

La luxación glenohumeral

José Máximo Gómez Acevedo*

«Conozco una única forma de dislocación de la articulación del hombro: hacia la axila. Nunca la he visto hacia arriba ni hacia afuera. No puedo afirmar rotundamente que estas dislocaciones ocurran o no, aunque puedo hablar sobre ello.»¹

Hipócrates

Probablemente esta afirmación contundente sea la primera documentación de las lesiones del hombro (específicamente la luxación glenohumeral) datada alrededor de los años 450 a 350 a.C. y atribuida a Hipócrates de Cos, llamado «el grande», aunque también se ha identificado el aparente tratamiento de una luxación glenohumeral en un papiro egipcio alrededor del año 3000 a.C. que describe una serie de lesiones en el trabajo.

Aunque en la actualidad dicha afirmación no tenga vigencia, sentó las bases del diagnóstico y tratamiento de estas lesiones que acompañan al ser humano desde su aparición en este mundo. Este padecimiento ha sido ampliamente descrito desde entonces a la fecha; se han propuesto múltiples clasificaciones y tratamientos para las lesiones agudas y las repetitivas, tanto en forma quirúrgica como no quirúrgica, pasando desde los hierros candentes de Hipócrates hasta la gran cantidad de métodos de reparación artroscópica de que disponemos actualmente; desde la maniobra hipocrática para la reducción de la luxación aguda hasta la técnica de Spaso.²

Los estudios de anatomistas como Galeno en el segundo siglo de nuestra era y Leonardo da Vinci, posteriormente, contribuyeron en primer término al conocimiento pleno de la articulación del hombro y en segundo término a comprender su biomecánica para llegar, en forma consecuente, a conclusiones cada vez más cercanas a la verdad respecto a esta patología. Los reportes de Bankart en los inicios del siglo pasado fueron un parteaguas para entender el mecanismo por el cual la lesión se establece y la forma de solución correcta de la misma.³

Por mucho tiempo, muchas escuelas ortopédicas fueron dejando atrás el principio el tratamiento establecido por Bankart, quien afirmaba que ningún mé-

* Cirujano Ortopedista adscrito al Hospital Regional No. 45 del IMSS en Guadalajara, Jal. Profesor de Ortopedia y Traumatología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

Dirección para correspondencia:

José Máximo Gómez Acevedo

Gabriel Castaños Núm. 26 Col. Arcos Sur, Guadalajara, Jal. 44130

Correo electrónico: maxgomeza@hotmail.com

todo que no fuese dirigido a reparar la lesión original podría ofrecer resultados óptimos.⁴ Desde entonces, se han desarrollado muchas técnicas quirúrgicas para limitar o restringir la movilidad del hombro con la finalidad de evitar la luxación que, sin embargo, se seguía presentando y en algunos casos, con altos índices de recidiva.

Con el advenimiento de la cirugía artroscópica aplicada al hombro, se ha desarrollado un nuevo conocimiento que vino a ratificar algunos conceptos anteriores a ella y a corregir muchos otros que se tenían por ciertos y que limitaban el entendimiento de las patologías del hombro y su tratamiento. La visualización artroscópica de las estructuras lesionadas, de la fisiología articular en forma directa y los múltiples estudios biomecánicos del pasado reciente han permitido afirmar ahora que la luxación glenohumeral no sólo existe en una dirección, sino que puede haber combinaciones hacia distintas direcciones, así como el desarrollo de inestabilidades complejas que tienen que ver con el número de eventos agudos, pero también con la constitución física del afectado, lo que nos ha permitido pasar de la clasificación simple de luxación anterior y posterior a la progresiva de Habermeyer⁵ y la de Gerber.⁶

La lesión labral inicial, la participación capsular y ligamentaria con las lesiones repetitivas, los defectos óseos secundarios, la laxitud constitucional de los tejidos del paciente y las formas de diagnóstico de estas variantes serán tratadas en este número de la Revista Orthotips-AMOT que nos ha distinguido con su invitación. Para su realización obtuvimos la colaboración de expertos nacionales y extranjeros que seguramente dejarán satisfecho al lector.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Corpus hippocraticum*. Volumen VII capítulo sobre las articulaciones, Biblioteca Clásica Gredos.
2. Miljesic S, Kelly AM. Reduction of anterior dislocation of shoulder: the Spaso technique. Emerg Medicine 1998; 10: 173-5.
3. Bankart ASB. Recurrent or habitual dislocation of the shoulder joint. BMJ 1923; 2: 1132-1133.
4. Bankart ASB. The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint. Br J Surg 1938; 26: 23-29.
5. Habermeyer P, Gleyze P, Rickert M. Evolution of lesions of the labrum-ligament complex in post-traumatic anterior shoulder instability: a prospective study. J Shoulder Elbow Surg 1999 8(1): 66-74.
6. Schneeberger AG, Hersche O, Gerber UC. 1999; 101: 226-231.