

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume **19**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2005**

Artículo:

No todo es Bankart en la luxación
glenohumeral recidivante. Reporte de
un caso, y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Reporte de caso

No todo es Bankart en la luxación glenohumeral recidivante. Reporte de un caso, y revisión de la literatura

Benigno Zenteno Chávez,*,**,*** Lucio Martínez Flores,*,** Enrique Villalobos Garduño,*,**
Nicolás Zarur Mina*

IPN y Sports Clinic

RESUMEN. Presentamos el caso de un jugador de fútbol soccer de 17 años de edad con luxación glenohumeral anterior recidivante, con hallazgos artroscópicos no reportados en la bibliografía revisada, como son la lesión en “doble asa de balde” del labrum anterior a posterior y la desinserción de la base de la porción larga del tendón del bíceps (SLAP IV), sin lesión de Bankart ni lesión aparente de la cápsula articular. Se realizó reparación con 2 anclas metálicas de 3.5 mm mediante técnica artroscópica y el paciente evolucionó satisfactoriamente. Se enfatiza la necesidad de tener en consideración este tipo de lesiones, ya que si son tratadas en forma conservadora o con reparaciones extra-articulares, la sintomatología e incapacidad funcional pueden ser persistentes.

Palabras clave: luxación de hombro, adolescente, fútbol soccer.

SUMMARY. A 17 year old, soccer player is presented with a ventral glenohumeral redislocation. With arthroscopic findings, not reported so far, with a double “bucket handle” lesion of the anterior to posterior labrum and injury to the base of the insertion of the long head of the biceps (SLAP IV), without any Bankart or capsular lesion during the arthroscopic procedure. The lesions were repaired with two metal anchors with arthroscopic technique. Emphasizing the need to bear in mind the presence of this kind of injuries, which could be deleterious to the patient in the future if a conservative or extra-articular management is executed.

Key words: shoulder dislocation, adolescent, soccer.

Introducción

La “luxación del hombro” a nivel glenohumeral es una patología muy frecuente, principalmente en deportistas y pacientes menores de 20 años.^{1,2}

El porcentaje de recidiva en estos pacientes es muy alto, por lo que algunos autores recomiendan la estabilización temprana para evitar un deterioro mayor de la articulación por luxaciones recidivantes.³⁻⁸

El hallazgo de lesiones de tipo SLAP asociadas con lesión de Bankart en la luxación glenohumeral es raro y son pocos los casos publicados.⁹⁻¹¹ Por el contrario, la lesión

tipo SLAP IV con luxación glenohumeral recidivante y sin lesión aparente de Bankart, no ha sido reportada.

El objetivo de este reporte, es el de enfatizar la presencia e importancia de las lesiones del labrum glenoideo superior, anterior y posterior (tipo SLAP) en pacientes jóvenes activos, secundarias a luxación glenohumeral. Tipo de estudio: Reporte de caso.

Descripción del caso

Paciente masculino de 17 años, referido a nuestra consulta 15 días después de su segunda luxación gleno-

* Sports Clinic, World Trade Center.

** Hospital Ángeles Metropolitano.

*** Escuela Superior de Medicina, Departamento de Estudios de Posgrado y Medicina del Deporte IPN.

Dirección para correspondencia:

Dr. Benigno Zenteno Chávez. Montecito 38, 2º Nivel. Sports Clinic, World Trade Center, Col. Nápoles 03810. México, D.F.
E-mail: informes@benignozenteno.com zenteo@hotmail.com

humeral del hombro derecho, que fue reducida por otro facultativo bajo anestesia general. Las radiografías iniciales mostraron una luxación glenohumeral subcoracoides (*Figura 1*).

El paciente se presentó con un vendaje de tipo “Velpeau”, que le fue retirado. Refería dolor en la porción anterior del hombro derecho, que no permitió realizar una exploración adecuada por aumento de la intensidad del dolor y aprensión.

Se sugirió al paciente y a su familiar realizar la revisión artroscópica de la lesión, debido a su edad y a que ya había presentado 2 luxaciones en menos de 6 meses, lo cual indica una inestabilidad de la articulación.

El diagnóstico clínico fue el de luxación anterior glenohumeral recidivante con probable lesión de Bankart.

Técnica quirúrgica

En sala de quirófano, bajo anestesia general con intubación endotraqueal. Colocando al paciente en decúbito lateral y con tracción cutánea de 3 kg en la extremidad torácica afectada. Con soportes posterior y anterior para mantener el decúbito. Se realizaron portales artroscópicos clásicos, anterior y posterior, y otro accesorio denominado “puerto de Wilmington”, posterolateral.¹² Se utilizó solución salina con bomba de infusión, monitoreando la presión diastólica sistémica para el ajuste de la bomba en mm de Hg.

Los hallazgos de la artroscopia fueron una doble “asa de balde” en labrum anterior a posterior, así como una desinserción de la base de la porción larga del bíceps, la lesión fue clasificada como una lesión tipo SLAP IV de acuerdo a los criterios de Snyder¹³ (*Figuras 2 y 3*). No se encontró lesión de Bankart, ni tampoco lesión capsular aparente, revisando la articulación en forma dirigida (*Figura 4*).

Las lesiones encontradas fueron manejadas, retirando el “asa de balde” superficial, y fijación de la lesión del labrum y del tendón del bíceps con 2 anclas metálicas de 3.5 mm. El paciente fue dado de alta el mismo día de la cirugía con un cabestrillo como inmovilización postoperatoria.

A las 3 semanas de la intervención, se le permitió movilización del hombro a gravedad con ejercicios de tipo “péndulo” y a las 6 semanas movilización libre, iniciándose ejercicios isotónicos con peso progresivo.

El paciente fue evaluado hasta 15 meses después de la cirugía, encontrando movilidad completa del hombro derecho incluyendo rotaciones (*Figura 5*), así como estabilidad para la realización de actividades de la vida diaria, incluyendo deportes como el fútbol soccer.

Los estudios radiográficos de control mostraron estabilidad de las anclas en la glenoides (*Figura 6*).

Discusión

La presencia de lesiones del labrum superior anterior y posterior, denominadas SLAP con lesiones agregadas han sido reportadas previamente, enfatizándose la inestabilidad ocasionada en la articulación glenohumeral por la presencia de las mismas.^{9,10} Así mismo, Glueck ha descrito la inestabilidad del hombro en la ausencia de la porción larga del bíceps.¹⁴

Stein ha demostrado también que las lesiones que “desestabilizan” la inserción del bíceps, da como resultado una traslación anterior anormal de la cabeza humeral.¹⁵ Lo cual explica la inestabilidad recidivante mostrada en nuestro paciente.

La ventaja de realizar revisión artroscópica en este tipo de pacientes, estriba en establecer la naturaleza exacta de la lesión que originó la luxación, y buscar por lo tanto, la reparación anatómica de las estructuras dañadas.^{11,16-18}



Figura 1. Luxación glenohumeral subcoracoides.



Figura 2. Lesión “Doble asa de balde del labrum”.



Figura 3. Desinserción de la base de la porción larga del bíceps (SLAP IV).



Figura 4. Sin lesión de Bankart ni capsular aparente.

Está bien estudiada la fisiopatología que produce la luxación glenohumeral en las diferentes estructuras estabilizadoras del hombro.^{11,16,19} Por lo tanto, es una razón suficiente para revisar artroscópicamente el hombro que sufre una “simple luxación” en pacientes jóvenes activos, para detectar patología como la descrita que no será resuelta satisfactoriamente con reparaciones extra-articulares.^{20,21}

Aunque algunos autores presuponen siempre la presencia de una lesión capsular importante, ésta no fue encontrada en los hallazgos artroscópicos en nuestro paciente.⁴

Desafortunadamente el estudio de resonancia magnética no es concluyente en este tipo de lesiones, incluyendo aquéllas realizadas con medio de contraste intra-articular. Debido a que las variantes anatómicas del labrum glenoideo anterosuperior pueden ser confundidas con patología del labrum. Por lo tanto, el diagnóstico de certeza debe realizarse mediante la cirugía artroscópica.^{2,6,15,22,23}

La lesión de tipo SLAP IV, debe ser reparada si se detecta en la zona blanco-roja, para evitar una inestabilidad futura como la descrita en nuestro paciente.^{9,24}

La curva de aprendizaje en artroscopía de hombro, requiere de un cirujano con experiencia en esta articulación, a fin de evitar el reparar variantes anatómicas, así como la resolución quirúrgica del padecimiento en el mismo tiempo quirúrgico en el cual se realiza el diagnóstico.^{2,7,25}

Sugerimos que a los pacientes jóvenes activos y/o deportistas que sufren luxación glenohumeral. Se debe realizar una revisión artroscópica de la articulación, a fin de evaluar el tipo de lesión que produjo la inestabilidad de esta articulación, y descartar la presencia de lesiones como las de SLAP; las cuales pueden condicionar la persistencia del cuadro clínico, si son tratados en forma conservadora o con reparaciones extra-articulares.



Figura 5. Abducción y rotación externa sin inestabilidad, a 15 meses de postoperatorio.



Figura 6. Anclas fijas en glenoideas 18 meses postoperatorio.

Bibliografía

1. Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling M: Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. Ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 1996; 78: 1677-1684.
2. Slaa RL, Brand R, Marti RK: A Prospective arthroscopic study of acute first-time anterior shoulder dislocation in the young: a five-year follow-up study. *J Shoulder Elbow Surg* 2003; 12: 529-534.
3. Arciero RA, St Pierre P: Acute shoulder dislocation. Indications and techniques for operative management. *Clin Sports Med* 1995; 14: 937-953.
4. Barber FA, Ryu RK, Tauro JC: Should first time anterior shoulder dislocations be surgically stabilized? *Arthroscopy* 2003; 19: 305-309.
5. Linke RD, Burkart A, Imhoff AB: The arthroscopic SLAP refixation. *Orthopade* 2003; 32: 627-631.
6. Valentín A, Winge S, Engstrom B: Early arthroscopic treatment of primary traumatic anterior shoulder dislocation. A follow-up study. *Scand J Med Sci Sports* 1998; 8: 405-410.
7. Wen DY: Current concepts in the treatment of anterior shoulder dislocations. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 401-407.
8. Yanmis I, Tunay S, Komurcu M, Yildiz C, Tunay VB, Gur E: Outcomes of acute arthroscopic repair and conservative treatment following first traumatic dislocation of the shoulder joint patients. *Ann Acad Med Singapore* 2003; 32: 824-827.
9. Burkhardt SS, Fox DL: Case report: arthroscopic repair of a type IV SLAP lesion-the on-white lesion as a component of anterior instability. *Arthroscopy* 1993; 9: 488-492.
10. Hintermann B, Gachter A: Arthroscopic findings after shoulder dislocation. *Am J Sports Med* 1995; 23: 545-551.
11. Schai P, Hintermann B: Arthroscopic findings in luxation erecta of the glenohumeral joint: case report and review of the literature. *Clin J Sports Med* 1998; 8: 138-141.
12. Burkhardt SS, Morgan CD, Kibler WB: Disabled throwing shoulder: spectrum of pathology part II: Evaluation and treatment of SLAPs lesions in throwers. *Arthroscopy* 2003; 19: 531-539.
13. Nam EK, Snyder SJ: The diagnosis and treatment of superior labrum, anterior and posterior (SLAP) lesions. *Am J Sports Med* 2003; 31: 798-810.
14. Glueck DA, Mair SD, Johnson DL: Shoulder instability with absence of the long head of the biceps tendon. *Arthroscopy* 2003; 19: 787-789.
15. Stein DA, Jazrawi L, Bartolozzi AR: Arthroscopic stabilization of anterior shoulder instability: A review of the literature. *Arthroscopy* 2002; 18: 912-924.
16. Burkhardt SS, De Beer JF: Traumatic glenohumeral bone defects and their relationship to failure of arthroscopic Bankart repairs: significance of the inverted-pear glenoid and the humeral engaging Hill-Sachs lesion. *Arthroscopy* 2000; 16: 677-694.
17. Davy AR, Drew SJ: Management of shoulder dislocation-are we doing enough to reduce the risk of recurrence? *Injury* 2002; 33: 775-779.
18. Ryu RK: Arthroscopic approach to traumatic anterior shoulder dislocation. *Arthroscopy* 2003; 19(Suppl): 94-101.
19. Schipperger G, Vasiu PS, Frankhauser F, Clement HG: HAGL lesion occurring after successful arthroscopic Bankart repair. *Arthroscopy Bankart repair*. *Arthroscopy* 2001; 17: 206-208.
20. Larraín MV, Botto GJ, Montenegro HJ, Mauas DM: Arthroscopic repair of acute traumatic anterior shoulder dislocation in young athletes. *Arthroscopy* 2001; 17(4): 373-377.
21. Robinson CM, Kelly M, Wakefield AE: Redislocation of the shoulder during the first six weeks after a primary anterior dislocation: risk factors and results of treatment. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84A(9): 1552-1559.
22. Imhoff AB, Hodler J: Correlation of MR Imaging, CT arthrography, and arthroscopy of the shoulder. *Bull Hosp Jt Dis* 1996; 54: 146-152.
23. Omer AI, Labe RL, Coscalluela P: Variants of the anterosuperior glenoid labrum and associated pathology. *Arthroscopy* 2002; 18: 882-886.
24. Mc Farland EG, Park HB, Chronopolous E, Yokota A, Kim TK: Results of repair of SLAP lesion. *Orthopade* 2003; 32: 637-641.
25. Waldherr P, Snyder SJ: SLAP-lesion of the shoulder. *Orthopade* 2003; 32: 632-636.

