

ALOINJERTO ESTRUCTURAL DE TIBIA PARA EL MANEJO DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL POSTERIOR SECUNDARIA A LESIÓN ÓSEA EXTENSA DEL BORDE POSTERIOR DE LA GLENOIDES: a propósito de un caso

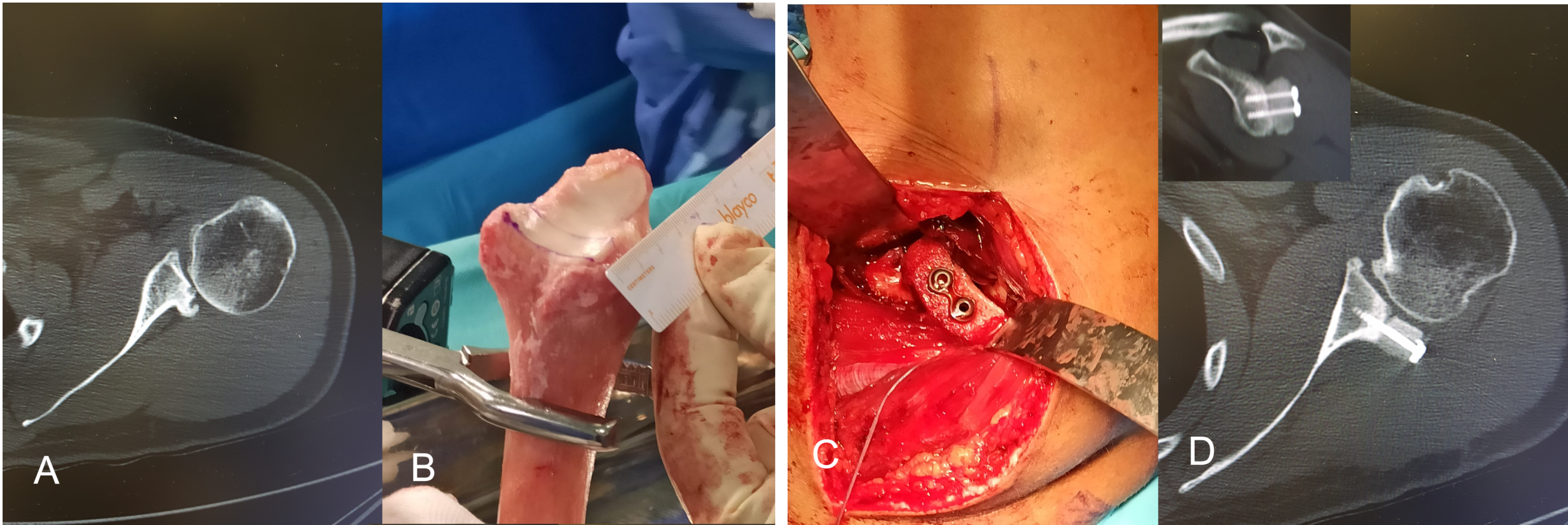
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico “Lozano Blesa” de Zaragoza.
Juan Falcón Goicoechea, Marta Plaza Cardenete, Alberto Latorre Sahun, Mariano Sanchez Gimeno, Jose Roberto Ballesteros Betancourt

INTRODUCCION

Las lesiones crónicas a nivel óseo en la glena afectan a la movilidad y estabilidad del hombro, en relación al área afectada. El dolor y la rigidez asociadas a un defecto extenso sitúan a los injertos óseos estructurales como la principal vía terapéutica. Pese a todo, la escasa literatura respecto al tema (defecto glenoide posterior) añade dificultades en el manejo de la patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 38 años, refiere dolor y limitada movilidad de su hombro derecho de un año de evolución tras caída en bicicleta. Pese a no acudir al facultativo, el dolor mejoró gradualmente. Tras sufrir una nueva caída dos meses antes de la consulta, vuelve a presentar dolor y limitación funcional. Refiere malestar en la zona posterior, limitación de la abducción activa (70°), rotación interna (hasta trocánter mayor), rotación externa (15°) y flexión (60°). El paciente presenta dolor con la movilización pasiva de la articulación, maniobras de Neer, de Jerk y test de prensión positivas. El estudio radiológico (TC) es compatible con una fractura antigua del borde posterior de la glenoides afectando al 30% de la misma, con signos degenerativos y traslación posterior de la cabeza humeral. Se diagnostica de inestabilidad glenohumeral posterior en el contexto de una lesión del borde. Se decide realizar una reconstrucción glenoidea mediante aloinjerto tibial distal, por vía posterior subdeltoidea, fijado a la escápula mediante el sistema Latarjet (Arthrex).



RESULTADOS

El paciente evoluciona correctamente y no refiere dolor en reposo ni al movilizar la extremidad. 18 meses después de la cirugía se objetiva una abducción activa de 140°, rotación interna hasta L1, rotación externa de 60° y flexión de 150°. Las radiografías y el TC (6 meses) objetivan un correcto posicionamiento del aloinjerto, y la estabilidad del sistema de síntesis. Se ha reincorporado a sus trabajos habituales sin embargo, no ha vuelto a practicar su deporte habitual (bicicleta).

CONCLUSIONES

El uso del abordaje subdeltoideo posterior (ASP) como tratamiento de defectos óseos posteriores de la glena y la cabeza humeral es limitado en nuestra experiencia, siendo la tendencia habitual. Exponemos nuestra experiencia con el ASP en un caso de estas características, con un resultado satisfactorio.