

INTRODUCCIÓN

La incidencia de luxaciones glenohumerales posteriores oscila entre el 2 y el 10%. Aunque el tratamiento conservador es la opción terapéutica inicial, en pacientes que presentan patología del tejido conectivo la hiperlaxitud generalizada predispone a una lesión progresiva de la cápsula posterior siendo necesario procedimientos quirúrgicos más complejos.

La realización de tope óseo posterior con autoinjerto de cresta iliaca mediante cirugía artroscópica es una buena opción en este tipo de pacientes para evitar la recidiva de la inestabilidad.

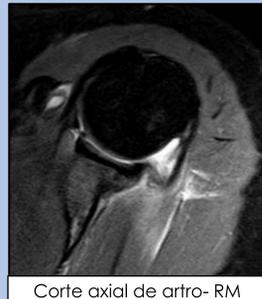
CASO 1

Mujer 22 años con antecedente de Ehlers-Danlos tipo III. Presenta el primer episodio de luxación glenohumeral posterior izquierda a los 7 años y desde entonces presenta más de 20 episodios de luxaciones glenohumerales posteriores. Los episodios son atraumáticos y la mayoría de ellos permiten ser reducidos por ella misma.

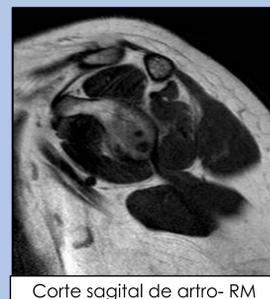
Se realiza plicatura capsular anterior y posterior tras no mejoría con el tratamiento conservador. Tras tratamiento rehabilitador la paciente presenta arco de movimiento completo con estabilidad de la articulación glenohumeral.

Al año de la cirugía, la paciente comienza a presentar episodios de subluxación y luxación glenohumeral posterior, cada vez más frecuentes y más difíciles de reducir.

Presenta arco de movimiento del hombro completo con dolor en la parte posterior del hombro, test de aprehensión anterior y recolocación (-), cajón anterior (-), cajón posterior (+) y kim test (+).



Corte axial de artro- RM



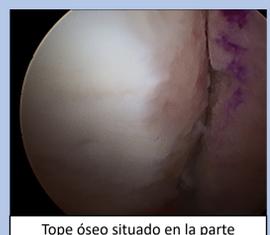
Corte sagital de artro- RM



Corte axial de TC



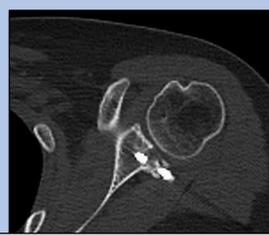
Injerto de cresta iliaca con top hats posicionados



Se realiza plicatura capsular posterior para cubrir el injerto óseo



Se visualiza buena posición del tope óseo en las pruebas radiológicas.



La paciente tras realizar tratamiento rehabilitador presenta estabilidad glenohumeral con arco de movilidad funcional.

CASO 2

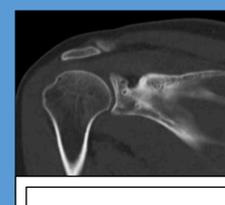
Varón de 38 años que presenta historia de inestabilidad anterior y posterior intervenido en varias ocasiones realizándole plicatura capsular posterior y técnica Eden Hybinette artroscópico fijado con endobutton en la parte anteroinferior de la glena tras fracaso de Bankart y Latarjet artroscópicos previos.

El paciente comienza a presentar luxaciones glenohumerales posteriores cada vez más frecuentes que no responden a tratamiento conservador.

Las pruebas radiológicas (RX y artro- TC) indican buen posicionamiento del tope óseo anterior y cambios post-quirúrgicos en la re inserción del labrum posteroinferior con leve condropatía sin retroversión de la glena.



Proyección AP radiología simple que muestra sistemas de fijación del tope anterior previo



Corte coronal del TC



Corte axial del TC. Se visualiza anclaje previo del "remplissage" y buena consolidación del tope óseo anterior.



Se posiciona la guía en cresta iliaca para extracción de injerto tricortical



Se visualizan sistemas endobutton del tope anterior realizado previamente



Se desinserta la cápsula posterior para poder posicionar el tope óseo



Se posiciona el tope óseo posterior fijado con tornillos

DISCUSIÓN

La realización de tope óseo posterior mediante técnica artroscópica es una opción de tratamiento en los casos de defectos capsulo-labrales irreparables, defectos óseos glenoideos y en cirugías de revisión tras fracaso de reparación del labrum glenoideo, siempre que no exista displasia glenoidea.

La técnica artroscópica permite la valoración de lesiones asociadas aunque es exigente especialmente a la hora de posicionar el tope y los tornillos de fijación.

Aunque los resultados a corto plazo son buenos se ha observado que con el paso de los años los problemas relacionadas con el material de fijación así como la presencia de artrosis glenohumeral son las complicaciones más frecuentes en este tipo de cirugía.