

FACTORES PRONÓSTICOS EN LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL ANTEROINFERIOR

Álvaro Cerezal Canga, Mario Sayalero Álvarez, Fausto López Mombiola

El pronóstico de la inestabilidad de hombro depende de múltiples factores que condicionan el abordaje diagnóstico y terapéutico. El estudio radiológico preoperatorio mediante resonancia magnética tiene un papel fundamental en la detección de lesiones asociadas, cuya presencia y magnitud guardan estrecha relación con la posibilidad de recidiva

OBJETIVOS:

- 1. Valorar los factores pronósticos demográficos, como edad, sexo o práctica deportiva, que influyen en la aparición de luxación glenohumeral anteroinferior de hombro.
- 2. Determinar si algún tipo de lesión labral constituye un factor de riesgo de recurrencia de luxación anteroinferior.
- 3. Determinar si pacientes con defectos óseos de glenoides y/o de cabeza humeral tienen mayor incidencia de fracaso del tratamiento artroscópico.
- 4. Analizar los márgenes críticos de los defectos óseos que se asocian a peor pronóstico del resultado de la cirugía primaria de inestabilidad

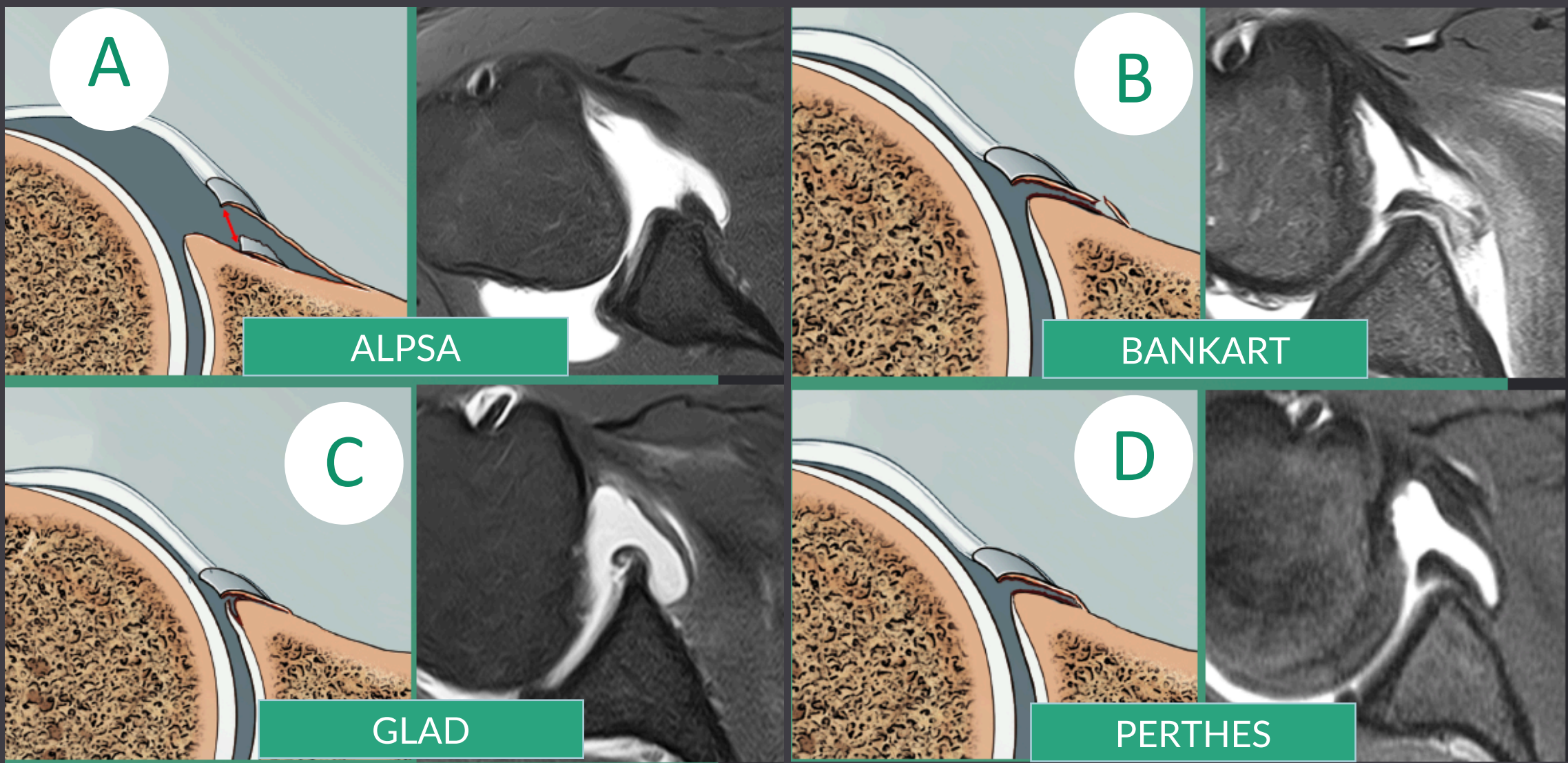


Figura 1. Defectos cápsulo-labrales (A-D).

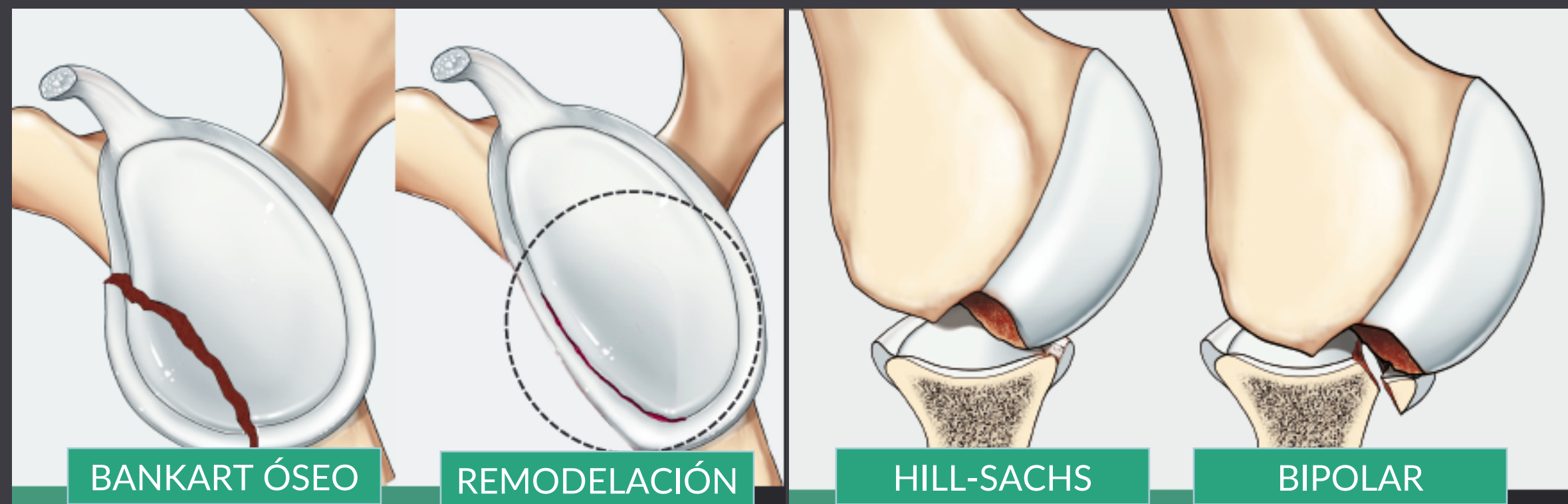


Figura 2. Defectos óseos. (A-D)

MATERIAL Y MÉTODO:

En todos los pacientes se analizaron en RM preoperatoria las lesiones cápsulo--labrales, defectos óseos y lesiones asociadas. Se valoraron los defectos óseos glenoides, humerales y bipolares. Los defectos glenoides se dividieron en tres grupos utilizando el método del índice glenoid: crítico ($\geq 25\%$), subcrítico ($15\text{--}25\%$) y menor ($<15\%$) y los defectos de Hill--Sachs en estables ("on track") e inestables ("off track"). Las medidas fueron realizadas por dos observadores independientes utilizando el test estadístico de Cohen y calificando los valores K siguiendo el sistema de Landis y Koch. Se realizó seguimiento de los pacientes en un periodo de 12--27 meses.

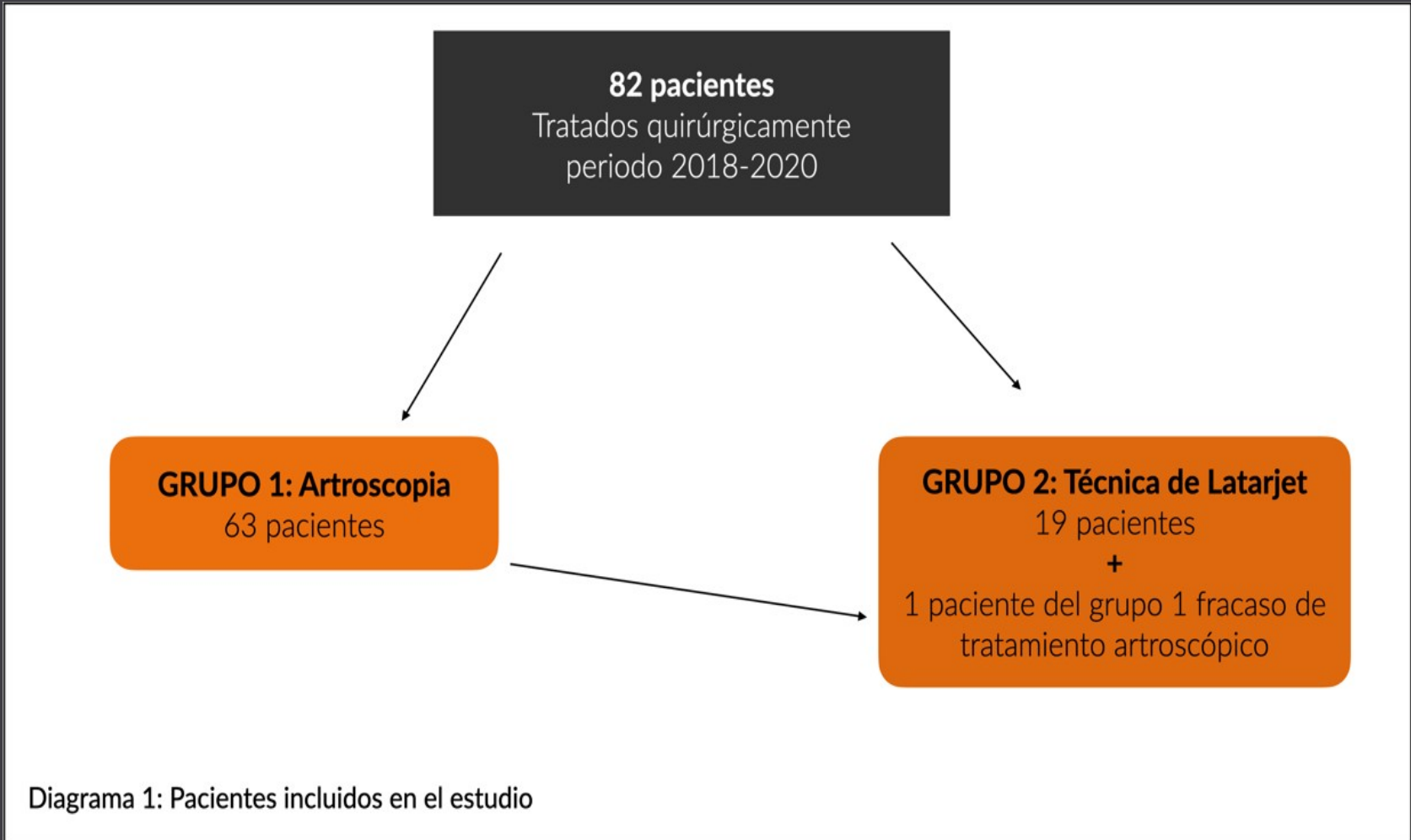


Figura 3. Diseño de estudio

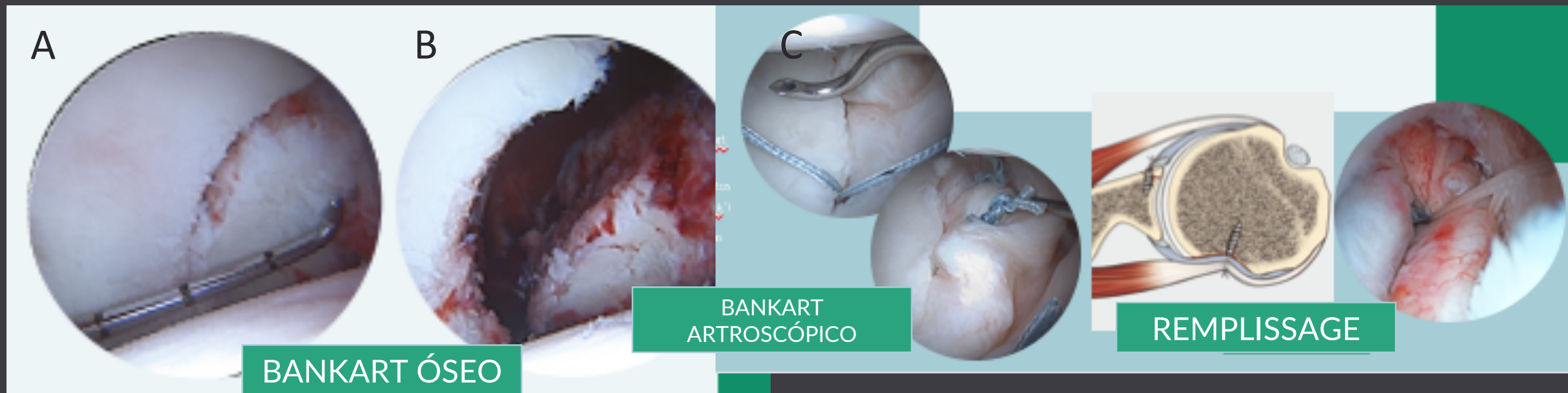


Figura 4. Técnicas quirúrgicas (A-D)

Defecto glenoid	Defecto humeral	Tratamiento
<25%	Estable ("non--engaging")	Reparación artroscópica de Bankart
<25%	Inestable ("engaging")	Reparación Bankart + Remplissage
$\geq 25\%$	Estable ("non--engaging")	Latarjet
$\geq 25\%$	Inestable ("engaging")	Latarjet + Remplissage (opcional)

Figura 5. Esquema de tratamiento

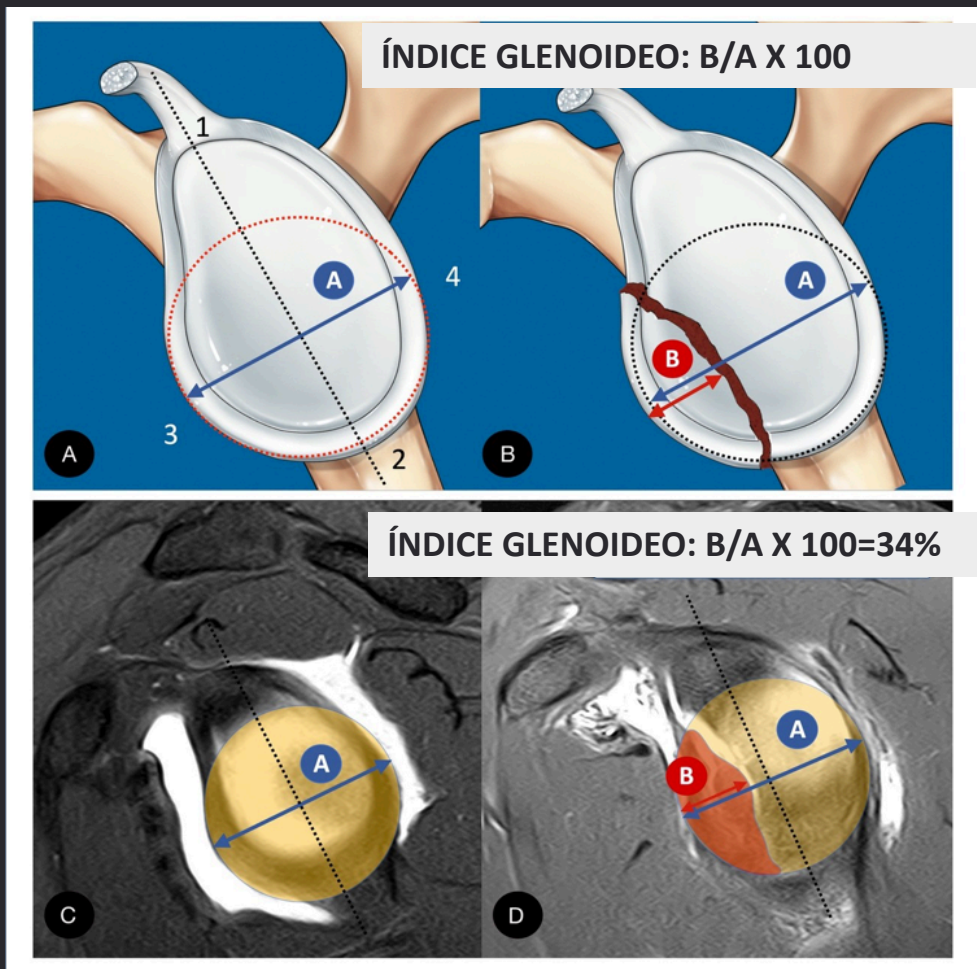


Figura 6. Medición de defectos óseos (A-D). Figura 6A: método de medición de defecto óseo glenoid siguiendo el "best fit circle method" en corte sagital oblicuo de RMN. El índice glenoid valora la pérdida ósea de glenoides anteroinferior. Índice glenoid: B/A X 100.

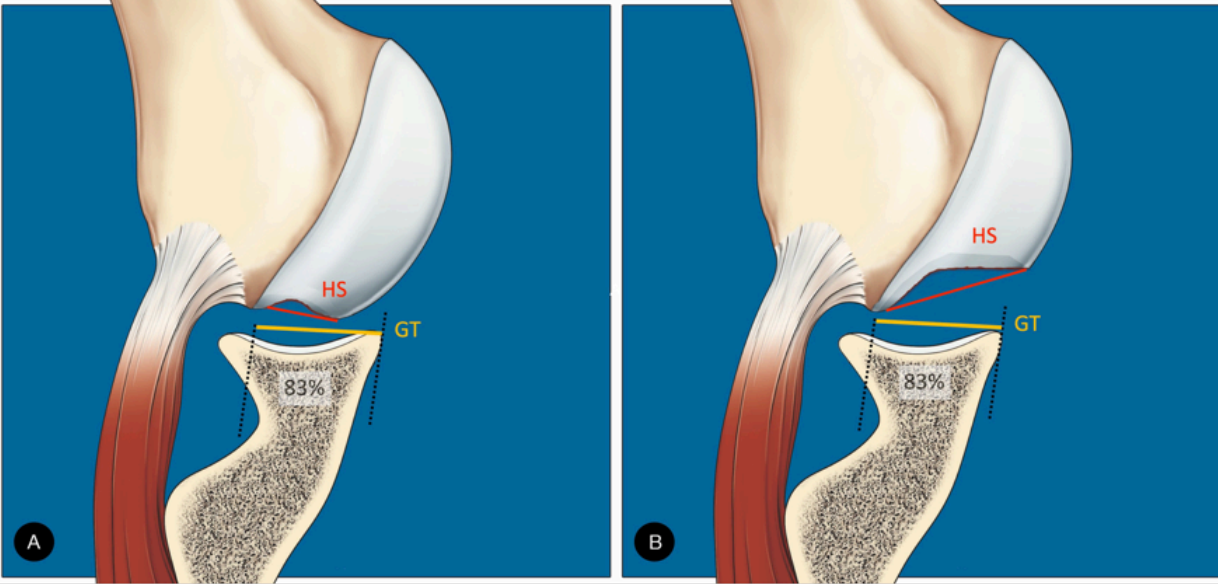


Figura 7. Lesión de Hill--Sachs. "Track glenoid". Articulación glenohumeral en abducción y rotación externa. A) Lesión de Hill--Sachs estable ("on track"). El defecto óseo humeral (línea roja) está contenido por el track glenoid (línea amarilla), evitando que encaje en reborde glenoid ("non--engaging"). B) Lesión de Hill--Sachs inestable ("off track"). El defecto óseo humeral (línea roja) se extiende medial al margen medial del "track glenoid", produciendo que el defecto encaje en reborde glenoid en abducción y rotación externa del hombro ("engaging").

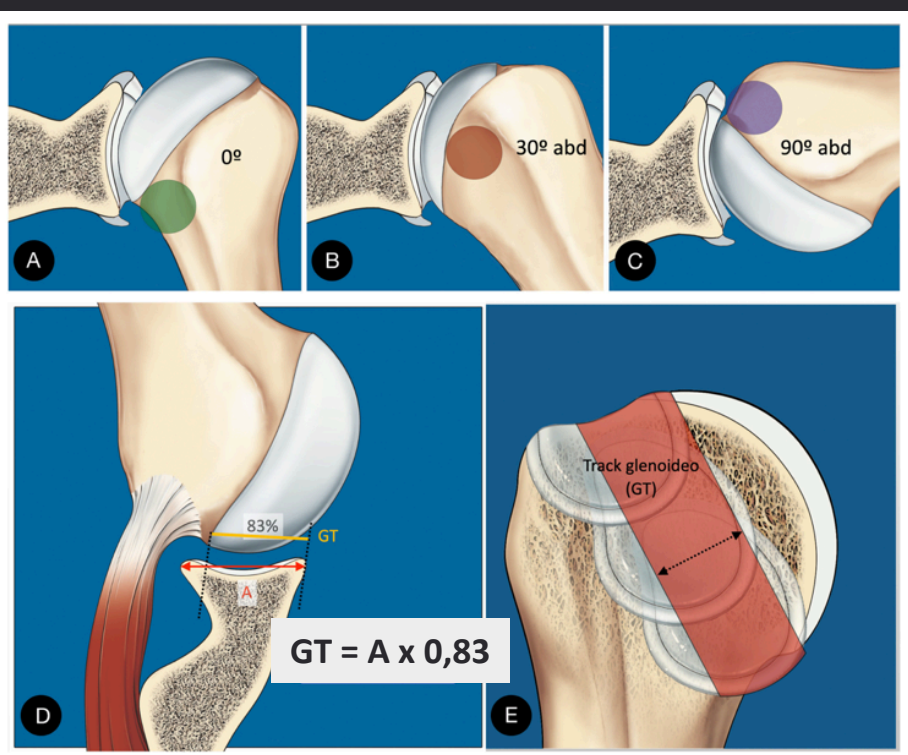


Figura 8. "Track glenoid". (A--D) El término "glenoid track" (GT) se utiliza para describir el área de contacto entre las superficies articulares de glenoides y cabeza humeral, que se desplaza desde inferomedial a superolateral, en los movimientos combinados de abducción y rotación externa. El término glenoid track (GT) mide un 83% de la anchura de la glenoides GT = A x 0,83.

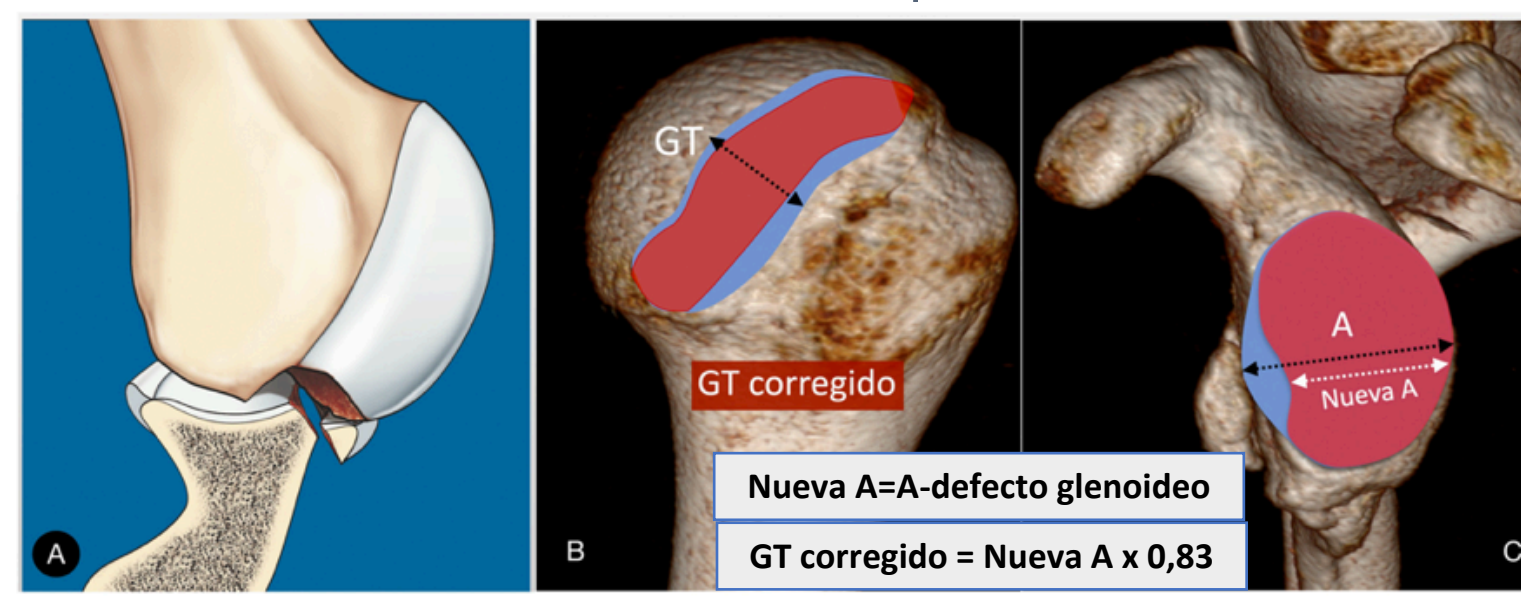


Figura 9. Lesión ósea bipolar. (A--C) Combinación de defecto óseo glenoid (Bankart óseo) y humeral (lesión de Hill--Sachs). En las lesiones bipolares, se reduce la zona de contacto óseo. A la zona de contacto glenoid se le debe restar el defecto óseo (Nueva A). GT corregido = 0,83 x Nueva A.

RESULTADOS:

En un 96% de pacientes se identificaron lesiones del labrum anteroinferior. Defectos óseos glenoides en 42.3%, 17% lesiones críticas o subcríticas. Lesión de Hill-Sachs en 95.4% siendo 56.9% inestables ("off-Track"). Defectos bipolares en 50.7%. La concordancia interobservador e intraobservador en las medidas de los defectos óseos fue excelente (K = 0,88 y 0.91). Fracaso de reparación artroscópica en 4.9%.

Tipo de lesión	Grupo 1 Número (%)	Grupo 2 Número (%)
Bankart	39 (61,9%)	15 (75%)
Perthes	9 (14,3%)	5(25%)
GLAD	4 (6,3%)	3 (15%)
ALPSA	8 (12,7%)	3 (15%)
HAGL	1 (1,6%)	0

Figura 10. Lesiones capsulo-labrales en grupos de pacientes 1 y 2

Índice glenoid	Inestabilidad crítica >25%	Inestabilidad subcrítica 15-25%	Inestabilidad menor <15%
Bankart	0	8 (12.7%)	23 (36.5%)

Figura 11. Grado de defecto óseo glenoid grupo 1

Índice de Hill-Sachs	Estable ("on track")	Inestable ("off track")
Nº pacientes	25 (38.4%)	36(57,1%)

Figura 12. Estabilidad de lesión Hill Sachs en grupo 1

Defecto óseo glenoid	Número pacientes	HS off track asociado
Bankart óseo crítico (<25%)	2	2
Bankart óseo subcrítico (15-25%)	13	5
Bankart óseo menor (<15%)	5	4

Figura 13. Defectos óseos en grupo 2

Tipo de lesión	Número (%)
Lesión SLAP	9 (14.3%)
Manguito rotador	7 (11.1%)
Cuerpos intraarticulares libres	2 (3.2%)

Figura 14. Lesiones asociadas

En periodo de seguimiento (12-27 meses) 4 fracasos quirúrgicos en primer grupo (6.35%).

- 2 pacientes con reparación de Bankart artroscópica y 2 reparación de Bankart asociado a Remplissage
- 3 del grupo subcrítico y 1 defecto menor
- 1 Latarjet posteriormente, 3 restantes no reintervenidos por el momento

CONCLUSIONES:

- La luxación anteroinferior recidivante de hombro ocurre con mayor frecuencia en pacientes varones, menores de 25 años y con actividad deportiva.
- Los pacientes con lesión labral tipo ALPSA podrían estar asociados con una mayor incidencia de inestabilidad recurrente.
- Los defectos glenoides >25% (lesión de Bankart ósea o deformidad traumática de la glenoides anteroinferior), las lesiones de Hill--Sachs y defectos óseos bipolares inestables ("off track") son los principales factores asociados a fracaso del tramiento artroscópico y reluxación.
- El concepto ampliamente aceptado del umbral crítico del defecto óseo glenoid (>25%) no debe ser un criterio absoluto, sino que habría que valorar su ampliación a el grupo subcrítico (15-25%), en función de otros factores de riesgo asociados.