el brazo se lleva en abducción y extensión alternas hasta desenganchar la cabeza del margen anterior de la glenoides. Se aprecia entonces la muesca sobre el cuadrante posterosuperior de la cabeza y la erosión del margen glenoideo anterior. La luxación se reduce entonces fácilmente y a "ojos vistas". Es necesario complementar luego la disección del músculo subescapular en la fosa subescapular y en la medida de las posibilidades, como se hace en una luxación recidivante anterior. El músculo o sus restos se reparan con una sutura. Cuando la cabeza humeral esta reducida normalmente en la glenoides, el tendón de la larga porción del bíceps se sepulta a presión y firmemente en la corredera bicipital de la cabeza humeral previamente excavada y profundizada con cincel en 1 cms; el tendón así incrustado contribuye a darle una buena estabilidad a la cabeza humeral.

A continuación se verifica la reconstrucción del manguito rotador sobre la cabeza humeral. Primero se inserta el manto posterosuperior. Con alambre Nº 20 se toma el tendón en lanzada haciendo zig zag y dejando dos cabos libres, luego se hacen dos orificios en la cabeza humeral con broca 3,5 que abarquen ampliamente la tuberosidad mayor y que salgan a buena distancia por delante de la muesca del cuadrante posterosuperior de la cabeza humeral, se pasa por cada uno de los orificios, distal y proximal, cada uno de los cabos de reparo del manguito posterosuperior.

Este se lleva por medio de una pinza de Rocher hasta la tuberosidad mayor y ojalá sobrepase un poco ésta y cubra la brecha de la cabeza humeral. Así se ejecuta un primer anclaje de los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor los cuales constituyen un freno para prevenir que la cabeza humeral se desplace hacia adelante. Luego se une el músculo subescapular a los músculos del manguito posterosuperior anclados, por medio de puntos en "C" que toman el manguito posterior, el labio posterior de la corredera bicipital, el tendón de la larga porción del bíceps, el labio anterior de la corredera bicipital y el tendón del músculo subescapular. En esta forma se ponen 3 o 4 puntos con alambre delgado o con Vicryl Nº 1. Se colocan luego puntos de refuerzo en la parte supraglenoidea llevando fibras del músculo subescapular hacia arriba para unirlos al músculo supraespinoso. Generalmente en esta forma se logran reconstruir los músculos rotadores cortos y la cabeza humeral queda bien cubierta. Se recomienda entonces introducir un alambre delgado percutáneo y de dirección vertical por la cara superior del acromión y que penetre a la cabeza humeral por la tuberosidad mayor. El alambre asegura que la cabeza humeral no se desplace hacia adelante, al mismo tiempo que permite ciertos movimientos de flexo-extensión y rotacionales (Fig. 3 y 4).

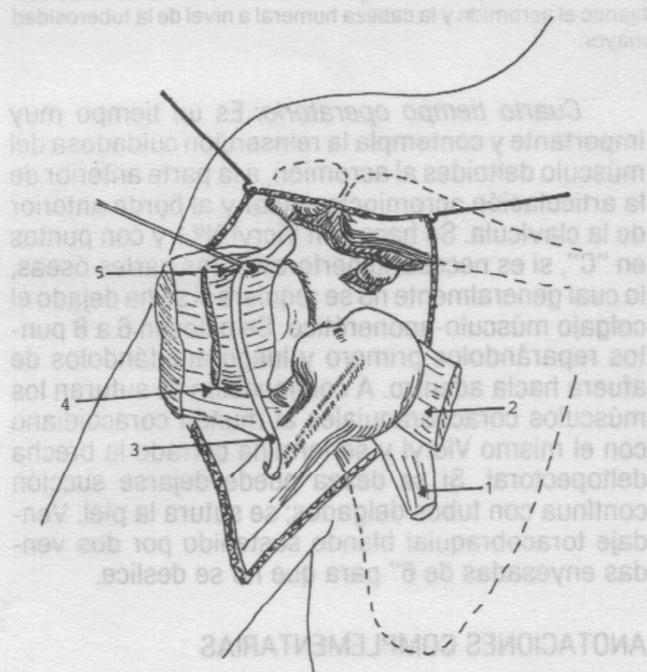


Figura 3. 1. Los coracobíceps. 2. Se ha desinsertado y liberado el músculo subescapular dejando ver la fractura por infracción de la cabeza humeral. 3. Se ha liberado el tendón del bíceps seccionando la corredera. 4. El músculo deltoides. 5. El manguito rotador se ha desinsertado de la tuberosidad mayor y liberado sus adherencias de la glenoides.

anatómico original, haciendo el anclaje posterosuperior al cual se hizo ya referencia en el tercer tiempo operatorio.

El ligamento acromioclavicular es más conveniente resecarlo para prevenir el síndrome de compresión del hombro. En ningún caso se hizo acromioplastia y tampoco se han observado síndromes de compresión anterior en pacientes quienes recuperaron una buena movilidad.

La disección del músculo subescapular es el tiempo de mayor dificultad y se requiere experiencia en la exploración anterior del hombro para identificarlo, disecando bien y no desgarrando. Si ello ocurre y el músculo es imposible de individualizar bien este inconveniente se puede suplir transfiriendo los músculos coracobraquiales a la cabeza humeral uniendo su tendón al de la larga porción del bíceps en el apex glenoidiano y uniéndolo al músculo supraespinoso en la fosa supraespinosa; su borde externo a los músculos de la tuberosidad mayor y su borde interno a los restos de músculo subescapular en la región preglenoidiana. Es un refuerzo anterior bueno similar al Bristow-Latarget.

Únicamente observamos intraoperatoriamente una ruptura del tendón de la larga porción del bíceps en una mujer de edad avanzada; no fue posible repararlo. Generalmente el tendón se encuentra indemne.

POSTOPERATORIO

Se utilizaron rutinariamente antibióticos profilácticos tipo cefalosporinas de primera generación, 1 gr VIV c/6 horas por 48 horas. La inmovilización se cambia al 5º día por un nuevo vendaje toracobraquial el cual se retira a las dos semanas para iniciar movilidad del codo, retirar suturas y pasar a un simple cabestrillo. A las tres semanas se retira el alambre acromial y se inicia tratamiento fisioterápico comenzando por ejercicios activos de rotación y luego resistidos para una vez fortalecidos éstos iniciar los demás ejercicios de rutina.

RESULTADOS

Se analizan los resultados en 14 casos evaluándolos por el método de Carter Rowe según dolor, movilidad y capacidad funcional.

Dolor

No dolor	30 Unidades
Leve dolor	25 Unidades
Dolor moderado	10 Unidades
Dolor severo	0 Unidades

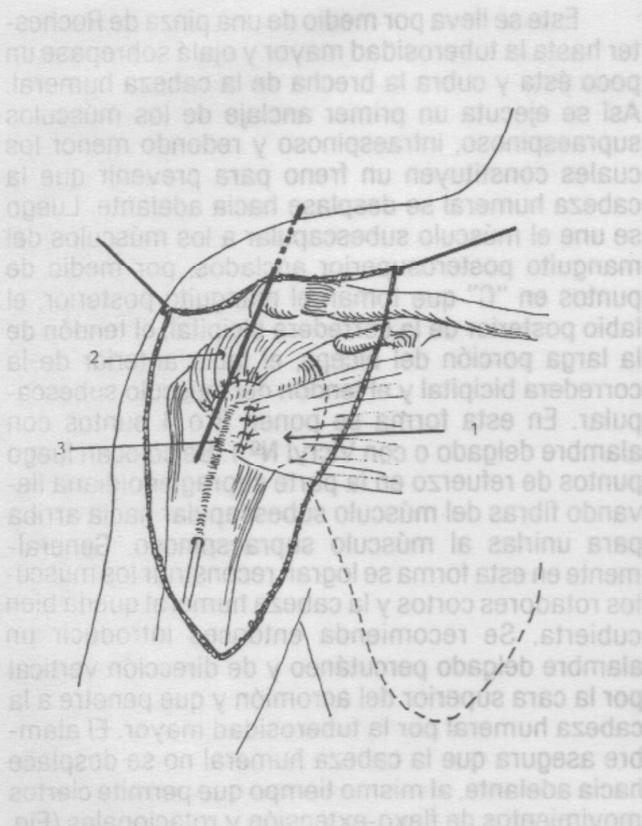


Figura 4. 1. Reinserción del tendón del subescapular en la tuberosidad menor. 2. El manguito rotador reinsertado cubriendo y estabilizando la cabeza humeral. 3. El tendón de la larga porción del bíceps en su lugar. Nótese el clavillo de Kirschner fijando el acromión y la cabeza humeral a nivel de la tuberosidad mayor.

Cuarto tiempo operatorio: Es un tiempo muy importante y contempla la reinserción cuidadosa del músculo deltoides al acromión, a la parte anterior de la articulación acromioclavicular y al borde anterior de la clavícula. Se hace con Vicryl Nº 1 y con puntos en "C", si es necesario perforando las partes óseas, lo cual generalmente no se requiere si se ha dejado el colgajo músculo-aponerótico. Se colocan 6 a 8 puntos reparándolos primero y luego anudándolos de afuera hacia adentro. A continuación se suturan los músculos coracobraquiales al muñón coracoidiano con el mismo Vicryl y se termina cerrado la brecha deltopectoral. Si se desea puede dejarse succión continua con tubos delgados; se sutura la piel. Vendaje toracobraquial blando sostenido por dos vendas enyesadas de 6" para que no se deslice.

ANOTACIONES COMPLEMENTARIAS

Cuando exista una fractura de la tuberosidad mayor ésta se encuentra desplazada hacia adentro y conserva las inserciones de los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor. Es muy fácil levantar el fragmento con los músculos y verificar la disección hacia arriba y hacia atrás descubriendo la glenoides. La reducción de la tuberosidad mayor y los músculos se hace igualmente con alambre al sitio

Movilidad

Movilidad completa	40 Unidades
Movilidad del 75%	30 Unidades
Movilidad del 50%	20 Unidades
Movilidad del 25% o menos	0 Unidades

Función

Actividad normal y reintegro labor habitual	40 Unidades
Restricción marcada	25 Unidades
Cambio de actividad	15 Unidades
Incapacidad para trabajo	0 Unidades

Caso tabulado entre 100 y 80 Unidades lo consideramos bueno y satisfactorio. Entre 70 y 50 regular y menor de 50 unidades caso malo, similar o igual al estado inicial.

Nueve (9) casos, 8 hombres y 1 mujer, en edades comprendidas entre 25 y 32 años fueron tabulados como buenos. Todos desempeñaban después de un año sus labores habituales como trabajador en el campo, conducir vehículos automotores, panadería, peluquería y trabajos domésticos. Cinco (5) casos restantes fueron tabulados de la siguiente manera: Tres (3) mujeres entre los 48 y 56 años con puntajes entre 70 y 50 unidades tenían dificultad notable para el desempeño de sus labores de hogar, pero fue significativa la desaparición del dolor. La mayor insuficiencia recayó en la rehabilitación del deltoides para ganar una buena abducción y creemos se debe muy seguramente a adherencias cicatrizales en la cara profunda del músculo y no a déficit neurológico o déficit en la reinserción normal. Un hombre de 65 años con fractura luxación anterior tuvo una subluxación residual postoperatoria; la inmovilización la mantuvo por tres meses porque no volvió oportunamente al control hospitalario. El déficit funcional fue igual a aquel que existía antes de la reparación cruenta y fue tabulado como malo. Una (1) mujer de 70 años tuvo infección secundaria de las partes blandas y aun cuando el hombro se estabilizó la función fue mala y terminó en un hombro congelado, tabulado como malo.

Resumen

9 casos buenos
3 casos regulares
2 casos malos

Complicaciones únicamente se registraron dos: Una subluxación residual en la época en la cual aún no se colocaba el alambre transacromial de estabilización. Una infección de partes blandas sin infección ósea, controlada por los procedimientos usuales pero que desencadenó un hombro congelado.

DISCUSION

La luxación inveterada postraumática anterior del hombro, representa un problema de cirugía ortopédica mayor y crea conflicto e indecisiones en los servicios especializados. Generalmente existe duda para definir una conducta quirúrgica y se opta por resolver como conducta más conveniente no realizar tratamiento quirúrgico alguno dejando al paciente en las condiciones funcionales precarias en las cuales consulta al servicio hospitalario. Tenemos un claro concepto fundamentado en que si el paciente consulta es porque experimenta un marcado impedimento funcional para el desempeño de sus labores habituales, preferentemente si es una persona joven y entonces es menester evaluarle a conciencia y tratar de resolver su problema con la indicación, decisión y ejecución de un buen tratamiento quirúrgico.

El problema en la decisión operatoria estriba fundamentalmente en que las técnicas quirúrgicas promulgadas en los textos clásicos son anodinas, confusas y poco claras. Es explicable porque de donde procede la fuente principal de instrucción, en USA, esta lesión es absolutamente exótica en comparación con la luxación glenohumeral posterior inveterada. Es la razón por la cual describimos una técnica quirúrgica quizás redundante, que no podemos llamarla sencilla, cuyo objetivo es practicar una reposición de la luxación ejecutando una reconstrucción lo más anatómica posible e intencionalmente funcional. Como puede apreciarse en el texto su fundamento es el propósito de una reconstrucción integral del manguito rotador y la reorientación del tendón de la larga porción del bíceps a su situación anatómica original, como elementos esencialmente estabilizadores y funcionales.

La descripción de la patología dominante es esencial porque se afirma y demuestra el desplazamiento de las partes blandas anteriores periarticulares hacia adelante y hacia adentro siguiendo la cabeza humeral; la exploración operatoria demuestra cabalmente la angulación en 90° del tendón de la larga porción del bíceps hacia adentro; el rechazo del músculo subescapular por detrás de la cabeza humeral y de los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor hacia adentro que cubren siempre y se adhieren a la cavidad glenoidea ocultándola, de tal manera que si no son levantados durante la disección quirúrgica es imposible descubrir anatómicamente la cavidad glenoidea de la escápula. Cuando se sigue estrictamente la técnica quirúrgica descrita la reducción de la luxación es fácil, sencilla y se ejecuta sin esfuerzo. Recuérdese como advertencia perentoria que la individualización del tendón de la larga porción del bíceps es la clave para la disección del manguito de los músculos

rotadores cortos una vez localizada y expuesta la corredera bicipital.

Es ésta una técnica quirúrgica que requiere paciencia en la disección y en la hemostasis y no puede ejecutarse contra reloj y a los empellones. No deben agredirse las superficies articulares de la cabeza humeral y de la glenoides haciendo transicciones con alambres para conseguir estabilidad y no es necesario. Para asegurarla basta colocar un pequeño alambre vertical transacromial por fuera de las superficies articulares.

Todas las exploraciones han mostrado, aún después de cuatro meses de producida la luxación, una conservación muy satisfactoria del cartílago de las superficies articulares.

Dos pacientes controlados después de cinco años, presentan signos de artrosis glenohumeral incipiente que no ocasionan dolor ni frote articular.

Nunca hemos practicado osteotomías de la tuberosidad mayor, ni encontramos razón para hacerla.

Cuando no puede individualizarse bien el músculo subescapular, recuérdese que el procedimiento de refuerzo anterior, descrito en anotaciones complementarias, es muy satisfactorio.

La indicación para llevar a cabo una reposición cruenta es clara: debe ejecutarse en personas por debajo de los cuarenta años, así, con carácter perentorio; mientras más jóvenes sean los pacientes mejores serán los resultados. El dolor, la limitación funcional y el impedimento para desempeñar sus labores habituales es una indicación quirúrgica formal.

Entre los 50 y 60 años de edad la indicación es relativa, los resultados son mediocres y la decisión debe indicarla el dolor permanente de orden neural por presión de la cabeza humeral sobre los troncos secundarios del plejo braquial. En pacientes por encima de los sesenta años de edad la intervención debe proibirse y es mejor optar por un trata-

miento fisioterápico que mejore la función estimulando la movilidad a expensas del ritmo escapulo-humeral.

La pregunta obligada siempre es cuánto tiempo después de producida la luxación y o la fractura-luxación debe verificarse la reposición cruenta. Consideramos que tres semanas después de la luxación inicial no debe intentarse la reducción cerrada debido a la cicatrización y adherencias de los tejidos periarticulares cuyo desprendimiento y liberación por maniobras cerradas es imposible y existe el riesgo de causar fractura latrogénica del húmero y aún lesiones vasculares graves. El plazo máximo lo consideramos hasta cuatro meses exitoso y hasta seis dudoso.

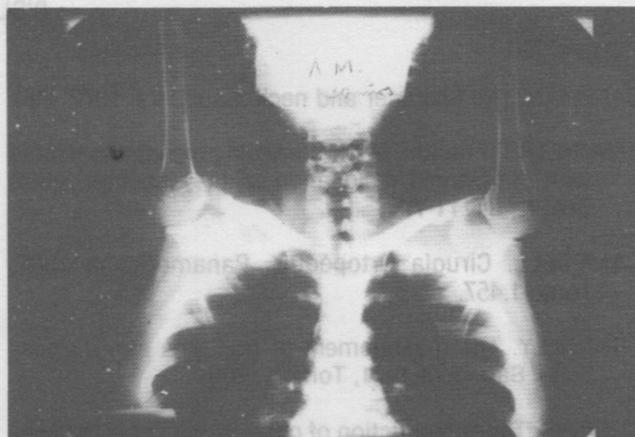
En conclusión nos permitimos recomendar ampliamente la técnica quirúrgica propuesta, la cual ha sido experimentada por varios años y estandarizada en servicios de ortopedia como el Hospital Universitario de La Samaritana bajo la dirección del Dr. Diego Soto Jiménez quien nos ha estimulado a seguirla practicando teniendo en cuenta que el mayor número de pacientes tratados pertenecen a esa Institución.

SUMMARY

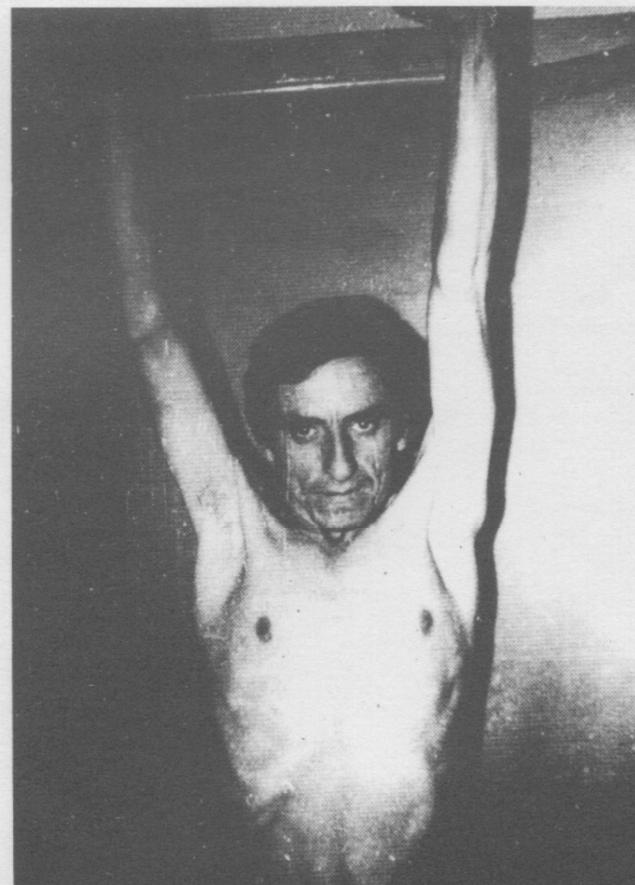
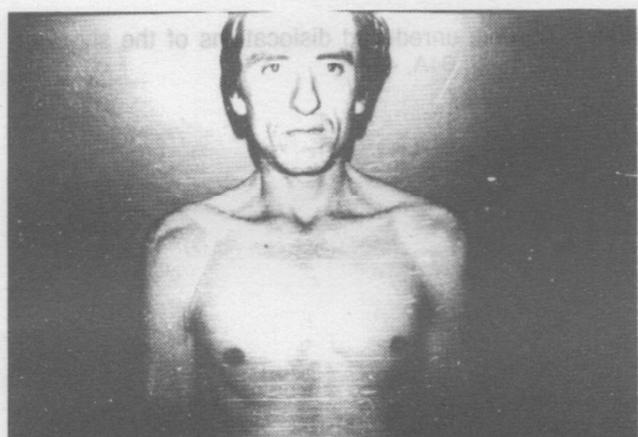
Outstandig pathology of traumatic anterior chronic shoulder dislocation is described as found in surgical exploration. And anatomical and functional technique is proposed and described in detail wich involves easy relocation of the humeral head, integral reconstruction of the rotator cuff and anatomical relocation of the long head biceps tendon, both stabilizing structures.

Fourteen adult pattents were operated on, six to sixteen weeks after dislocation.

Results were evaluated according to the CARTER-ROWE method. Nine young pattents who returned to their usual activities were considered good results. Three women in their sixth decade were considered fair and two pattents above age sixty had no improvement.



Fotografía 1. Paciente de 30 años operado de luxación inveterada anterior del hombro derecho. 1A. Movilidad a los 6 años. 1B. Radiografías.



Fotografía 2. Paciente de 28 años operado de luxación inveterada anterior del hombro derecho. 2A. A los 8 meses. 2B. Movilidad 8 meses después.



BIBLIOGRAFIA

BATEMAN. The Shoulder and neck. Saunders: 1972. 389.

BENCHETRIT. Fracture of the coracoid process associated with subglenoid dislocation of the shoulder. JBJS 61A, Nº 2; 111-79.

CAMPBELL. Cirugía Ortopédica. Panamericana 1982, Tomo 1.457.

CONNOLLY. The management of fractures and dislocations. Saunders 1981, Tomo 1, 596.

CUBBINS. The reproduction of old or irreducible dislocations of the shoulder joint- Por referencia 1934.

CURR. Rupture of the axillary artery complicating dislocation of the shoulder. JBJS, 1970: 52B, Nº 2; 313.

DEPALMA. Cirugía del hombro. Suescun 1984, 228.

DEWAR. Fractures-Dislocations of the shoulder. Report of a case. JBJS, 48B, Nº 3; 540.

DINGLEY. Fracture Dislocations of the Humeral head, a method of reduction. JBJS, 1967: 55A, Nº 6; 1299.

HUSSEIN. Kucher's method: 3.000 years old. JBJS, 1968: 50B, Nº 3; 669.

JARDON. Complete avulsion of the axillary artery as a complication of shoulder dislocation. JBJS, 1973: 55A, Nº 1; 189.

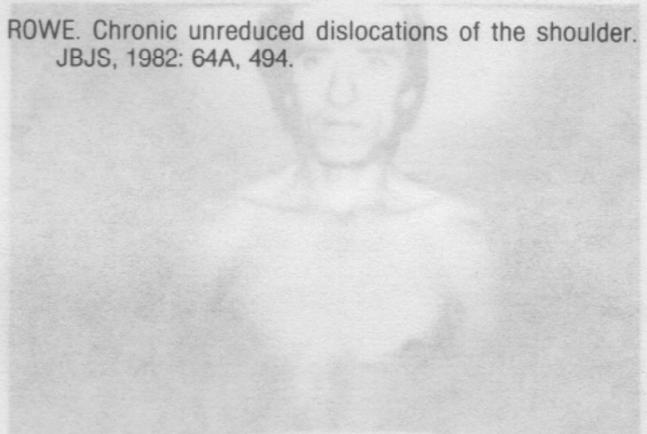
JANECKY. Fracture dislocation of the shoulder with biceps tendon interposition. JBJS, 1979: 61A, Nº 1; 142.

LAM. Irreducible dislocation of shoulder. JBJS, 1966: 48B, Nº 1; 132.

NEER. Displaced posterior shoulder dislocation. A case report JBJS, 1970: 52A, Nº 6; 1090.

PRILLAMAN. Bilateral posterior shoulder dislocation. A case report. JBJS, 1969: 51A, Nº 8; 1627.

ROWE. Chronic unreduced dislocations of the shoulder. JBJS, 1982: 64A, 494.



Fotografía 2. Paciente de 28 años operado de luxación invertida anterior del hombro derecho. CA. A los 8 meses. 28. Movili-
dad 8 meses después.

