

Fractura-luxación de hombro inestable reducción y fijación interna con tope óseo anterior con autoinjerto de cresta iliaca.

Fernando López-Navarro Morillo, Juan Fernando Navarro Blaya, Carlos Navío Serrano, Marc Milian, Jesús García García, Javier Hernández Quinto.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

HCUVA  
Cirugía Ortopédica y  
Traumatología



Introducción y objetivo

Las complicaciones de las luxaciones de húmero se pueden clasificar en ligamentosas (lesión de Bankart, lesión de Perthes) y óseas (lesión de Hill-Sachs, lesión de Bankart óseo). Estas situaciones pueden ocasionar una imposibilidad para la reducción cerrada y frecuentemente generan una inestabilidad glenohumeral crónica, con recidivas frecuentes.

Nuestro objetivo es presentar la técnica quirúrgica empleada en una paciente con fractura-luxación glenohumeral aguda e inestable, que se interviene para realizar reducción y fijación interna con tope óseo anterior (Latarjet) con autoinjerto de cresta iliaca.

Material y métodos

Mujer de 69 años que presenta una fractura-luxación de la cabeza humeral tras un traumatismo directo. Se intenta realizar una reducción cerrada bajo sedación, no consiguiendo la reducción. Se realiza un TC que evidencia fractura con desplazamiento de la cortical de la glena inferomedial que se encuentra en el espacio interarticular junto con esquirlas óseas.

Asocia luxación anterior de la cabeza humeral. Además presenta una fractura de troquiter ipsilateral y una fractura conminuta de apófisis coracoides. De forma programada, se decide realizar reducción abierta y reconstrucción del defecto glenoideo mediante la técnica descrita por Eden-Hybbinette.

Resultados

Mediante un abordaje deltopectoral, encontramos la cabeza humeral luxada hacia anterior, con lesión de Bankart óseo y fractura conminuta de apófisis coronoides asociadas. Reducimos la cabeza humeral, que presenta una inestabilidad franca, sobre todo con la rotación externa. Es importante coloca el campo estéril de manera que podamos abrir una ventana en la zona de la pala iliaca contralateral para poder obtener el injerto.

Se decide colocar un tope óseo anterior con injerto autólogo de cresta iliaca izquierda, ya que no podemos utilizar la apófisis coracoides (Técnica de Latarjet). Para ello, sobre un abordaje directo sobre la pala iliaca izquierda marcamos nuestro injerto con bisturí eléctrico y realizamos la osteotomía de manera manual con escoplo y martillo.

A continuación, tallamos y preparamos el injerto en una mesa auxiliar, además de realizar el brocado para los tornillos de 4.5mm en el injerto, utilizando una guía específica. Colocamos el injerto en la parte anteroinferior de la glena y pasamos dos agujas a través de la guía, para fijar el fragmento. Posteriormente, brocamos y colocamos dos tornillos canulados de rosca parcial.

Se comprueba la estabilidad glenohumeral, que resulta satisfactoria. Tras ello, se realiza plicatura de los tendones subescapular y tendón conjunto con dos arpones en troquín.

Conclusión

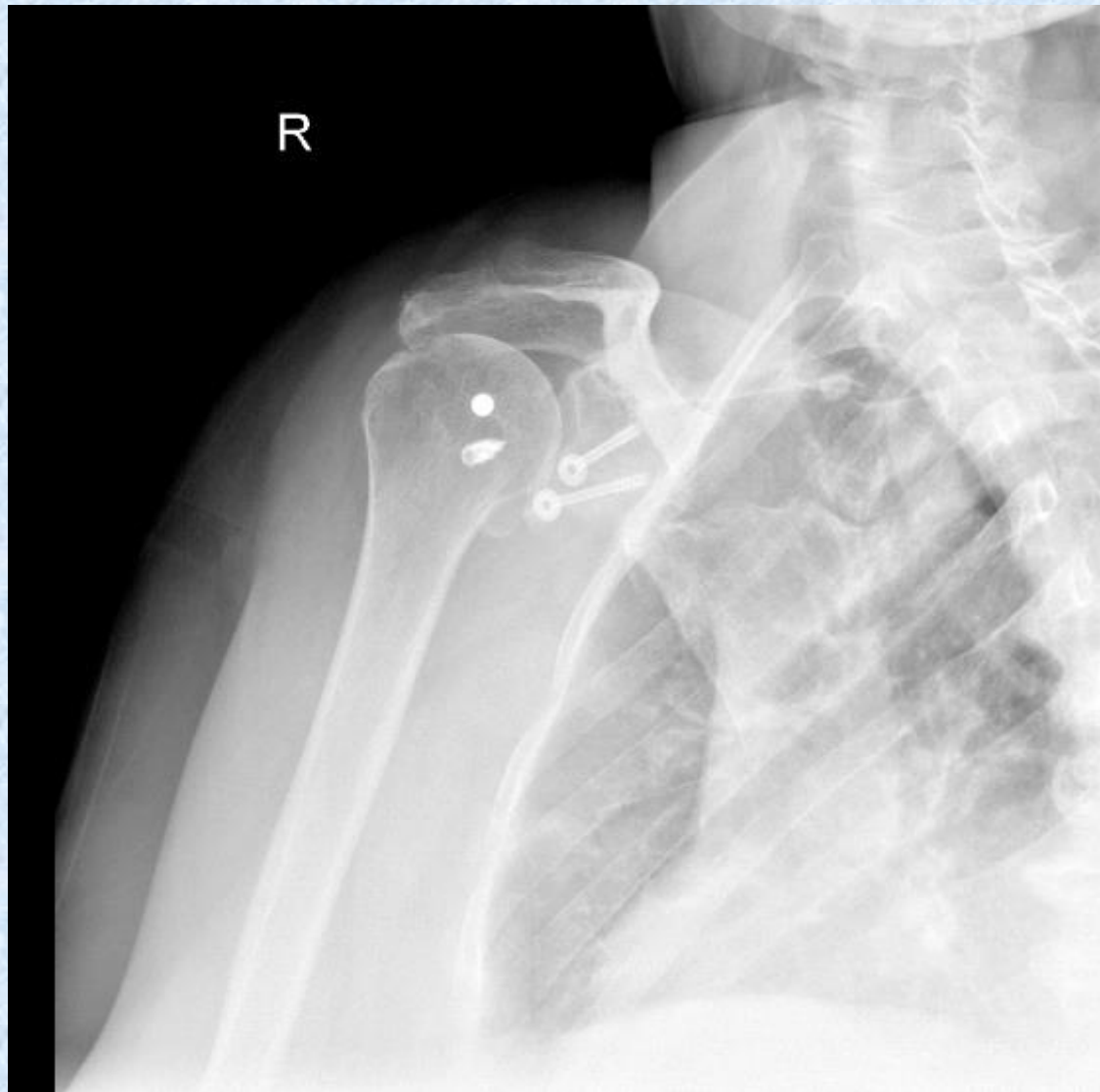
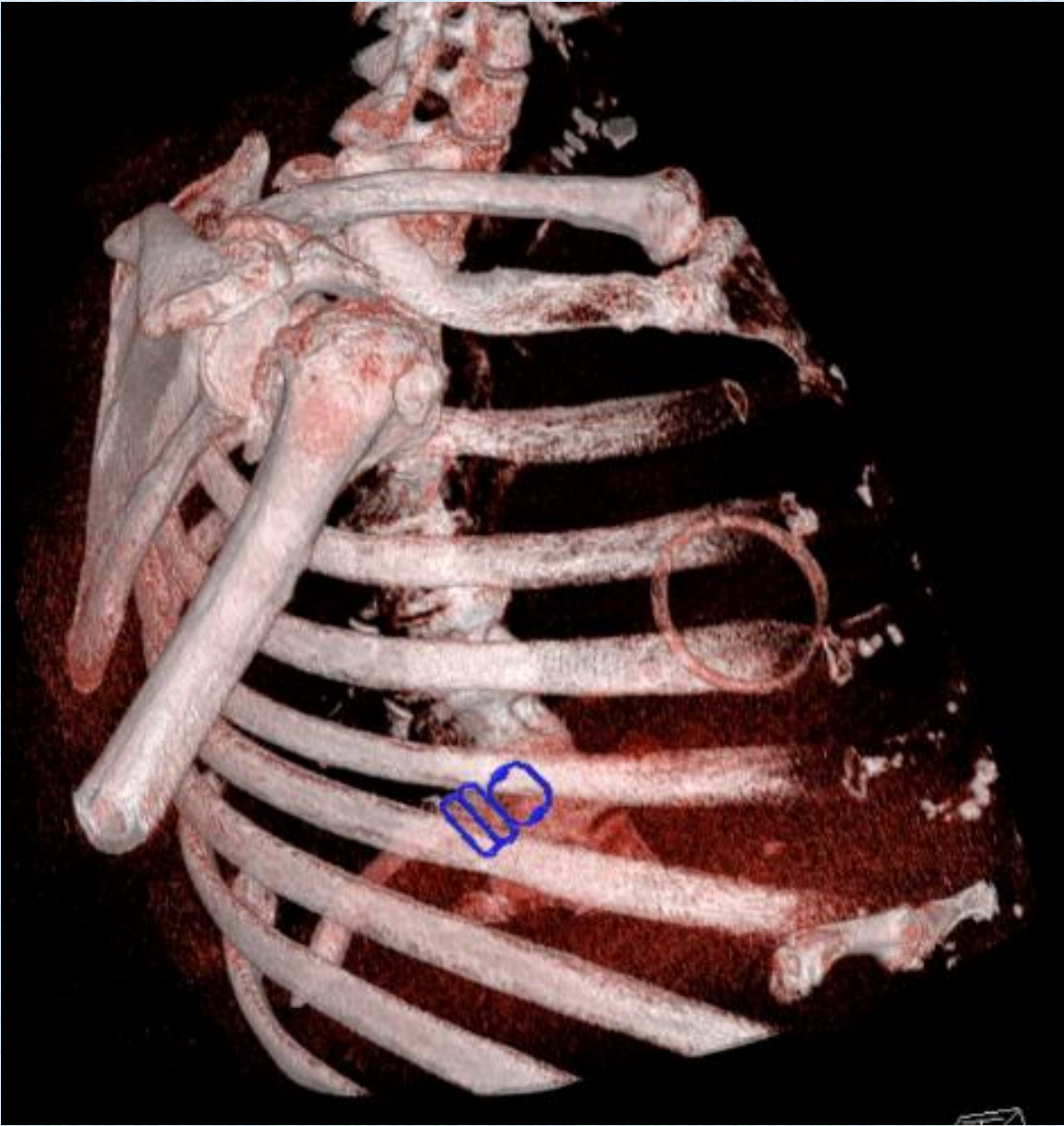
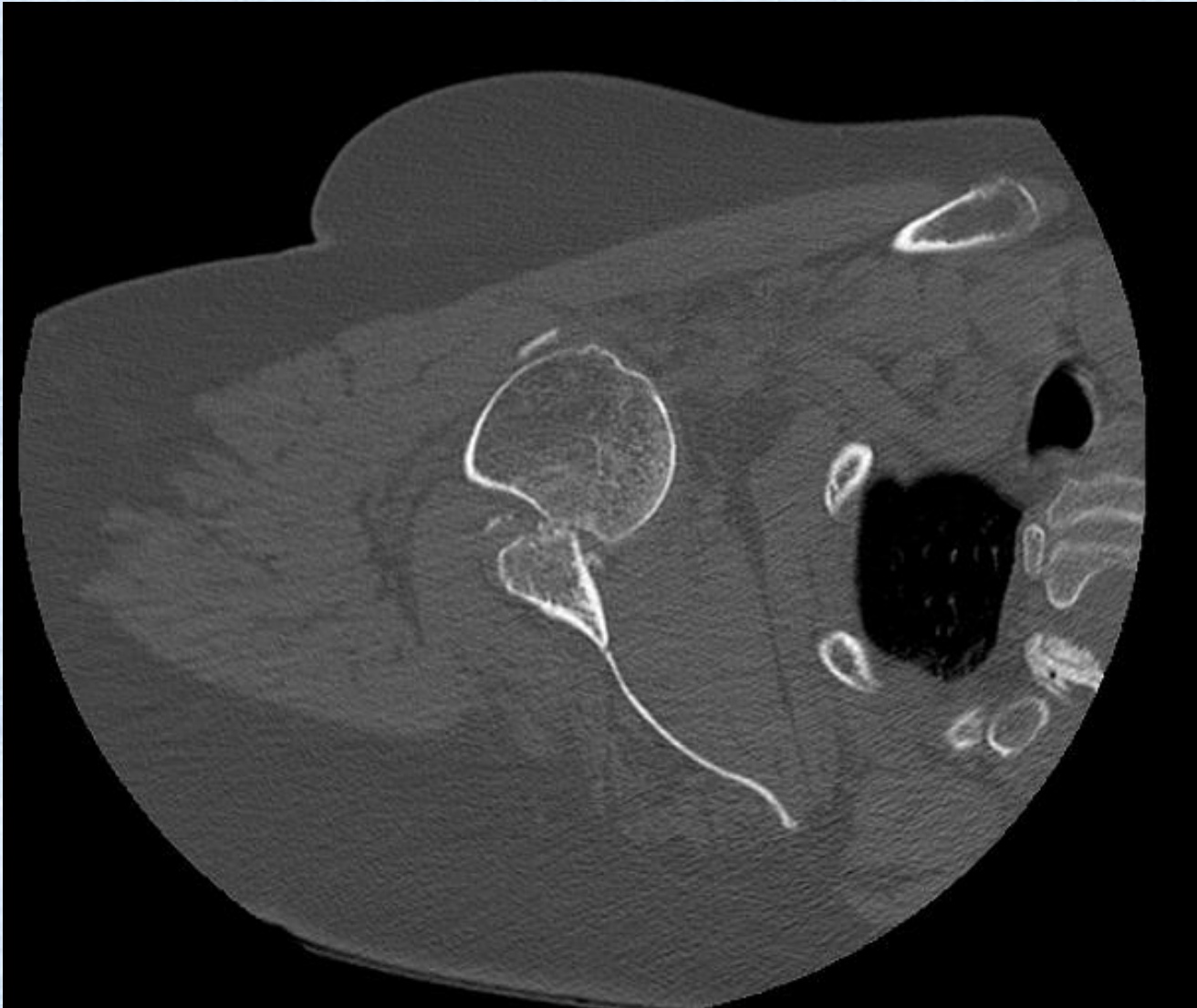
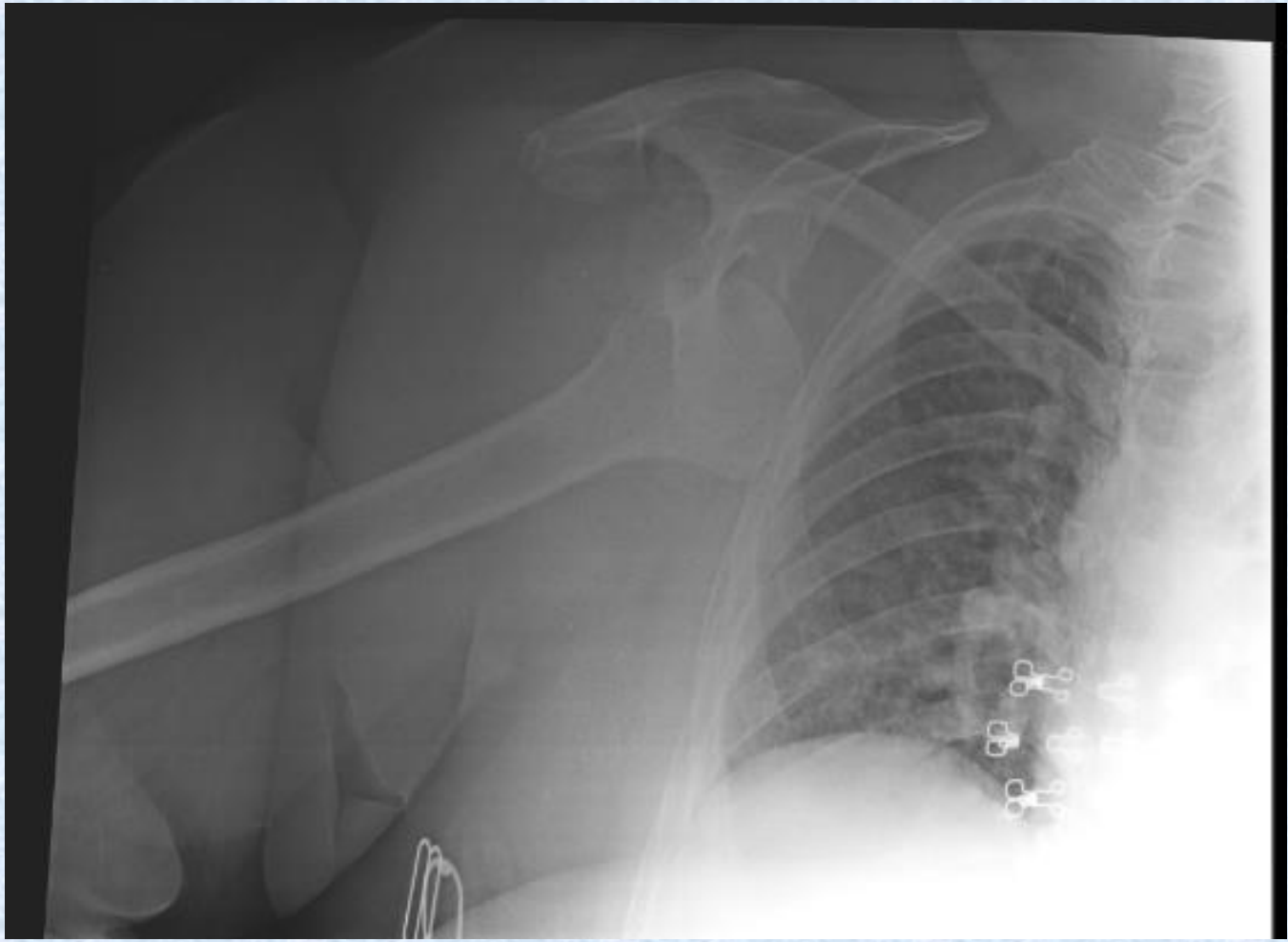
Por tanto, la colocación de un tope óseo anterior en la glena ha demostrado ser una técnica efectiva y reproducible como tratamiento frente a la inestabilidad glenohumeral anterior. Ante situaciones en las que no se pueda utilizar la apófisis coracoides, nosotros recomendamos el autoinjerto de cresta iliaca, previo tallado, por su escasa morbilidad y su compatibilidad con las guías utilizadas para dicha técnica.

Las alternativas a este tipo de tratamiento se basan en utilizar otros tipos de injerto, como pueden ser la apófisis coracoides (total o parcialmente), hueso cortical de tibia o fémur, o injerto de cadáver. Incluso actualmente se realiza de manera artroscópica, aunque resulta técnicamente compleja.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

Iconografía



**Bibliografía:**

1. Streubel PN, Krych AJ, Simone JP, Dahm DL, Sperling JW, Steinmann SP, et al. Anterior glenohumeral instability: a pathology-based surgical treatment strategy. J Am Acad Orthop Surg. mayo de 2014;22(5):283-94.
2. Willemot LB, Elhassan BT, Verborgt O. Bony Reconstruction of the Anterior Glenoid Rim. J Am Acad Orthop Surg. 15 de mayo de 2018;26(10):e207-18.
3. Mia Smucny, MD, and Anthony Miniaci, MD, FRCS. A New Option for Glenoid Reconstruction in Recurrent Anterior Shoulder Instability. Am J Orthop. 2017;46(4):199-202.
4. Fortun CM, Wong I, Burns JP. Arthroscopic Iliac Crest Bone Grafting to the Anterior Glenoid. Arthrosc Tech. agosto de 2016;5(4):e907-12.

