

# ALOINJERTO DE CABEZA HUMERAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES HILL- SACHS DE GRAN TAMAÑO

Arnanz Remis A, Brotat Rodríguez M, Rodríguez Monsalve F, Burón Álvarez I., García Carrasco J. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

La luxación glenohumeral afecta principalmente a población joven, habitualmente secundaria a un evento traumático. La recurrencia es la principal complicación condicionada por la edad, el defecto articular traumático (Hill- Sachs, Bankart, lesiones capsulares y fracturas glenoideas) y el tipo de actividad deportiva practicada.

La fractura compresiva en la región posterolateral de la cabeza humeral (Hill-Sachs) puede ocurrir entre un 65% a un 71% de pacientes en el primer episodio y se puede incrementar en las luxaciones recurrentes. Es uno de los principales factores de la inestabilidad glenohumeral, influyendo tanto el largo como la profundidad de la lesión.

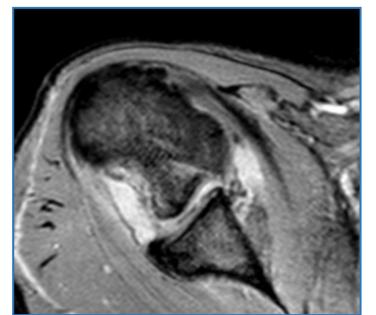
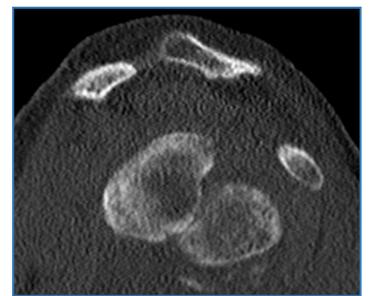
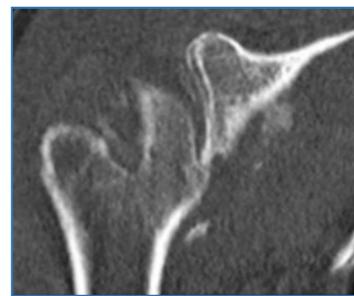
Itoi et al., describieron la relación entre el defecto humeral de Hill-Sachs y la superficie glenoidea (glenoid track). La presencia de un defecto glenoideo asociado (lesión bipolar), facilita el Hill-Sachs "engaging". El tratamiento de este tipo de lesiones es complejo y controvertido, existiendo diversas opciones como el remplissage, el Latarjet o el uso de aloinjertos.

Mujer 37 años que tras traumatismo por tracción presenta luxación de hombro derecho. A la exploración física se observa deformidad en hombro sin presencia de hematoma con parestesias en región deltoidea.

Tras varios intentos de reducción se consigue congruencia articular pero no se logra mantener la reducción.

El TAC y la RMN indican luxación antero-inferior del húmero derecho con lesión Hill- Sachs severa y lesión Bankart sin presencia de lesiones en manguito rotador.

La EMG indica signos compatibles con una afectación crónica de los nervios axilar y supraescapular derechos, de tipo mixto, de intensidad moderada sin que se objetiven signos de denervación activa y con presencia de signos de reinervación.



Tras observar mejoría progresiva de la clínica neurológica se realiza intervención quirúrgica.

Se practica abordaje deltopectoral observando luxación anteroinferior de la cabeza humeral con presencia de Hill- Sachs de gran tamaño (3 x 3.5 cm).

Se prepara lecho de la lesión y se realiza reconstrucción de la cabeza humeral con aloinjerto y fijación con tres tornillos autoperforantes. Se completa la cirugía con técnica de Latarjet fijada con dos tornillos canulados observando congruencia y estabilidad articular.



Existen técnicas quirúrgicas que buscan aumentar el arco de superficie glenoidea como la técnica de Latarjet o la utilización de aloinjertos descrita por Eden- Hybbinete, que en los últimos años han ganado gran popularidad.

Sin embargo, existen pocas publicaciones acerca de la utilización de aloinjertos para la reconstrucción de defectos masivos de la cabeza humeral. Es una técnica que permite recuperar el arco de superficie humeral aunque presenta complicaciones como la no consolidación, la reabsorción y la revisión por problemas de osteosíntesis.

Esta técnica es una opción para aquellos pacientes jóvenes que presentan lesiones bipolares ( $\geq 25\%$  defecto glena y Hill- Sachs off track) observándose buenos resultados a funcionales. Sin embargo, se necesitan más estudios con mayor tamaño muestral que muestren su evolución a largo plazo.

