

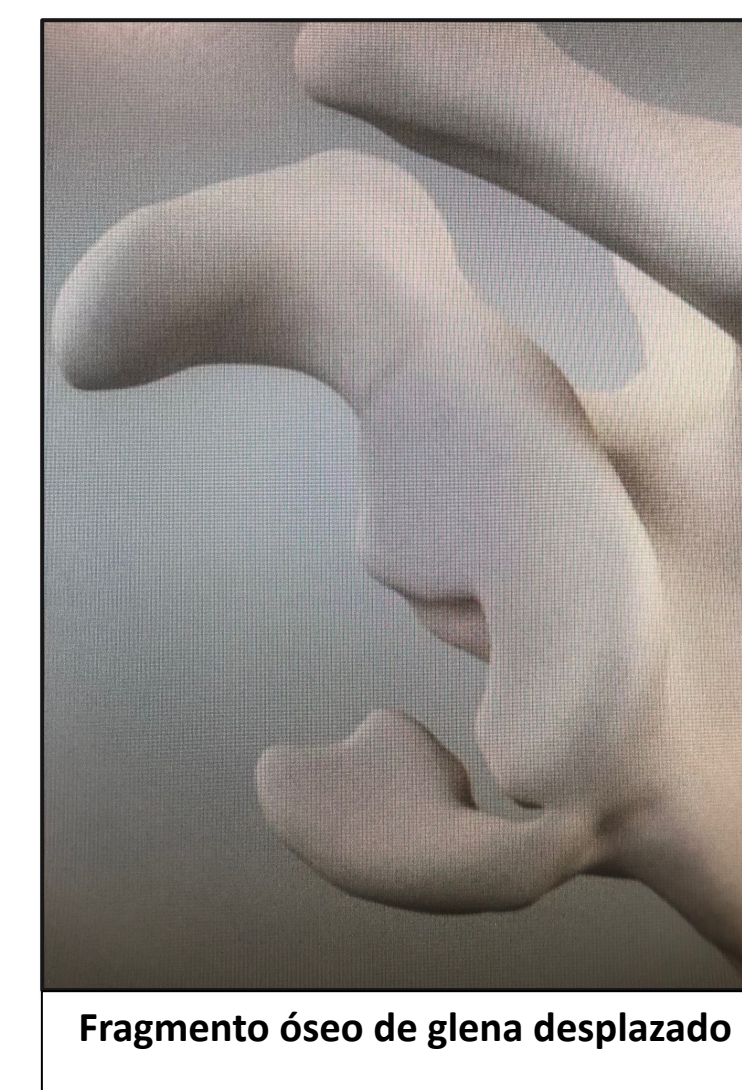
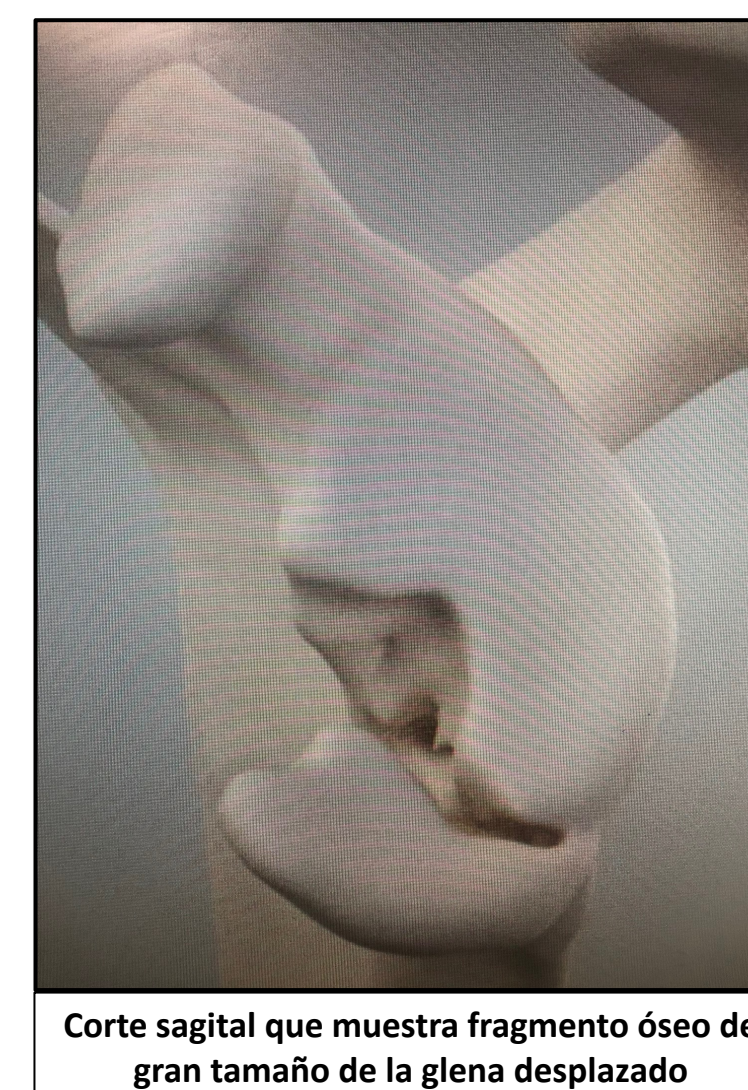
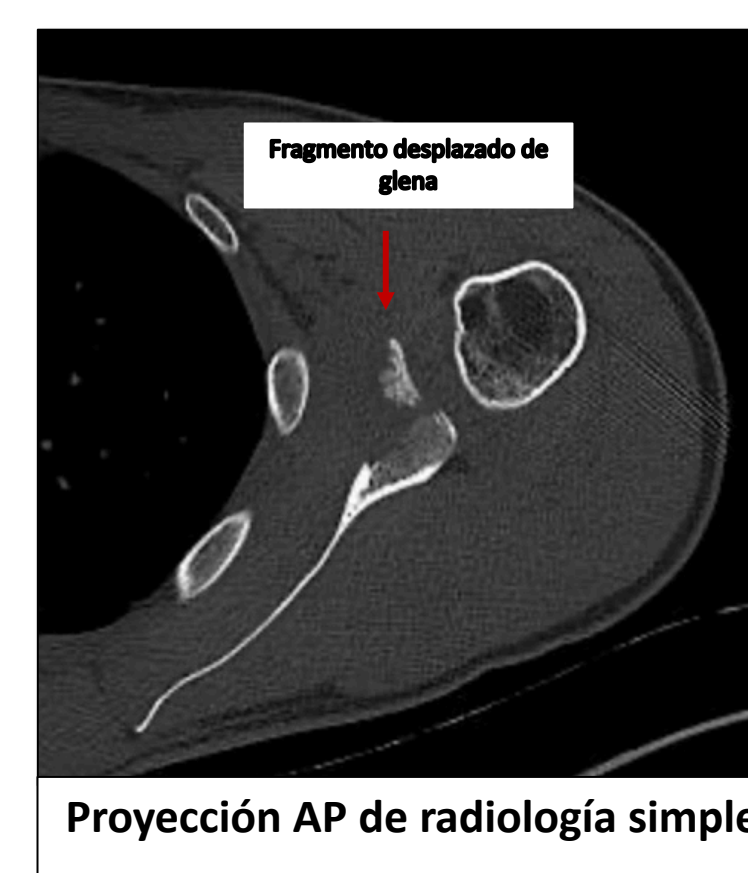
INTRODUCCIÓN

El tratamiento artroscópico de las fracturas de glena constituye un reto para el cirujano por la dificultad del control de la reducción. Sin embargo, permite disminuir el traumatismo de las partes blandas en comparación con la cirugía abierta además de permitir una mejor visualización de la fractura y valoración de lesiones asociadas.

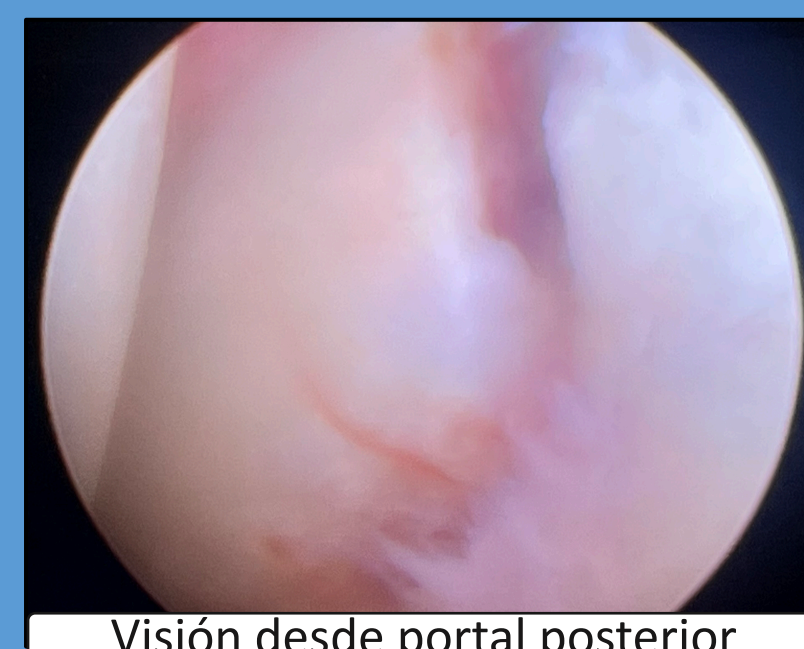
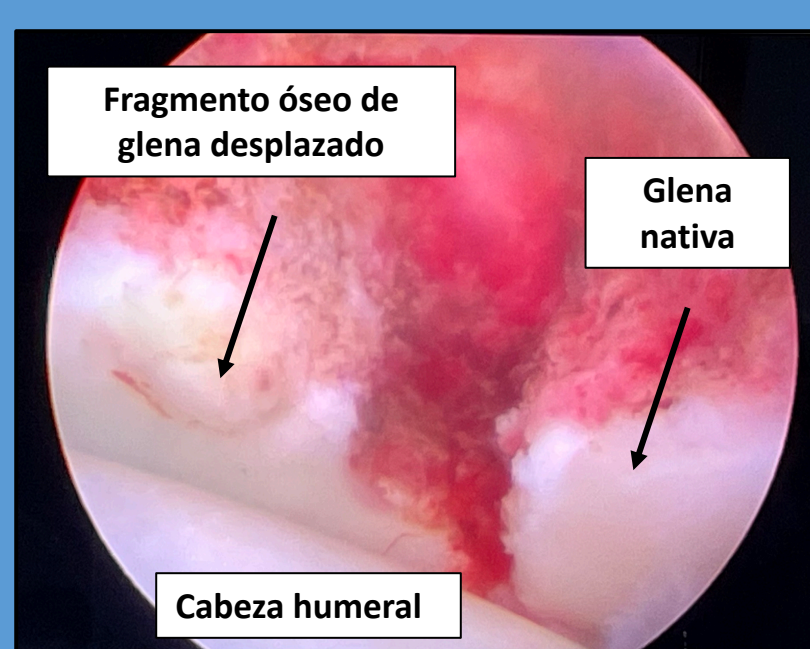
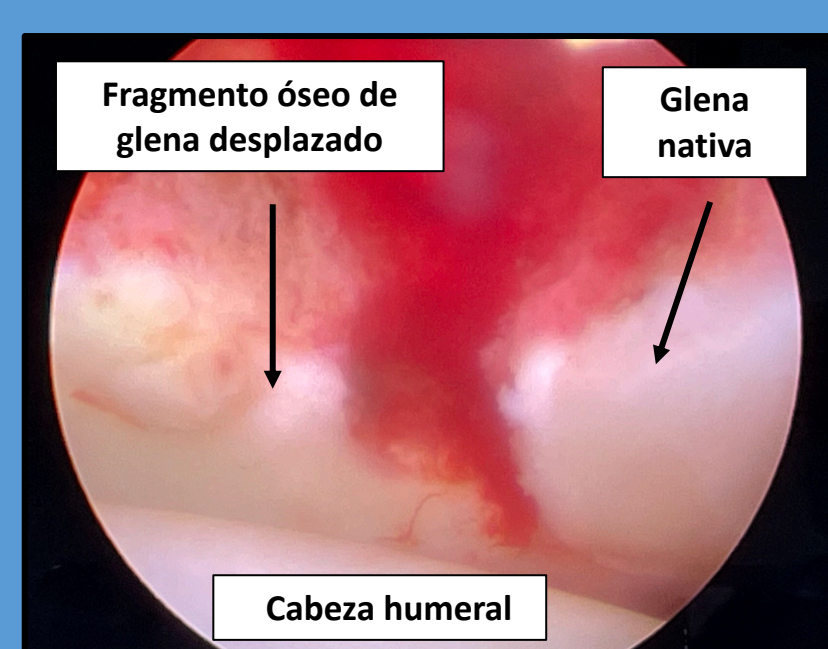
MATERIAL Y MÉTODO

Varón 24 años, deportista, que tras traumatismo presenta dolor y limitación funcional del hombro izquierdo sin presentar lesión de estructuras neurovasculares.

En las pruebas radiológicas (RX, TC y artro- RM) se confirma fractura desplazada de la parte anteroinferior de la glena mayor del 20% de su superficie y fractura del troquíter sin desplazamiento. La reconstrucción 3D indica que se trata de una fractura tipo C de la clasificación de Bartonicek. No existen lesiones del manguito rotador ni del labrum glenoideo.



ARTROSCOPIA GLENOHUMERAL

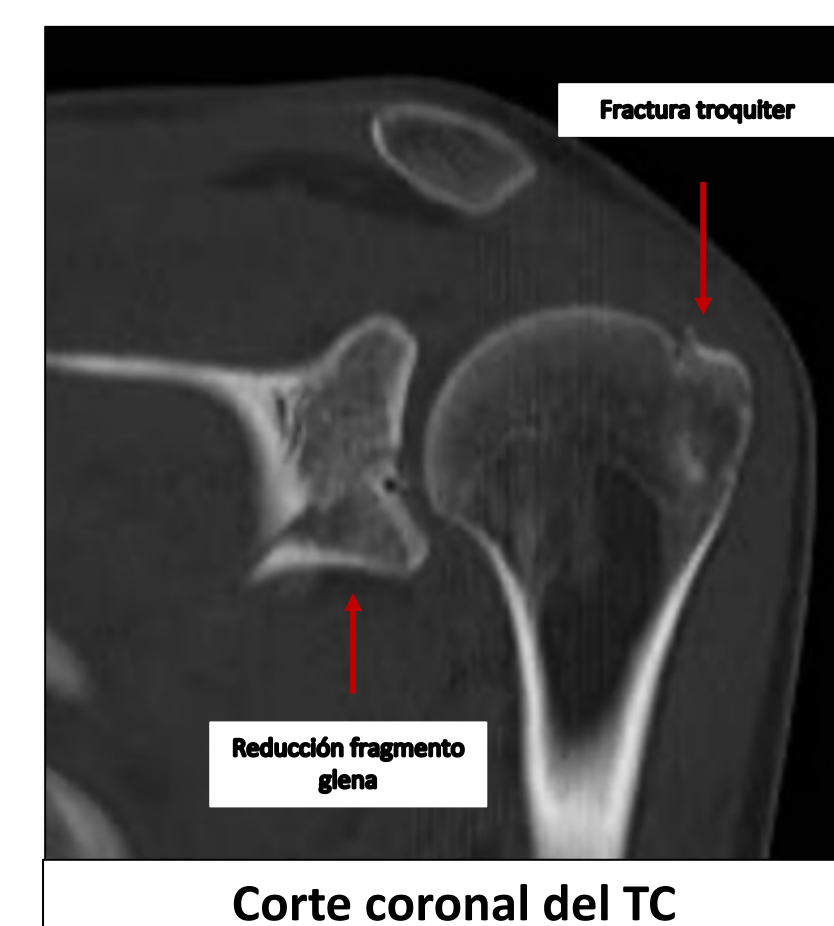
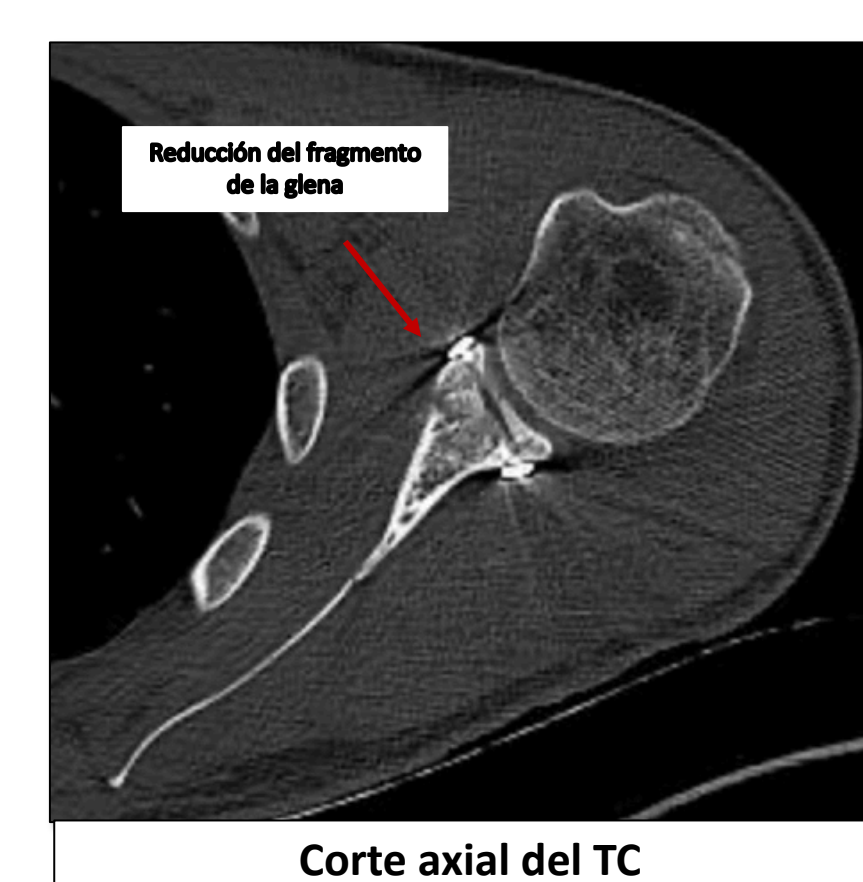


Se visualiza fractura de la parte anteroinferior de la glena de gran tamaño desplazada anteriormente.

Se realiza lavado abundante para evacuar el hematoma y se realiza sutura de tracción en la parte superior del labrum del fragmento para ayudar en la reducción.



Se sitúa anclaje todo sutura en la parte anterior de la glena (posición 2 de la tarde) para mantener la reducción y posteriormente se realiza fijación de la fractura mediante sistema tipo *endobutton* con guía situada desde el portal posterior, asegurándonos de que los botones metálicos se sitúan sobre la superficie ósea para poder realizar la tensión necesaria (100 N) para mantener la reducción.



Se han descrito distintos sistemas de fijación de las fracturas de glena. La utilización de tornillos permite una buena consolidación, sin embargo, obtener su correcta orientación mediante artroscopia es una de las mayores dificultades ya que para situarlos correctamente hay que hacerlo a través del subescapular con mayor riesgo de lesión del nervio axilar.

La guía de fijación del sistema de suspensión tipo *endobutton* evita la apertura del subescapular permitiendo un buen control de la reducción disminuyendo el riesgo de lesión neurovascular y de la limitación de la rotación interna del paciente.