

Revisión de Temas:

Algunas Anotaciones sobre La Luxación Recidivante del Hombro (LRH)

Dr. Fabio Hermida Díaz

La LRH es una afección conocida desde la más remota antigüedad. Hace más de 2200 años Hipócrates la trataba, introduciendo un cauterio al rojo vivo por la parte anterior de la articulación para producir una cicatriz fibrosa que impidiera la recidiva.

Las publicaciones de Bankart (1.938), Delitala (1.938), Mosseley y Overgard (1.962) son tal vez las más importantes en cuanto a etiopatogenia de la LRH se refiere.

Hasta el presente existen publicadas en la literatura universal 211 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la LRH. Operaciones ejecutadas todas por vía anterior y cada cual lleva el nombre propio del o de los autores quienes las idearon. Este hecho demuestra la confusión reinante en la selección y escogencia del tratamiento. Al cirujano ortopedista habitualmente se le pregunta que técnica quirúrgica hace y no cual ha sido la patología hallada y como la ha corregido.

Las anotaciones presentes están fundamentadas en una experiencia de 40 años (1.953 a 1.993) en el manejo integral de la LRH, adquirida en el Hospital Militar Central de Bogotá y en la clientela particular.

El estudio de 280 hombros con 275 pacientes (10 bilaterales) nos ha permitido conocer la historia natural de la afección y determinar sus características esenciales, las cuales no figuran consignadas en ningún texto de enseñanza o de consulta.

Miembro Honorario SCCOT
 Exjefe Servicio de Ortopedia. Hospital Militar Central de Santafé de Bogotá, D. C.
 Profesor Emérito y Consultor Universidad Militar Nueva Granada y Hospital Militar Central de Santafé de Bogotá, D. C.

Estas características son:

- A.- Es **siempre** unidireccional **anterior**.
- B.- **Siempre** es involuntaria e inusitada. Ocurre al efectuar movimientos imprevistos de abducción y rotación externa o rotación externa máxima llevando el miembro superior hacia atrás.
- C.- Los episodios de reluxación son **siempre** muy dolorosos, tanto como aquel de la luxación inicial y por eso es altamente incapacitante.
- D.- **Siempre** se produce el **bloqueo doloroso** de la articulación glenohumeral con depresión infraacromial aparente. Se requiere para su reducción una maniobra asistida bajo analgesia (80%) o una maniobra rápida de autoreducción (20%). La reducción alivia de inmediato al paciente.

La clínica de la LRH es pobre en su signología. En los intervalos de las reluxaciones la apariencia del hombro es la de un hombro normal. El conocido test de la aprehensión es constante. La comprobación objetiva de los episodios luxantes y de la luxación en el examen bajo anestesia confirman el diagnóstico.

La lesión de Hill y Sacks es aparente en radiografías especiales. Es más objetiva mientras mayor número de episodios de reluxación ocurran, porque se trata de una fractura por impacto en el cuadrante posterosuperior de la cabeza humeral contra el borde anterior de la glenoides. Cuando es muy profunda dificulta la reducción de la reluxación porque la cabeza humeral se engancha en la glenoides. Es una consecuencia de las luxaciones que las facilita, pero no una causa primaria desencadenante.

La LRH afecta comunmente a hombres jóvenes entre la segunda y tercera década de la vida, igualmente a mujeres en la proporción de 10

hombres por una mujer. En el 80% de los casos hay un antecedente de trauma severo con luxación anterior. Un 20% de los pacientes muestran un traumatismo trivial con luxación fácil y reducción fácil sin exclusión del dolor intenso.

La nemotecnia que proponemos de los cuatro **siempre** (anterior, involuntaria, muy dolorosa, y con bloqueo articular doloroso) diferencian la **Luxación llamada recidivante** de los otros tipos de inestabilidad glenohumeral.

Las otras inestabilidades del hombro, las cuales tienen también sus características propias, deben analizarse como entidades patológicas independientes. Las enumeramos a continuación y anotamos la referencia bibliográfica más importante para su respectiva consulta. Diferenciación con:

- a. La Luxación voluntaria del hombro (Ref. Rowe C.R. y col. JBJS 55A p.p 445-460 Abril 1973).
- b. La Luxación involuntaria inferior multidireccional (Neer C.S. y col. JBJS 62A p.p 897-908 Sep. 1980)
- c. La Luxación o subluxación voluntaria e involuntaria posterior (Hawkins R.J. y col. JRJS 66A No. 2 p.p 169-174 Feb. 1984).

El llamado **Síndrome de brazo muerto o subluxación transitoria anterior del hombro** descrita por C Rowe, es para nosotros un primer grado de la LRH () con las mismas características clínicas e idénticas lesiones patológicas encontradas a la exploración operatoria. Cuando generalmente fracasa el tratamiento de reactivación muscular el tratamiento quirúrgico es inminente e igual al de la luxación recidivante (Ref. Rowe C.R. y col. JBJS Vol. 63 No. 6 p.p 863-871 Jul. 1981).

A partir del año de 1964 nos dimos a la tarea de explorar quirúrgicamente el compartimiento anterior del hombro. Ha sido un trabajo prospectivo con el fin de investigar la patología dominante en nuestro medio y específicamente identificar la lesión Bankartiana. Fueron realizadas 215 exploraciones del compartimiento anterior del hombro, haciendo una disección cuidadosa del músculo subescapular y de la cápsula articular anterior hasta la fosa subescapular, desde el borde inferior de la coracoides hasta el extremo distal de la glenoides.

Exploración interna de la cavidad articular después de una artrotomía longitudinal paralela al margen anterior de la cavidad glenoidea y medio centímetro por fuera de éste. La cabeza humeral se separa siempre hacia afuera por medio de un separador «cobra» colocado sobre el borde posterior de la cavidad glenoidea. Las lesiones dominantes y constantes en el 100% de los casos, han sido: la distensión en grados diferentes de las estructuras anteriores, **músculo subescapular y cápsula articular**, circunstancia que permite la luxación anterior fácil, comprobada objetivamente durante el acto quirúrgico. Estos dos elementos se pueden plegar y traccionar hacia adelante cuando la luxación es reducida. En la exploración intraarticular la lesión de Bankart no la hemos encontrado como clásicamente la describe el autor; la cápsula articular de manera constante permanece insertada en el hueso y hacia la parte interna del área preglenoidea anterior. A veces se encuentra un rodete fibroso o repliegue capsular de Mosseley y Overgard, llamado «labrum», adherido al borde anterior glenoideo o bien se encuentra éste libre sin alteraciones o erosionado. En contadas ocasiones se han encontrado cuerpos libres intraarticulares y una vez un esbozo de fibrocartilago desprendido e independiente de la cápsula articular. En un 0.5% encontrose un desgarramiento capsular mínimo en la parte media del área preglenoidea de 1.5 cms. de amplitud. Las erosiones del margen óseo y el desgarramiento capsular son consecuencia de las luxaciones repetidas y no una causa primaria desencadenante.

En conclusión la causa fundamental de la LRH es la distensión de las estructuras anteriores con un aumento marcado en la luz de la cavidad articular.

Nadie puede negar que la cápsula articular anterior y sus refuerzos ligamentarios así como el músculo subescapular íntimamente adherido a aquella, son los elementos básicos de contención y de estabilidad articular anterior que posee la articulación del hombro, razón por la cual hemos expresado hace muchos años que «lo normal del borde glenoideo anterior no tiene nada que ver con la estabilidad gleno-humeral y lo anormal nada tiene que ver con la inestabilidad».

Entre los años de 1953 a 1964 practicamos 54 intervenciones quirúrgicas por operaciones de Stack, Magnusson y D'Palma y 9 intervenciones de transplante del músculo subescapular combinado con Bankart. A partir de 1964 aban-

donamos estos procedimientos porque limitaban ostensiblemente la movilidad del hombro con incapacidades muy altas en el personal militar joven. Veinte años después de haber practicado transferencia del músculo subescapular hacia afuera y hacia abajo (D'Palma) comprobamos dos artrosis severas de la articulación gleno-humeral con marcado ascenso de la cabeza humeral similar a aquella que ocurre en los desgarrados inveterados y masivos del manguito rotador.

A partir del año de 1964 el tratamiento quirúrgico de la LRH lo orientamos a corregir la patología hallada en la exploración operatoria. Reducimos la cavidad articular practicando una capsulodesis anterior uniendo los labios capsular interno y capsular externo, con cinco puntos de prolene No. 1, bien sea a través del rodete fibroso o labrum cuando existe y está firmemente insertado al borde glenoidiano o perforando éste cuando se encuentra libre. La capsulodesis se ajusta con la luxación reducida y en posición neutra de rotaciones para no limitar la movilidad en un futuro. Terminada la capsulodesis anterior se comprueba evidentemente la estabilidad gleno-humeral en el mismo acto operatorio. Luego se reinserta el músculo subescapular en su inserción original o un poco hacia afuera según el grado de distensión, siempre en posición neutra del miembro superior en el hombro y conservando la amplitud del abanico muscular uniéndolo proximalmente al músculo supraespinoso y abajo hacia la parte inferior de la glenoides. Por este procedimiento han sido practicadas 215 intervenciones quirúrgicas (promedio 8 intervenciones por año). Inicialmente tuvimos un 36% de limitación de la movilidad cuando practicábamos una inserción del músculo subescapular en un tunel óseo labrado en el húmero. Luego practicando una reinsertación directa del músculo subescapular a partes blandas y perfeccionando la técnica quirúrgica obtenemos ahora hombros estables sin limitación del movimiento. Recidivas ocurrieron en la primera etapa quirúrgica con un 4%, cifra que fue reducida a 0.5% en la última etapa quirúrgica y la razón fue una operación mal indicada, una luxación voluntaria operada como si fuera una luxación residivante.

Hace varios años el manejo de la LRH se hace por procedimientos artroscópicos. En Colombia de 5 años hacia acá la LRH se maneja también por Artroscopia. Tanto la exploración intraarticular como la curación operatoria se eje-

cuta por procedimientos artroscópicos. Es admirable la destreza y la labor desarrollada por los cirujanos artroscopitas. Sostienen que por la exploración artroscópica del hombro la patología de la LRH se aprecia mucho mejor que la exploración operatoria. Pueden tener razón, pero es necesario puntualizar como en la exploración artroscópica solamente se visualiza la cavidad articular llena de líquido y en un área magnificada y reducida. Normativamente y de manera obsesiva se busca y encuentra el desprendimiento del «labrum» y de la cápsula articular del margen anterior de la glenoides. Es una lesión que honestamente no la hemos encontrado en la exploración operatoria tanto intraarticular como extraarticular. A la luz de las estadísticas nacionales publicadas en nuestro medio, sinceramente creemos que la curación de la LRH por procedimientos artroscópicos se logra porque se adosa la cápsula articular y por ende el músculo subescapular íntimamente unido a aquella al margen óseo anterior glenoidiano reduciendo la cavidad articular y tensando las estructuras anteriores (músculo subescapular y cápsula articular) para proporcionar una estabilidad anterior. Se utilizan puntos directos de la cápsula al margen anterior glenoidiano y sostenidos en el área escapular como son utilizados en técnicas quirúrgicas a cielo abierto. Quiere decir que por los dos sistemas se están obteniendo resultados similares o iguales, que no dependen de la clase del procedimiento utilizado sino del cirujano quien los ejecuta.

Finalmente proponemos llamar **Luxación Recidivante** a la inestabilidad a la cual hemos hecho referencia. El tratamiento quirúrgico es el indicado corrigiendo la patología dominante por los sistemas recomendados y con un resultado excelente.

Las otras inestabilidades, en realidad menos frecuentes, no deben nominarse como recidivantes: para mayor claridad, generalmente responden mal al tratamiento quirúrgico. En la luxación voluntaria el fracaso del tratamiento operatorio es absoluto. En la luxación inferior multidireccional es mejor optar por el tratamiento fisioterápico y en la subluxación posterior el mismo Hawkins tiene un 50% de fracasos y opta por el procedimiento conservativo. Es más recomendable no operarlas para que el cirujano cuide su prestigio profesional y no se vea abocado a reclamaciones que son prevenibles.