

II CÁTEDRA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de hombro por transposición del coraco-biceps

J. A. MÉNDEZ CABALLOS, F. SÁENZ LÓPEZ DE RUEDA, P. ZAMORA NAVAS, F. J. FLORES GALLEGO,
C. LUNA SÁNCHEZ y J. HUERTA VALDERAS

RESUMEN

Los autores presentan su experiencia de 12 casos de luxación recidivante en 10 pacientes tratados por la técnica de transposición del coraco-biceps. La revisión al año de la intervención mostró un perfecto resultado en la totalidad de los casos.

Para los autores, la luxación recidivante de hombro no supone siempre que exista una lesión de BANKART.

Descriptores: Luxación recidivante de hombro. Luxación recidivante de hombro. Tratamiento por transposición del coraco-biceps.

SUMMARY

Twelve cases of recurrent dislocation of the shoulder in ten patients, treated surgically by transposition of the coraco-biceps, are reported. One year follow-up shows very good results.

Bankart's lesion does not appear definitively.

Key words: Recurrent dislocation of the shoulder. Recurrent dislocation of the shoulder. Surgical treatment.

Introducción

Prueba de que el problema del tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de hombro no es un tema resuelto lo tenemos en las múltiples técnicas (más de 200) que se han descrito hasta la presente en la literatura universal, unas encaminadas a realizar topes óseos (por ejemplo Eden-Hybbinette, Favre, Latarjet, etc.), otras lo hacen con vistas a realizar un retensado muscular (por ejemplo Oudard, Magnuson, Putti-Platt, etc.), otras intentando una reconstrucción ligamentosa (por ejemplo Gallie y Le Mesurier, etc.). En conjunto todas

pretenden ofrecer un refuerzo anterior que evite la luxación de hombro recidivante.

Independientemente de la morfología de la articulación glenohumeral tales como curvatura de la cabeza humeral, descrita por SAHA en 1967 (1), de las alteraciones neuromusculares observadas por DE PALMA (2), o de alteraciones del ángulo de torsión humeral expuestas por GÓMEZ OLIVEROS (3), etc., serán las lesiones resultantes de la primera luxación las condicionantes de la aparición de la recidiva (Bankart, Hill-Sachs, etc.). La lesión de Bankart desde su descripción en 1923 fue considerada como fundamental en la génesis de la recidiva. Consiste

en el desprendimiento del reborde glenoideo anterior y la formación de una bolsa más o menos grande de tejido sinovial en comunicación con la articulación, en la cual se aloja la cabeza humeral con gran facilidad cuando el enfermo realiza un movimiento típico de abducción, retropulsión y rotación externa del hombro. Años más tarde esta lesión anatomopatológica fue cuestionada al observar la inexistencia de la misma en un alto porcentaje de los casos intervenidos.

Nosotros hemos experimentado la gran dificultad que se encuentra para establecer un diagnóstico preoperatorio estricto. La mayor parte de las veces nos tenemos que fiar de las declaraciones del paciente que puede creer que su hombro se luxa con frecuencia cuando en realidad no es así. Existen varias alteraciones anatómicas que hacen que en ciertos movimientos el hombro haga un chasquido, por ejemplo lesiones del supraespinoso que producen un fuerte dolor en el movimiento de abducción y un resalte, pudiendo ser interpretados por el paciente equivocadamente. Diversos autores que se han preocupado por este problema han intentado, con el enfermo anestesiado, reproducir la luxación, pero esto ha sido imposible en muchos casos a pesar de la facilidad con que refiere el paciente que se le produce.

Exploraciones proyectadas hacia la visualización de las lesiones tales como las de Hill-Sachs no siempre son positivas, de un lado debido a la dificultad técnica que su realización conlleva, y de otro a su inconstante presencia. La artrografía tampoco es un método de exploración muy demostrativo, puesto que el receso capsular subescapular es frecuente en situación de reducción de la luxación que se encuentre plegado con las paredes adosadas de forma que no admite una cantidad de contraste suficientes como para obtener unas imágenes significativas.

Es por esto que en todas las técnicas empleadas hemos intentado bloquear la entrada de este receso para impedir la reluxa-

ción de la cabeza humeral. Así lo demuestra el que las intervenciones realizadas en un mayor número de ocasiones en nuestro Servicio, sean las de Putti-Platt, Bankart-Delitala y la modificación a esta última introducida por nosotros y comunicada en el Curso de Asepeyo sobre Traumatología del Miembro Superior que se llevó a cabo en Sevilla, en 1980 (5).

Material y método

En el período comprendido entre 1981 y 1983, hemos realizado en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario de Sevilla, en la Segunda Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica, doce intervenciones siguiendo la técnica de trasposición del coraco-biceps. Estas han sido realizadas sobre un total de diez enfermos, dos de los cuales presentaban luxación bilateral, fueron siete varones y tres hembras, cuyas edades oscilaban entre los 17 y los 32 años, encontrando el pico de presentación entre los 25 y los 30 años con cinco casos, en ocho de los casos se ubicó la luxación en el hombro derecho y en cuatro lo hizo en el izquierdo. Respecto al número de ocasiones en las que aconteció la luxación encontramos que en siete de los enfermos fueron múltiples las veces que esto ocurrió. El tratamiento al que fueron sometidos en los episodios previos predomina la reducción e inmovilización mediante vendaje de Velpeau en diez de los doce casos realizados, en uno de ellos se había realizado reducción sin seguirse de inmovilización alguna, en el caso restante la reducción fue seguida de inmovilización mediante vendaje de Payr.

Bajo anestesia general, el enfermo se coloca en decúbito supino con el hombro ligeramente elevado por una bolsa de arena. Incisión cutánea siguiendo el surco deltopectoral (fig. 1) comenzando en el resalte de

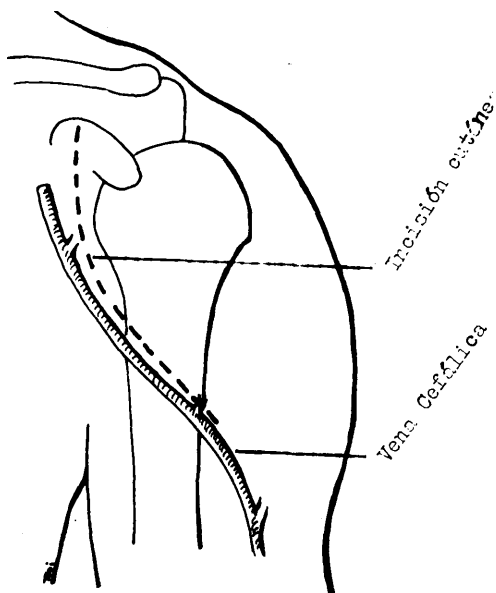


FIG. 1.— Incisión cutánea.

la apófisis coracoides y con una longitud de 15 a 20 cms. Practicada la hemostasia, se separa sin ligar la vena cefálica hacia el borde interno de la incisión. Se separa por disección roma la masa muscular del deltoides de la del pectoral mayor hasta descubrir la fascia clavi-pectoral, (fig. 2), que se abre longitudinalmente exponiendo perfectamen-

te la apófisis coracoides. Se diseca el coracobraquial y la porción corta del biceps. Se realiza una perforación siguiendo el eje de la coracoides, para preparar la osteosíntesis posterior (fig. 3) y se secciona en forma de diedro la apófisis en su tercio medio, rebatiendo hacia abajo el colgajo muscular resultante, éste se diseca hacia abajo lo más posible hasta las proximidades de los grandes vasos axilares (fig. 4).

A continuación con el hombro en rotación externa se identifica el músculo subescapular, se secciona entre ligaduras el pedículo vascular que constantemente bordea su parte inferior. Por disección roma se separa el subescapular de la cápsula articular (fig. 4) hasta conseguir labrar un canal por el que quepan dos dedos de una mano y por éste se hace pasar de abajo hacia arriba el colgajo muscular obtenido anteriormente, consiguiendo con el hombro en rotación interna llevar el fragmento de coracoides a su sitio anterior y fijarlo sólidamente con un tornillo de Müller (fig. 5). Cierre de la herida operatoria por planos, dejando en el lecho un drenaje aspirativo, con lo que se concluye la intervención, colocando a continuación un vendaje de Velpeau, que mantenemos unas tres semanas.

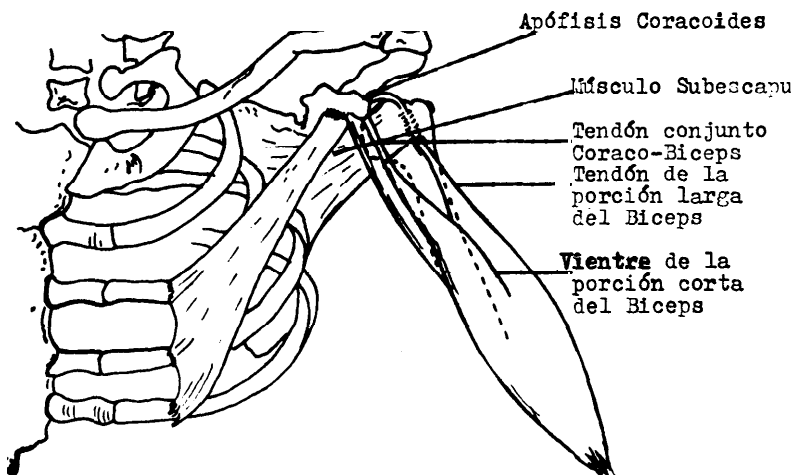


FIG. 2.— Exposición regional anatómica.

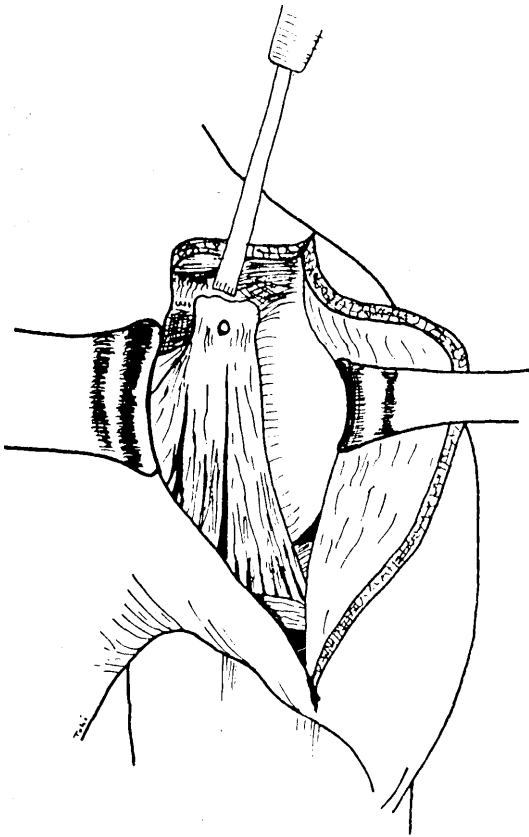


FIG. 3.— Sección de la coracoides.

A las tres semanas se retira el vendaje de Velpeau comenzando una rehabilitación suave que se prolonga habitualmente durante uno o dos meses. Tiempo en el que se recupera totalmente la movilidad articular y la potencia muscular.

En algunos casos al labrar el canal tras el subescapular y por la íntima adherencia de éste con la cápsula, ésta se ha abierto penetrando así en la articulación. Los resultados posteriores no se han visto alterados por esta circunstancia.

Resultados

Se exponen, en el siguiente cuadro, clasificándolos en excelente, buenos, regulares y malos en función del dolor, movilidad, fuerza muscular y número de recidivas postoperatorias en un seguimiento mínimo de un año.

No hubo ningún caso de infección postoperatoria y en conclusión hemos obtenido entre los resultados excelentes y buenos un 100 por 100 de éxitos, siendo en un sólo caso el hallazgo de una limitación a la rotación externa de 15 grados la secuela mayor que hemos encontrado.

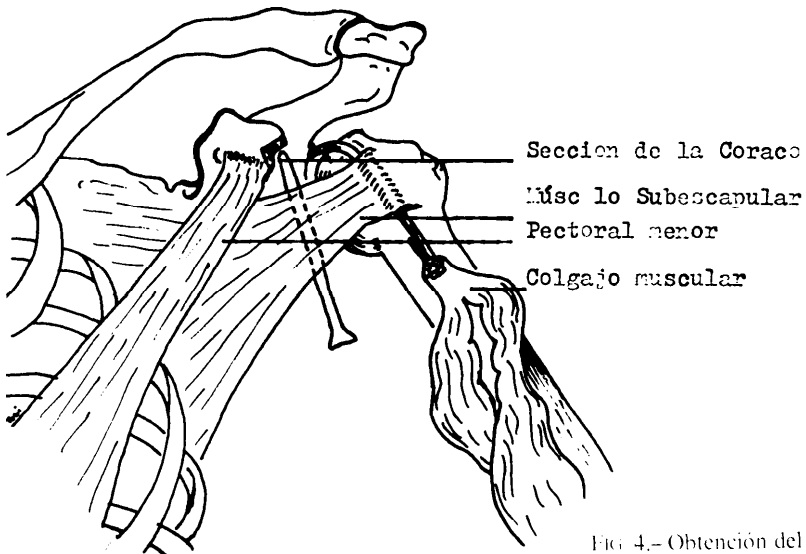


FIG. 4.— Obtención del colgajo.

Caso	Fecha	Nombre	Sexo	Edad	Localización	N.º luxaciones	Tto. previo	Tec. intervenc.
1	12-2-81	D.B.R.	V	32	Derecho	Múltiples	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
2	21-4-81	G.F.G.	H	29	Derecho	5	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
3	25-4-81	R.R.T.	V	34	Izquierdo	Múltiples	Red. simple	Tras. cor-biceps
4	6-7-81	J.S.G.	V	17	Derecho	3	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
5	1-10-81	J.S.G.	V	17	Izquierdo	2	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
6	7-3-82	J.E.G.	V	22	Derecho	3	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
7	12-5-82	J.E.G.	V	22	Izquierdo	Múltiples	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
8	10-3-82	F.L.R.	V	28	Derecho	Múltiples	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
9	15-11-82	J.M.C.	H	31	Derecho	Múltiples	Red. y Payr	Tras. cor-biceps
10	9-2-83	J.H.V.	V	16	Derecho	6	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
11	10-5-83	F.F.G.	V	36	Derecho	Múltiples	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps
12	15-5-83	A.C.B.	H	27	Izquierdo	Múltiples	Red. y Velpeau	Tras. cor-biceps

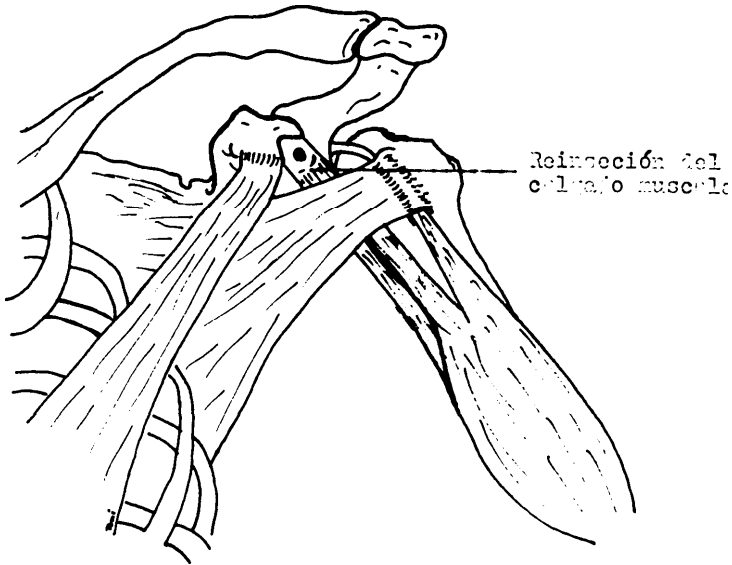


FIG. 5.—Reinserción del coraco-biceps.

Calificación	Dolor	Movilidad	Fuerza muscular	Núm. Recidivas	Núm. Caso
Excelente	Ausente	Normal	Normal	No	10
Bueno	Ausente	Lim. Rot. Ext. 5.º	Normal	No	1
	Ausente	Lim. Rot. Ext. 15.º	Normal	No	1
Regular	Presente	Lim. Rot. Ext. +15º	Reducida	-3	0
Malo	Presente	Gran Lim. Movilidad	Reducida	+3	0

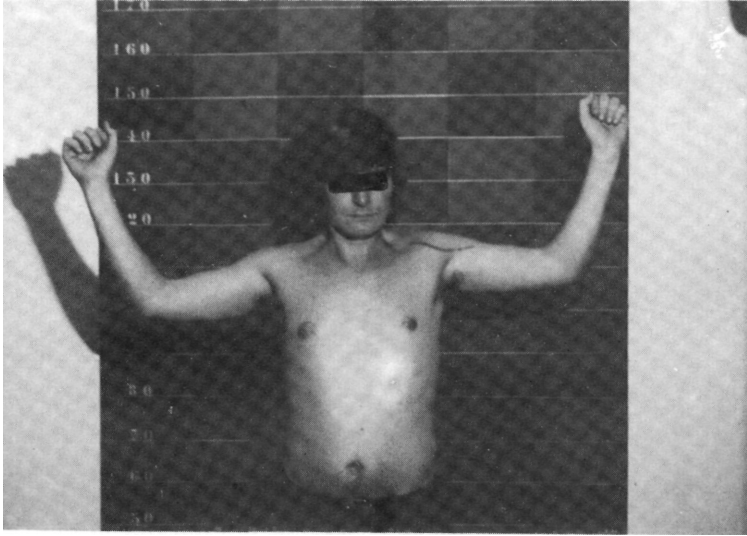


FIG. 6-a.- Caso n.º 3. Control a los 3 años de la intervención.

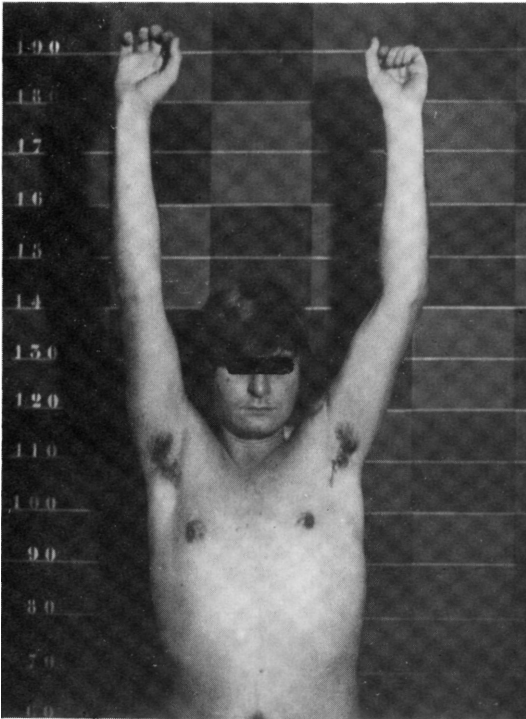


FIG. 6-b

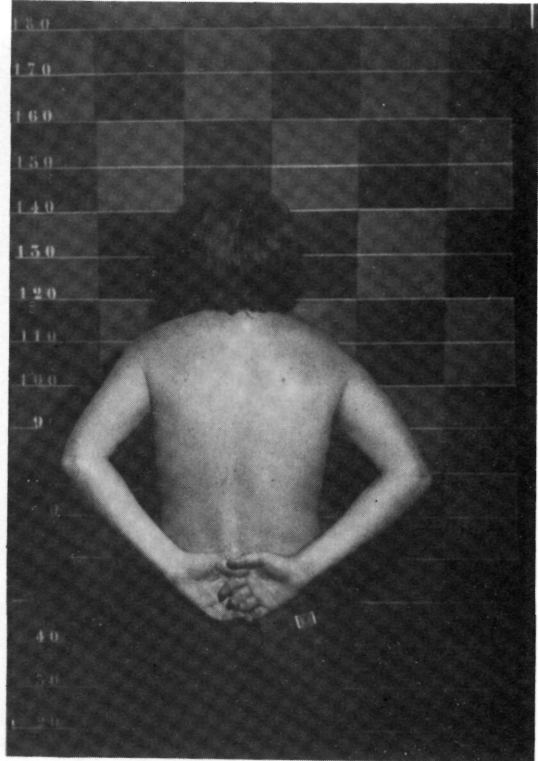


FIG. 6-c

Comentarios

En nuestro Servicio se le da una importancia fundamental en la patogenia de las luxaciones recidivantes de hombro a las lesiones de la cápsula y del reborde glenoideo descritas por Bankart. Esta se produce en la zona comprendida entre los ligamentos glenohumerales medio e inferior, zona de Rouviere. Si el paciente no ha sido adecuadamente inmovilizado durante el tiempo suficiente después de la primera luxación, en algunos casos se produce una reparación cicatricial de este reborde que no es correcta, quedando como secuela una brecha capsular inferior que marca el camino de salida en la posterior recidiva de la luxación.

Cuando la luxación se repite frecuentemente da lugar a una auténtica prolongación subescapular de la cápsula donde se aloja la cabeza humeral cuando se luxa. El tratamiento de esta lesión es a nuestro juicio siempre quirúrgico. En el momento de la intervención se encuentra siempre, en los casos de verdaderas luxaciones recidivantes el receso subescapular descrito, poniendo por nuestra parte en duda el diagnóstico en los pocos casos en que no lo hemos encontrado.

Las otras lesiones descritas como fundamentales en la génesis de la recidiva, tales como la de Hill-Sachs, anomalías glenoides, laxitudes musculares y capsulares pueden estar presentes pero tienen poco valor patogénico.

La técnica descrita tiene bajo nuestro punto de vista varias ventajas:

— Se trata en realidad de crear un tope preglenoideo, en este caso constituido por el vientre muscular del coraco-biceps.

— El tope creado es activo, de forma que en los movimientos luxantes (abducción, re-tropulsión y rotación externa) encuentran la presión del músculo subescapular sobre el tope creado.

— No quedan limitaciones a la movilidad en función de que no se realizan topes óseos fijos.

— No es necesaria la actuación sobre la articulación glenohumeral, aunque en aquellos casos en los que accidentalmente se ha abierto no se deriva por ello una evolución diferente.

— Gran facilidad de realización, siendo uno de los métodos más simples de llevar a cabo quirúrgicamente en comparación con los otros descritos.

BIBLIOGRAFIA

1. SAHA, A. K. (1967): Anterior recurrente dislocation of the shoulder. *Ac. Orthop. Scan.* 38/4: 479-493.
2. DE PALMA, A. F. (1950): Cirugía del Hombro. Suecum-Barrenechea. Buenos Aires.
3. GÓMEZ OLIVEROS, L. (1962): Lecciones de Anatomía Humana. T. II, 2.ª Ed. Marban, Madrid.
4. BERTINI, G. (1974): La capsulopessi secondo Bankart-Delitala nel trattamento della lussazione abituale dei spalla. *Min. Ortop.* 25/9: 391.
5. CARRANZA, A.; MORA, J.; MÉNDEZ, J. A. (1980): Aportación al tratamiento quirúrgico de la Luxación Recidivante de Hombro. Comunicación personal.