

RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE TOPE ÓSEO MEDIANTE AUTOINJERTO CON CRESTA ILÍACA PARA LA INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO

Andreu J, García A, Cañete P, Prósper I
Hospital de manises



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Hasta el 80% de las inestabilidades de hombro asocian un defecto óseo, no considerar estos defectos supone una de las principales causas de fracaso de las técnicas quirúrgicas convencionales de partes blandas.

Ante estos casos, una de las cuestiones a tratar es, en qué casos debemos asociar un aumento óseo a nuestra reparación quirúrgica. Para ello, tendremos en cuenta tanto el tipo de pacientes, como el defecto óseo.

Por lo que respecta al paciente, encontramos diferentes escalas que nos ayudan a identificar aquellos casos de riesgo, como serían los pacientes jóvenes, la práctica deportes de riesgo y, el número de luxaciones. En cuanto a la pérdida ósea en la glena, nos guiaremos por el porcentaje del defecto para asociar el aumento óseo, porcentaje que ha ido variando en los últimos años, desde un 25%, que se consideraba inicialmente como crítico, hasta el 13,5% o incluso el 10% que se viene considerando actualmente.

Para realizar el aumento óseo, el Latarjet sigue siendo el *gold standard*, sin embargo, es una técnica no anatómica y que no está exenta de complicaciones, por lo que presentamos una técnica alternativa de tope óseo con autoinjerto de cresta ilíaca, totalmente artroscópica. Esta técnica la empleamos en pacientes que presentan un defecto mayor al 10-13,5% si son considerados de riesgo, o mayor al 20% si, por el contrario, no se consideran de riesgo.



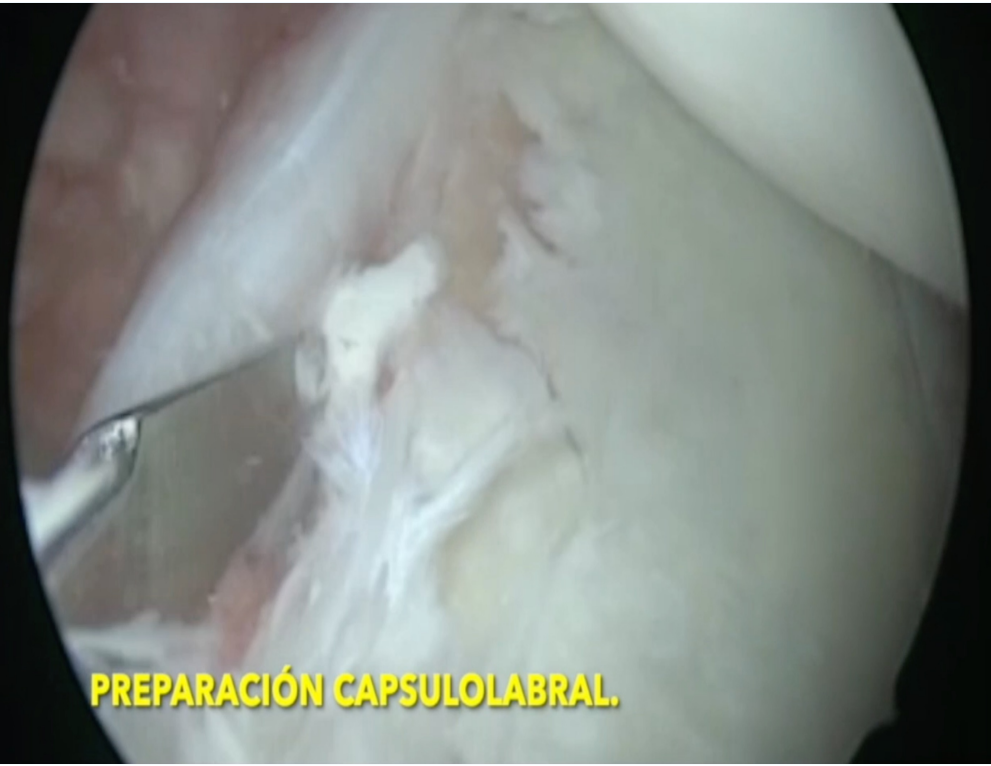
MATERIAL Y MÉTODOS

Contamos con un total de 45 pacientes intervenidos desde 2019, de éstos, **se han analizado un total de 20 casos que cumplían los criterios de revisión**; presentar un seguimiento completo de 24 meses. El seguimiento se ha realizado mediante la evaluación clínica y el TC como prueba de imagen en el post-operatorio inmediato, a los 6 meses y a los 12 meses.

Técnica quirúrgica

- **Artroscópica.**
- Paciente en decúbito lateral.
- Uso de **portales *standard*** evitando el riesgo de lesión del nervio subescapular del portal anterior.
- Uso de **instrumental reproducible.**
- Obtención de una **fijación estable.**

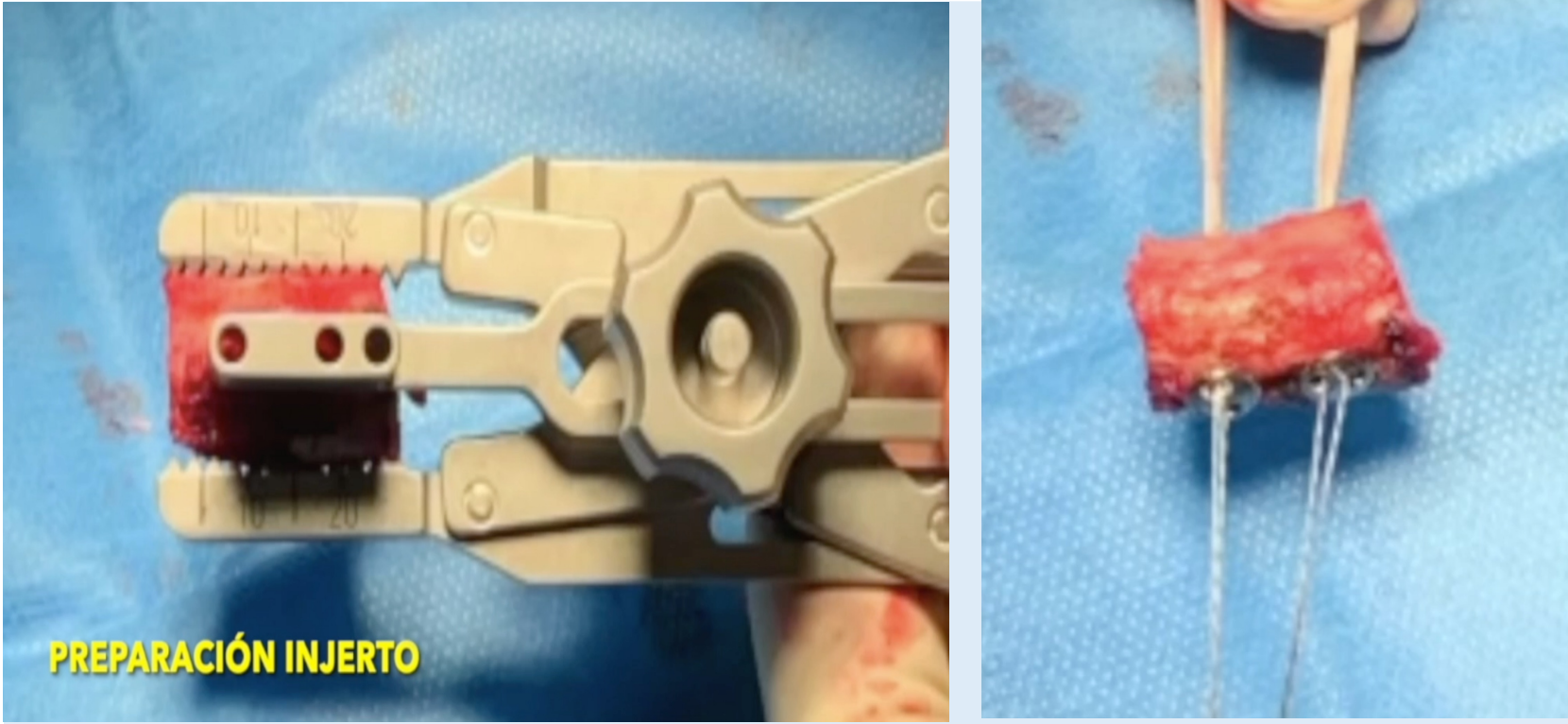
1º Preparación de la glena



PREPARACIÓN CAPSULOLABRAL.

- Preparación del lecho óseo despegando el defecto capsulolabral para la correcta colocación posterior del injerto.

2º Preparación del injerto



PREPARACIÓN INJERTO

- Obtención del injerto tricortical a partir de la cresta ilíaca del paciente.
- Preparación del injerto mediante el labrado guiado de los túneles.

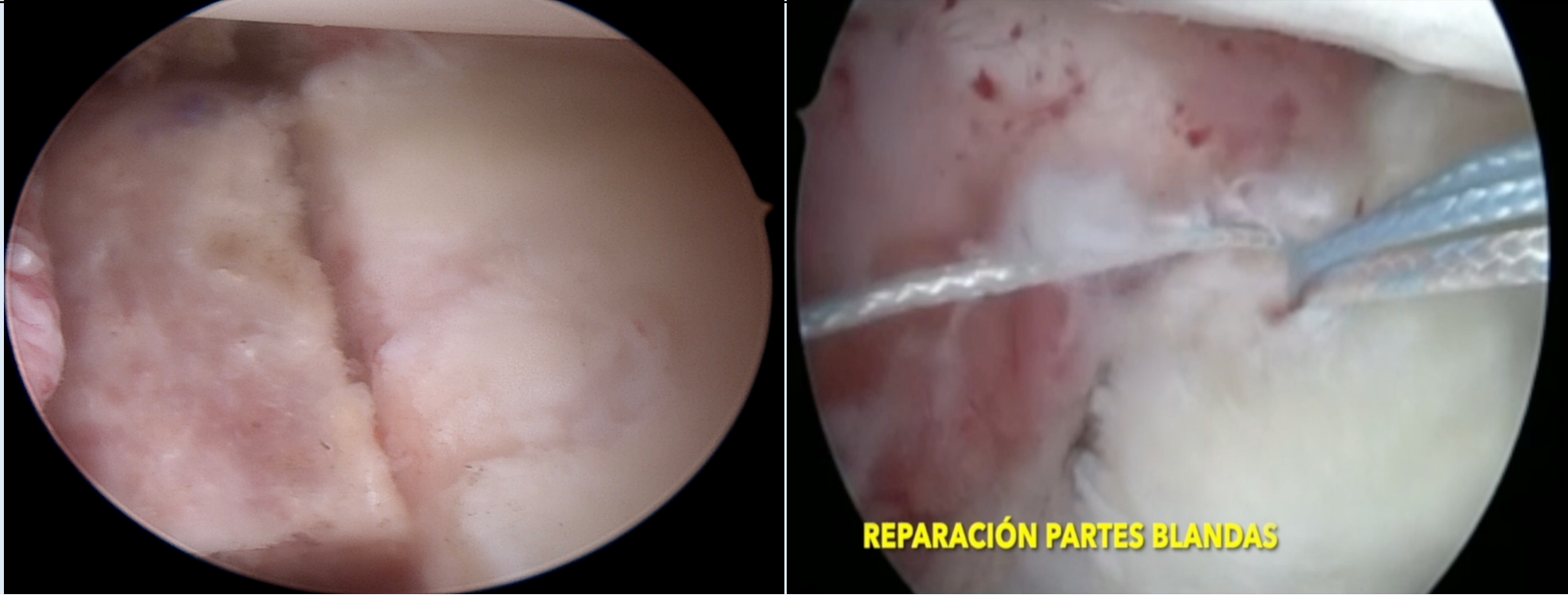
3º Colocación y fijación del injerto



BROCADO TÚNELES CON GUÍA

- Posicionamiento del injerto en la región anterior de la glena mediante el uso de una guía introducida a través del portal posterior.
- Brocado guiado de los túneles, consiguiendo un brocado preciso que mejora la posición final del injerto.
- Fijación anterior del injerto con dos botones.

4º Reconstrucción de partes blandas



REPARACIÓN PARTES BLANDAS

- Reconstrucción de las partes blandas tras la fijación del implante, quedando finalmente el injerto en una posición extraarticular.
- Esta reparación final de las partes blandas nos proporcionará una estabilidad adicional a la reparación, que a diferencia del Latarjet, no podemos obtener con la estabilización dinámica que ofrece el tendón conjunto.

RESULTADOS

Complicaciones

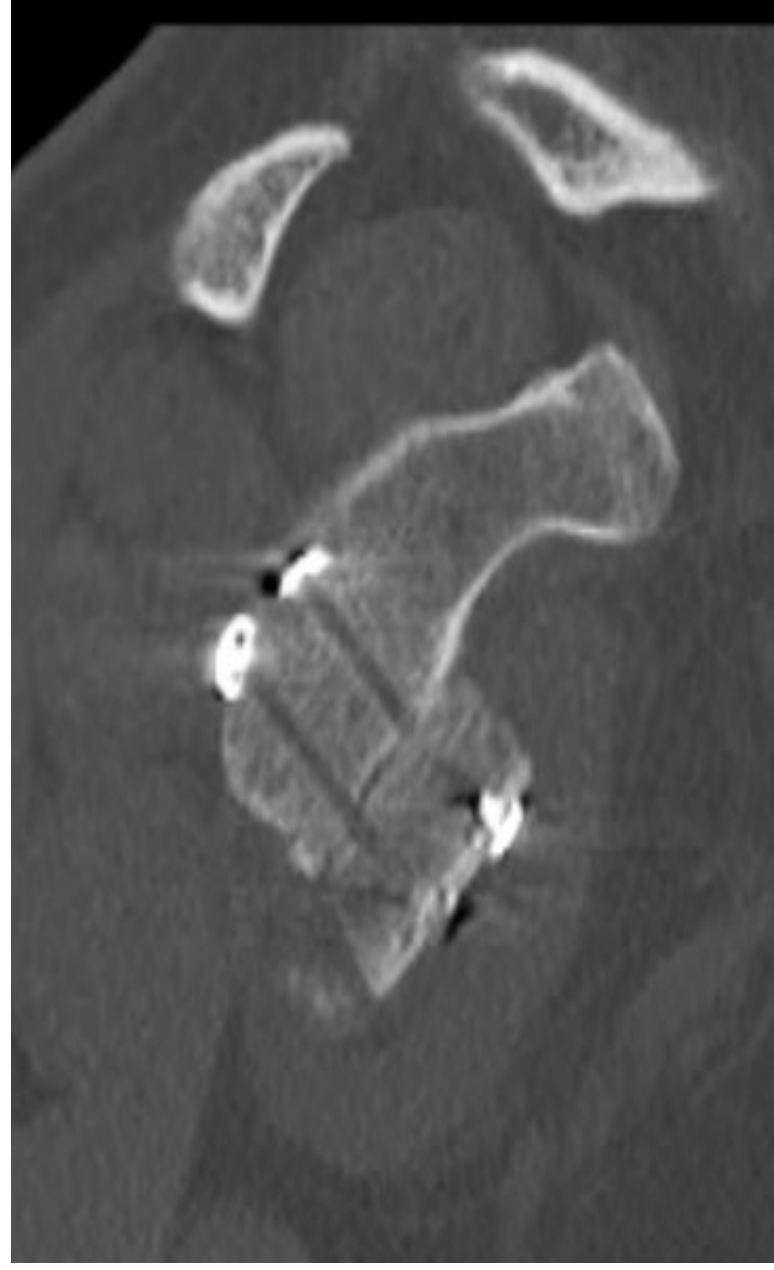
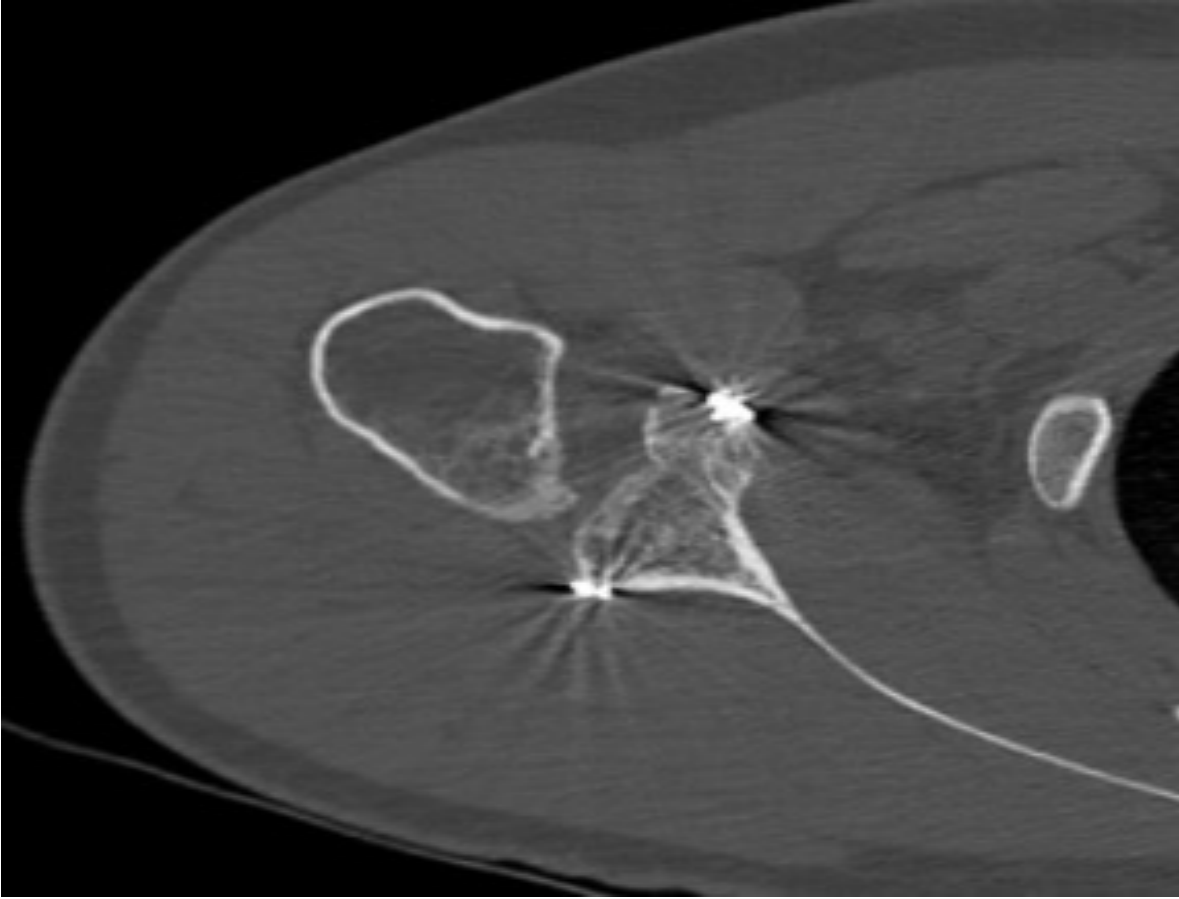
- Ninguna complicación intraoperatoria
- 2 infecciones superficiales leves de la zona donante
- Tasa de recidiva del 5% (1 de 20 pacientes)

TAC

- Posición final del implante óptima en el plano sagital en el 100% de los casos y en el 90% de los casos en el plano axial¹
- Tasa de integración del 100%,
 - 0 casos de pseudoartrosis.
- Tasa de reabsorción del 33%²

Funcionales

- CONSTANT
 - ✓ Capacidad funcional post-quirúrgica del 80,6%
- OXFORD
 - ✓ Mejoría de la discapacidad y dolor en un 43%
- W.O.S.I.
 - ✓ Mejoría de la calidad de vida del 49,3%



- Posición final del implante óptima en el plano axial en el 90% de los casos.

- ¹Posición final ligeramente lateral en el plano axial en el 10% de los casos (2 casos).

- ²En cuanto a la tasa de reabsorción obtenida del 33%, más que una reabsorción franca, es una remodelación del injerto a la forma anatómica de la gena.

CONCLUSIONES

- Se presenta una **técnica de tope óseo artroscópica**, que está dando excelentes resultados en los dos años de seguimiento.
- Técnica **precisa, segura y reproducible** en pacientes que cumplen los criterios para su realización.
- Técnica **cada vez más empleada**, gracias en parte a la adaptación artroscópica.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA