
 Última Edición

 Autoridades

 Reglamento de Publicaciones

 Búsqueda de Artículos

 Ediciones Anteriores

 Calendario Científico

 Videos On-line

 Contactarse

 Sponsors

 Enviar Artículos

 Publicidad

USUARIO

 Perfil

 Newsletter

LOGIN

Hola!, henpereira

Salir

Ediciones Anteriores - Volumen 19 - Número 1

¿Es la Cirugía Artroscópica adecuada para las Revisiones en Inestabilidad de Hombro? Selección de Pacientes y Resultados

Autores: Dr. Guillermo Arce, Dr. Diego Ferro, Dr. Enrique Pereira, Dr. Francisco Arcuri y Dr. Juan Pablo Previgiano

RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente tanto la luxación recidivante de hombro como los casos de recurrencias en hombros ya operados, han sido tratadas con técnicas quirúrgicas abiertas. Con el advenimiento de técnicas de reconstrucción artroscópicas, en un principio, se reportaron tasas de recurrencia más altas que con las técnicas abiertas. Esos trabajos publicados evaluaron pacientes con una gran diversidad de problemas, incluyendo pacientes con déficit óseo y que además continuaron con la práctica de deportes de contacto. Surge el interrogante si esas tasas de recurrencia serían altas también en pacientes sin déficit óseo y que decidieran abandonar la práctica de deportes de colisión.

Objetivo: Determinar la tasa de recurrencia y los resultados funcionales luego de la cirugía de revisión artroscópica para la estabilización del hombro, en pacientes sin déficit óseo considerable y en aquellos que discontinuaron su participación en deportes de contacto.

Material y Métodos: Dieciséis (16) pacientes en los cuales se realizó cirugía de revisión artroscópica, luego de procedimientos primarios fallidos, fueron evaluados en forma retrospectiva. En todos los casos se utilizaron anclajes óseos para la reparación de la lesión labral y ligamentaria. La técnica artroscópica fue seleccionada en pacientes con lesión unilateral traumática y con déficit óseos leves a moderados. La estabilización artroscópica fue contraindicada en pacientes con: 1) Inestabilidad multidireccional, 2) Pérdida ósea de la glenoides mayor al 25%, 3) Lesión de Hill Sachs con compromiso mayor a un tercio de la superficie articular de la cabeza humeral, y 4) Pacientes decididos a retomar deportes de contacto. Con un promedio de seguimiento de 31 meses (rango entre 24-46 meses), se realizó la evaluación clínica comparativa de ambos hombros con el examen físico y varias escalas funcionales validadas (Rowe, UCLA, y Constant & Murley).

Resultados: El promedio del puntaje de las escalas de evaluación aumentó en todos los casos. El de UCLA fue de 22-31, el de Constant & Murley 69-80 y el de Rowe 33-80. Hubo 3 fallas o recidivas entre los 16 pacientes, presentaron luxaciones y un episodio de subluxación el restante. Una de estas fallas fue causada por un nuevo evento traumático y fue resuelto quirúrgicamente con técnica abierta de Latarjet. Los otros 2 pacientes se negaron a un nuevo procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: La cirugía de revisión, por artroscopía de casos fallidos de inestabilidad del hombro mediante anclajes óseos, demostró una baja tasa de recurrencia y una aceptable recuperación de la función en pacientes sin déficit óseos considerables y que no participan en deportes de contacto.

Nivel de Evidencia: Nivel IV.

Diseño de estudio: Terapéutico.

Palabras claves: Hombro, Inestabilidad, Revisión Artroscópica.

ABSTRACT

Introduction: Surgeons have traditionally treated recurrent shoulder dislocation and the revision surgeries for failures by open methods. With the advent of arthroscopic repair techniques some surgeons reported higher recurrence rates than with open methods but some of those reports included patients with a variety of problems, including bone loss and those continuing in contact sports. It is unclear whether recurrence rates would be higher in patients without bone loss and those willing to forego contact sports.

Questions/purposes: We therefore determined recurrence rates and functional scores after arthroscopic revision shoulder stabilization in patients without bone loss and those not subsequently participating in contact sports.

Patients and Methods: We retrospectively reviewed 16 patients who underwent a revision arthroscopic Bankart repair using suture anchors. An arthroscopic approach was selected in patients with a unilateral traumatic injury and mild to moderate bone loss. Arthroscopic stabilization was contraindicated in patients with (1) multidirectional shoulder instability; (2) greater than 25% glenoid bone loss; (3) a Hill Sachs lesion involving more than one-third of the articular surface of the humeral head; and (4) patients electing to continue pursuing contact sports. At follow-up, physical examination of both shoulders was conducted. Several functional scores (Rowe, UCLA, and Constant & Murley) were compiled. The minimum follow-up was 24 months (mean, 31 months; range, 24–46 months). Results The UCLA score (22–31), Constant & Murley score (69–80), and Rowe score (33–80) all improved. Shoulder instability recurred in three of the 16 patients, 2 sustaining dislocations and one a subluxation. One recurrence was the result of new trauma and this patient underwent an open Latarjet procedure; the other two patients refused further surgery.

Conclusions: Revision arthroscopic Bankart repair using suture anchors was associated with a low recurrence rate and restoration of acceptable function in patients without bone loss and not participating in contact sports.

Level of Evidence: Level IV

Study design: Therapeutic.

Key words: Shoulder, Instability, Arthroscopic Revision

INTRODUCCIÓN

La recurrencia en la inestabilidad anterior de hombro luego de la reparación quirúrgica, abierta o artroscópica, continúa ocurriendo en un rango del 5% al 15% de los casos. Generalmente estos fracasos están relacionados con reparaciones realizadas en forma no anatómica, con la presencia de defectos óseos glenoideo o humeral severos o con episodios traumáticos.^{1,2,3,4,5,6,7} Las técnicas abiertas, logrando resultados funcionales aceptables, han sido promovidas como de elección para el tratamiento de los casos de falla de cirugías previas en la inestabilidad anterior de hombro. Varios estudios publicados de estabilización abierta reportaron bajas tasas de recidiva comparados con las técnicas artroscópicas.^{8,9,10,11,12,13} En reportes más recientes, la estabilización artroscópica ha demostrado alcanzar tasas similares a las de la técnica abierta.^{14,15,16,17}

Cuando un cirujano debe realizar la cirugía de revisión de una reparación previa, se enfrenta al dilema de elegir entre una técnica abierta, intentando minimizar la posibilidad de recidiva pero con mayor tasa de trastornos degenerativos a largo plazo, o realizar una técnica artroscópica más anatómica con el objetivo de reducir el daño articular y permitir al paciente recuperar la máxima función posible. Presumimos como hipótesis que la tasa de recurrencia, después de la revisión artroscópica o abierta, podría ser similar en ausencia de defectos óseos glenoideos o humerales y si el paciente desistiera de retomar deportes de contacto. Por lo tanto en esta presentación determinamos y evaluamos:

1. Los hallazgos intra-articulares en cirugías de revisión;
2. La tasa de recurrencia de la inestabilidad, y
3. La función en pacientes sin defectos óseos o mínimos y en aquellos dispuestos a evitar deportes de contacto.

MATERIAL Y MÉTODO

En un periodo de 4 años comprendido entre el 2004 y el 2007, 24 pacientes fueron operados por recidiva de su inestabilidad anterior de hombro después del fracaso de la primera intervención. Dieciséis (n=16) procedimientos fueron realizados con técnica artroscópica y constituyeron el grupo de estudio. La edad media fue de 26.8 ± 7.7 años y el 82,5% fueron varones (Tabla 1). 11 pacientes presentaron inestabilidad anterior de hombro en su miembro dominante y 5 en el no dominante. Ningún paciente se perdió en el seguimiento. Todos los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y de los estudios radiográficos. El seguimiento promedio fue de 30,9 meses (rango 24-46 meses). 12 pacien

tes tuvieron una sola cirugía fallida previa, mientras que los 4 restantes tuvieron dos cirugías previas. De esos veinte procedimientos previos, 14 fueron realizados mediante técnica artroscópica y 6 con técnica abierta. De las técnicas artroscópicas utilizadas en las cirugías anteriores para la reparación del tejido capsulo-labral, 6 fueron reparaciones transglenoideas, 2 reparaciones con grapas y 6 con anclajes óseos. La contracción térmica de la capsula fue un método auxiliar al que se recurrió en cuatro casos de las cirugías primarias. De los procedimientos abiertos, cuatro fueron reparaciones de Bankart y dos plicaturas capsulares inespecíficas. Basados en los hallazgos artroscópicos, consideramos que la causa del fracaso en 12 de los 16 pacientes se debió a una falla en la técnica quirúrgica realizada. En 4 casos un nuevo episodio traumático fue la razón principal en la recidiva.

La técnica artroscópica fue seleccionada en pacientes con lesión unilateral traumática y con defectos óseos pequeños o moderados. La estabilización artroscópica fue contraindicada en pacientes con:

1. inestabilidad multidireccional,
2. pérdida ósea de la glena mayor al 25%,
3. lesión de Hill Sachs con compromiso mayor a un tercio de la superficie articular de la cabeza humeral, y
4. pacientes decididos a retomar deportes de contacto.

La presencia de una lesión de Hill Sachs de enganche por sí sola, no fue considerada una contraindicación absoluta para la utilización de la técnica artroscópica. No obstante, siempre que la luxación y el enganche pudiesen ser reproducidos con el hombro en menos de 45 grados de abducción y menos de 45 grados de rotación externa, el paciente fue seleccionado para técnicas abiertas y excluido de esta presentación. La evaluación preoperatoria del defecto óseo se realizó con radiografías antero-posteriores en el plano de la glenoides, en rotaciones neutra, externa e interna y perfil de escapula. Se realizaron estudios de TAC, con cortes oblicuos, sagitales y coronales, en todos los casos para poder evaluar los defectos óseos del tercio inferior de la glena y de la mitad superior de la cabeza humeral. Los porcentajes de pérdida ósea de la glena y de la cabeza humeral fueron determinados mediante la comparación con cortes similares del hombro contralateral sano. Aun habiendo sido clínicamente indicada la técnica artroscópica, los hallazgos observados tanto en la evaluación bajo anestesia general como en el tiempo diagnóstico de la artroscopía, fueron considerados vitales en la selección de la técnica quirúrgica más apropiada. Al inicio de la artroscopía, el defecto óseo glenoideo fue medido con un gancho milimetrado. La distancia desde el centro de la glena o "bare spot" (zona de apoyo de la cabeza humeral) hasta el borde posterior indemne de la glena, determino la longitud del radio normal de la superficie articular glenoidea. La diferencia entre este radio y la distancia entre este "bare spot" y el margen anterior remanente de la glena determina el tamaño del defecto óseo glenoideo. Comparando el tamaño del defecto óseo con el diámetro estimado (dos veces el radio), se calculó el porcentaje de la pérdida ósea de la glenoides. La presencia de una lesión de Hill Sachs pequeña o moderada no se consideró una contraindicación para la revisión

artroscópica de tejidos blandos. La calidad del tejido fue definida como satisfactoria o pobre, basándonos en el grado de traslación de la cabeza humeral durante el examen bajo anestesia general y en su apariencia al momento de su visualización durante el procedimiento artroscópico. El grado de laxitud de los tejidos fue evaluada al realizar las maniobras de traslación (anterior, posterior, e inferior o sulcus), y es un buen indicador diagnóstico del hombro inestable. Se evaluó a la traslación siguiendo el método de Terry y colaboradores.¹⁸ La traslación fue clasificada en categorías que van desde la ausencia de movimiento (grado 0) hasta la franca luxación (grado IV), basándonos en la posición del centro de la cabeza humeral percibida en relación con el reborde glenoideo. Los pacientes con una traslación grado III (posicionamiento de la cabeza humeral más allá del reborde glenoideo)¹⁸ y con la presencia de una amplia lesión de Hill Sachs vertical, fueron considerados de alto riesgo de fracaso para una técnica artroscópica de tejidos blandos y se los programó para una cirugía abierta.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Caso	Edad	Sexo	Dominante	Deporte ppaL.	Cirugía previa	Follow-up	Aprehensión Test Positivo	ROWE Rating
1	24	F	Si	Tenis	Transglenoidea	29	No	Good
2	27	M	No	Fútbol	Transglenoidea	32	No	Good
3	16	M	Si	Volleyball	Grapas + Abierta	43	Si	Fair; subluxations
4	34	M	Si	No	Anclajes Óseos	25	No	Excellent
5	21	M	No	Fútbol	Anclajes Óseos	31	No	Excellent
6	32	M	Si	Tenis	Anclajes Óseos	24	No	Excellent
7	18	F	No	Fútbol	Transglenoidea	26	No	Excellent
8	32	M	Si	Tenis	Anclajes Óseos	25	No	Excellent
9	35	M	Si	No	Grapas + Abierta	28	No	Excellent
10	27	M	No	Fútbol	Transglenoid + Abierta	37	Si	Fair; dislocations
11	32	M	Si	Golf	Anclajes Óseos	46	No	Excellent
12	17	M	Si	Fútbol	Anclajes Óseos	26	No	Good
13	32	M	Si	Ski	Abierta	36	No	Excellent
14	22	M	No	Fútbol	Transglenoid + Abierta	29	Si	Fair; dislocations
15	18	M	Si	Tenis	Transglenoidea	31	No	Excellent
16	42	F	Si	Tenis	Abierta	27	No	Good

Un solo cirujano (GA) realizó todas las cirugías. En to-dos los casos se utilizó anestesia general y el paciente fue posicionado en decúbito lateral con el brazo suspendido en 60 grados abducción y 30 grados de flexión anterior. Fueron utilizados un portal posterior y dos anteriores. El portal posterior fue localizado lo suficientemente lateral para, poder tener un acceso adecuado al labrum postero-inferior y

lo suficientemente inferior para permitir acceder al receso axilar. La técnica quirúrgica fue adaptada a los hallazgos intraoperatorios. El cuello glenoideo fue cruentado para favorecer la cicatrización (Fig. 1). Los anclajes fueron introducidos a través del portal antero-inferior y posicionados sobre la superficie articular de la glenoides, de forma tal de reproducir el efecto tope o "para-golpe" y restaurar el sellado alrededor de la glena. En todos los casos se realizó una reparación extensa de la lesión de Bankart con una plicatura capsular anterior (Fig. 2). Se utilizaron anclajes con una o dos suturas para fijar el labrum y realizar la plicatura capsular. Un promedio de 4,5 anclajes fueron utilizados por caso. Los anclajes se colocaron en el margen anterior del cartílago desde la hora 1 hasta la hora 6, excepto en casos que se realizó una plicatura capsular postero-inferior en los que un anclaje fue colocado también en hora 7. En siete casos surgieron dificultades en la colocación de los anclajes debido a la presencia de elementos de fijación previamente utilizados. En tres casos se procedió a la remoción del implante previo. El intervalo de los rotadores fue cerrado al final del procedimiento, en todos

los casos utilizando dos puntos verticales de sutura no reabsorbible, introducidos entre los ligamentos gleno-humeral superior y medio. La técnica del cierre del intervalo de los rotadores fue realizada de la siguiente manera: se introdujo una aguja espinal a través del portal antero-inferior penetrando el ligamento glenohumeral medio y la cápsula, justo por encima del tendón del subescapular. A continuación una sutura monofilamento es introducida en la articulación gleno-humeral a través de esa aguja. Posteriormente mediante una pinza penetradora de tejido, a través del portal antero-superior, se realizó la toma o penetración del ligamento gleno-humeral superior y de la cápsula inmediatamente por delante del tendón del supraespinoso. La sutura monofilamento, recuperada con la pinza penetradora, fue retirada a través del portal anterosuperior. La sutura monofilamento es utilizada como pasa-hilos para pasar una sutura no reabsorbible a través de los tejidos capsulares previamente penetrados. Un empujador de nudos es enhebrado en el cabo inferior de la sutura y a través del portal antero-inferior introducido en la articulación, para direccionar la sutura para que sea retirada por el portal antero-superior. Bajo visión artroscópica directa la sutura fue tensada aproximando entre sí al ligamento gleno-humeral superior y coraco-humeral, con el tejido inferior del ligamento gleno-humeral medio, constatando así el grado de cierre del intervalo de los rotadores.

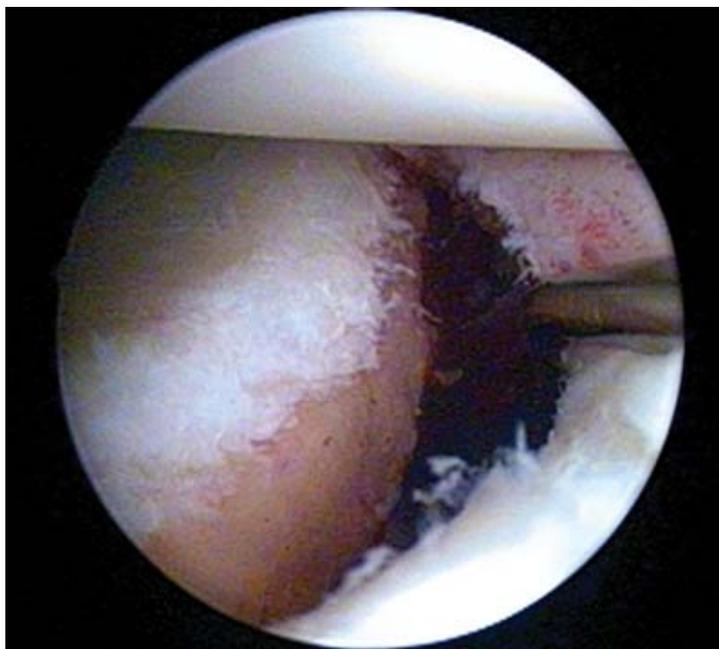


Figura 1: Imagen artroscópica demostrando el extenso debridamiento del cuello de la glenoides para crear escenario favorable a la cicatrización.

Una plicatura capsular postero-inferior se realizó en los casos (n=14) en que la banda posterior del ligamento glenohumeral inferior y el receso capsular inferior se encontraron elongados (Fig. 3). Luego de 4 semanas de inmovilización con un dispositivo de Velpeau, se inició un programa de rehabilitación por etapas. Un plan de terapia física supervisado se centró en el fortalecimiento del deltoides y de los músculos peri-escapulares. Por 4 semanas adicionales se recomendaron ejercicios para mejorar el rango de movimiento evitando durante ese período la rotación externa. A partir de las 8 semanas postoperatorias, se permitió el rango completo de movimiento y luego de cumplidos 6 meses desde la intervención, un gradual retorno al deporte.

Un único evaluador, quien no fue el médico tratante, examinó a todos los pacientes antes de la cirugía y durante las evaluaciones de seguimiento. Ningún paciente falló al seguimiento. Se realizó la evaluación del rango de movilidad y las pruebas de fuerza muscular

manual. El rango de movilidad pasivo fue comparado con el lado sano. Los test de Aprehensión y de Re-Locación fueron evaluados en todos

los pacientes. La traslación inferior fue evaluada como signo de laxitud capsular por medio del signo del Sulcus. Mediante el uso de un goniómetro se midió la rotación externa con el codo junto al cuerpo. Todos los pacientes fueron sometidos a evaluación clínica por medio de tres scores validados (UCLA,¹⁹ Constant & Murley²⁰ y Rowe¹⁹). El dolor fue evaluado con los scores de UCLA y de Constant & Murley. La definición de "hombro doloroso" fue aplicada cuando los pacientes presentaron menos de 6 puntos con el UCLA y menos de 10 puntos con la escala de dolor del Constant. Se registró también si hubo regreso al deporte, el intervalo de tiempo hasta ese regreso y el nivel de competencia retomado. Los resultados se reportan como valores medios y como el desvío estándar de la media. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre las respuestas del paciente para todos los scores durante los períodos preoperatorio y postoperatorio.

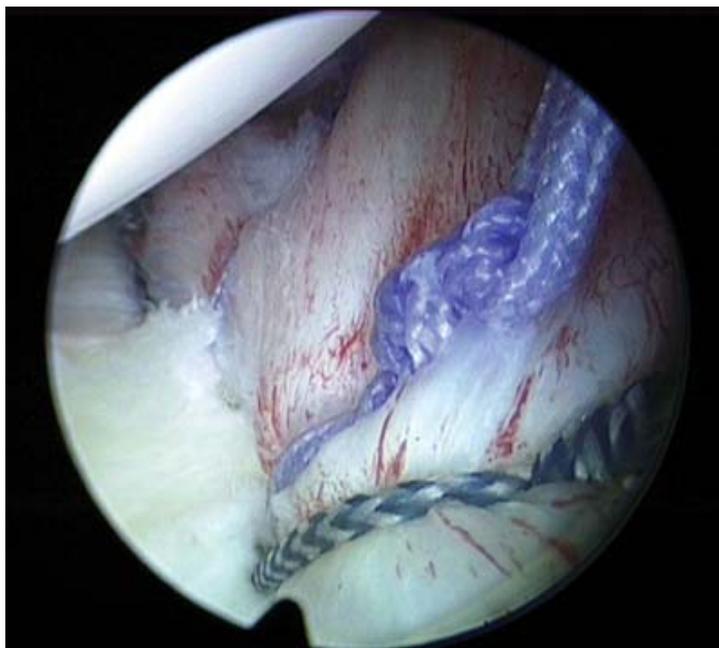


Figura 2: Imagen artroscópica de reparación de Bankart extendida con plicatura capsular a través de anclajes de doble sutura.

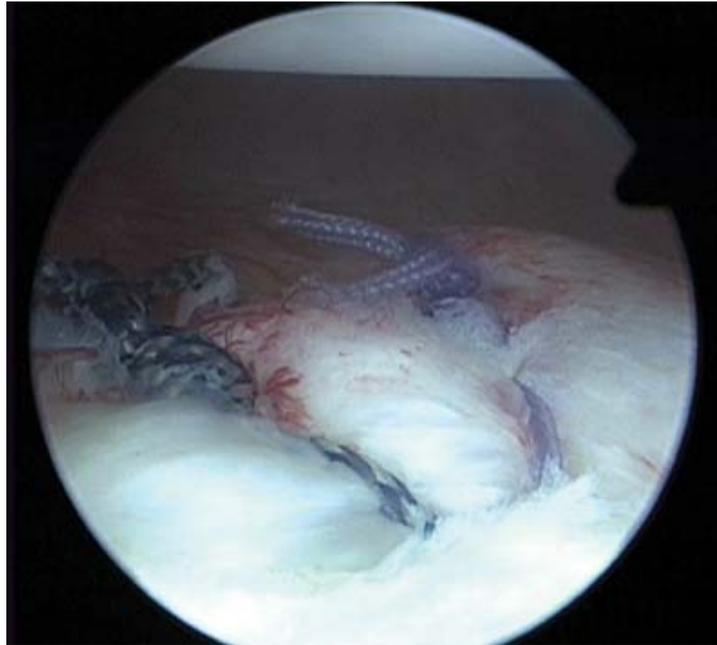


Figura 3: Imagen artroscópica demostrando la plicatura capsular postero-inferior para balancear la distensión de la banda posterior del ligamento gleno-humeral inferior.

RESULTADOS

Hubo 3 fallas o recidivas de la inestabilidad entre los 16 pacientes, 2 presentaron luxación anterior y el restante un episodio de subluxación. Uno de los casos de luxación fue causado por un nuevo evento traumático y posteriormente fue resuelto mediante técnica abierta de Latarjet. Los otros dos pacientes con inestabilidad recurrente presentaron síntomas entre los 12 y 18 meses después de la cirugía de revisión. Ambos optaron por no repetir un tratamiento quirúrgico. Los 3 pacientes presentaron dolor antes de la cirugía de revisión, pero sólo 1 tuvo dolor persistente después del procedimiento. Ocho (8) pacientes regresaron a la competencia deportiva completa después de la cirugía de revisión, mientras que 6 pacientes modificaron su participación en el deporte a un nivel de intensidad más bajo. Dos (2) pacientes abandonaron la actividad deportiva.

Se observó mejoría en la puntuación en los scores de UCLA (22 a 31, $p < 0,001$), de Constant y Murley (69 a 80, $p < 0,001$), y de Rowe (33 a 80, $p < 0,001$) (Fig. 4). De acuerdo con la escala de Rowe, el 81% de los pacientes alcanzaron resultados buenos o excelentes. Las mediciones de la rotación externa con el codo junto al cuerpo arrojaron una media de 45 grados (rango entre 15 grados y 75 grados), mientras que la media de la rotación externa en 90 grados de abducción fue de 80 grados (rango entre 65 grados y 100 grados) (Tabla 2). La pérdida de la rotación externa en comparación con la del lado sano fue en promedio de 15 grados (rango entre 0 y 35 grados). Solo dos pacientes presentaron una restricción mayor a 30 grados de la rotación externa en abducción. La media de la flexión anterior fue de 160 grados (rango entre 135 grados y 180 grados) y la de la rotación interna a nivel de T9 (rango entre L1 y T5). El signo de aprehensión positivo fue hallado en tres pacientes. Según el cuestionario de la escala de UCLA el 25% de los pacientes presentaron dolor leve o moderado.

TABLA 2: RANGO DE MOVILIDAD AL MOMENTO DEL SEGUIMIENTO.

Flexión Anterior*	160 (rango 135-180)
Abducción *	85 (rango 70 –100).
Rotación Externa en 0° de abducción *	45 (rango 15-75)
Pérdida de Rotación Externa contra el lado opuesto *	15 (rango 0-35)
Rotación Externa en 90° abducción *	80 (rango 65-100)
Rotación Interna en 90° abducción	T9 (rango L1-T5)

DISCUSIÓN

En el tratamiento quirúrgico de la inestabilidad anterior del hombro, las técnicas artroscópicas de reparación han permitido evitar la morbilidad de las técnicas abiertas, pero algunos trabajos han reportado una tasa de recurrencia mayor con estas nuevas técnicas comparadas con las anteriores abiertas. Pero al analizar esos reportes, estos incluyen en sus casos pacientes que presentaron defectos óseos de consideración y pacientes que continuaron practicando deportes de contacto o colisión. Ante la controversia de si esas tasas de recurrencia serían altas también en pacientes sin déficit óseo y en pacientes que decidieran abandonar la práctica de deportes de contacto; evaluamos a un grupo de pacientes seleccionados para revisión de inestabilidad de hombro con técnica de reparación artroscópica, que no presentaban pérdida ósea severa y que decidieron discontinuar los deportes de contacto. Establecimos la tasa de recurrencia y los resultados funcionales mediante scores validados.

Nuestro trabajo presenta ciertas limitaciones. Primeramente es un estudio de observación en un grupo pequeño de 16 pacientes. Pese a ser un procedimiento bastante reciente y con limitadas indicaciones, determinamos un seguimiento mínimo de 2 años. En segundo lugar no hubo un grupo control con pacientes con similares indicaciones y contraindicaciones, tratados con otras técnicas, como ser la abierta. En tercer lugar, al ser un número pequeño de pacientes, no se identificó ningún factor pre o postoperatorio que pudiera predecir un resultado malo. Sin embargo, to-dos los pacientes en los que la cirugía artroscópica de revisión falló, coincidían en haber sufrido dos cirugías previas y esto pudo haber incidido en la calidad de los tejidos a reparar y el estado del hueso para la colocación de anclajes. Estos factores potencialmente influirían en aumentar la complejidad de esos casos.

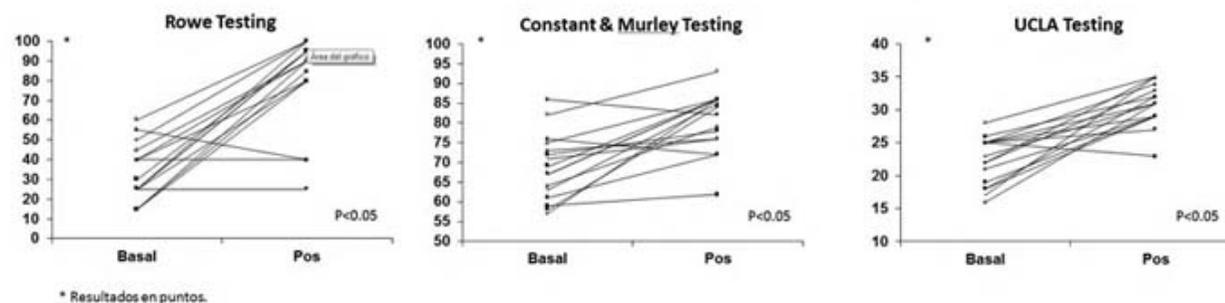


Figura 4: Esta figura demuestra la mejoría clínica de la función del hombro en el momento del seguimiento a través de tres escalas validadas.

Nuestros hallazgos con la revisión artroscópica, en pacientes con la selección aquí detallada, demostraron una tasa de recidiva de 3 en

16 casos. La función del hombro y las escalas de calidad de vida aumentaron en todos los casos a pesar que el dolor persistió en 4 pacientes. Parecería lógico advertir a los pacientes sobre la probabilidad de dolor persistente en el postoperatorio de la cirugía de revisión. Los hallazgos artroscópicos demostraron que en 12 de los 16 casos, errores en la técnica quirúrgica pudieron influenciar en la falla. Por lo tanto pensamos que una adecuada selección de los pacientes y una técnica quirúrgica meticulosa son fundamentales para el éxito del procedimiento.

Nuestros hallazgos son comparables con los reportes previos (Tabla 3). Kim y Ha²¹ evaluaron prospectivamente a 23 pacientes con cirugía de revisión artroscópica con anclajes óseos. Cinco (22%) presentaron recurrencia y esto se vio directamente ligado al retorno a los deportes de contacto. Neri y colaboradores²² reportaron una tasa de recurrencia de 27% (tres de 11) a los 34 meses, utilizando una técnica de reparación capsulo-labral con anclajes. En la mayoría de los casos se agregó el cierre del intervalo de los rotadores. Otro estudio reportó los resultados de 18 pacientes a los que se les realizó una revisión artroscópica de estabilización. A los 30 meses la reparación falló en 5 casos (28%), 2 continuaron con dolor y 3 presentaron inestabilidad recurrente.^{23,24} Boileau y colaboradores²⁶ publicaron un 85% de buenos y excelentes resultados en 22 casos de revisión artroscópica evaluados con el score de Walch-Duplay.²⁷ Uno de los pacientes (5%) presentó subluxaciones como recurrencia y cinco (22%) presentaron persistencia de la aprehensión. Patel y colaboradores²⁸ reportaron los resultados de 40 pacientes con un seguimiento promedio de 36 meses luego de una revisión artroscópica. Solo cuatro pacientes (10%) presentaron recurrencia de la inestabilidad anterior. En un trabajo retrospectivo, Barnes y col.²⁹ demostraron también una baja tasa de recurrencia, 6% (uno de 16 casos) con 38 meses de seguimiento. Un reciente estudio comparó la estabilización artroscópica primaria de hombro con la revisión artroscópica (n=20). No hubo recurrencia en ninguno de los grupos, pero entre las revisiones hubo peores resultados funcionales (Scores de Walch-Duplay, Rowe y Western Ontario Shoulder Instability Index) .³⁰

Varias investigaciones han demostrado que los errores de diagnóstico (no reconocer de pérdida ósea glenoidea,³¹ las lesiones de Hill Sachs,³¹ la hiperlaxitud constitucional, la mala calidad de tejidos o las lesiones asociadas) y los errores en la técnica quirúrgica (una reparación no anatómica resultado de una localización inadecuada de los anclajes óseos o resultado de un tensado capsular inadecuado) ocurren frecuentemente en pacientes con inestabilidad recurrente,^{3,22,24,28,31} Otra causa de falla sería el incumplimiento por parte del paciente del plan postoperatorio.

En consecuencia, con el objetivo de minimizar la inestabilidad recurrente luego de las cirugías de revisión de casos primarios fallidos, nos hemos focalizado en dos conceptos básicos: 1- adecuada selección del paciente y 2- técnica quirúrgica óptima. En nuestro trabajo se implementó un estricto criterio de inclusión, seleccionando en forma cuidadosa pacientes con pérdida ósea leve o moderada, sin hiperlaxitud, con un serio compromiso de cumplir el protocolo de rehabilitación posoperatoria y de no regresar a deportes de contacto. Las fracturas o pseudoartrosis de pequeños fragmentos óseos del borde anterior glenoideo son frecuentemente halladas durante las revisiones. Sugaya y colaboradores^{32,33} demostraron que la inclusión de los fragmentos óseos residuales, al momento de la reparación, mejora los resultados a largo plazo. En nuestros pacientes siempre incluimos los restos óseos remanentes.

TABLA 3: RESUMEN DE RESULTADOS PUBLICADOS DE REVISIONES ARTROSCÓPICAS DE INESTABILIDAD.

Estudio	Casos	F-U Meses	FU UCLA Promedio	FU ROWE Promedio	FU VAS Promedio	Aprehensión (%)	Recurrencia (%)
Barnes et al (2009) ²⁹	16	38	NA	83.5	NA	NA	6
Boileau et al (2009) ³⁶	22	43	29.5	81	1.1	11	5
Franceschi et al (2008) ¹⁶	10	68	31.7	NA	NA	NA	10
Kim et al (2002) ²¹	23	36	33.2	91.2	0.8	8.7	21.7
Millar et al (2008) ¹⁷	10	37	31	93	1.2	10	30
Neri et al (2007) ²²	11	34	No	74.5	NA	9	27
Patel et al (2008) ²⁸	40	34	NA	NA	NA	NA	10
Creighton et al (2007) ²⁵	18	29	NA	91	2	NA	17

La revisión artroscópica de Bankart con técnica de reparación con anclajes óseos, aunque sea una tarea demandante, puede resultar en una tasa de recurrencia baja y en un resultado funcional confiable en pacientes seleccionados en forma cuidadosa. A pesar de esto, 4 de nuestros 16 pacientes presentaron dolor residual. Los datos proporcionados en este estudio, permitirían a los cirujanos ortopédicos aconsejar mejor a aquellos pacientes con cirugía previa fallida, que no presentan defectos óseos y que decidan discontinuar los deportes de contacto sobre la probabilidad de recurrencia de inestabilidad, sobre la función y sobre el dolor ante una cirugía de revisión artroscópica.

BIBLIOGRAFÍA

- Boileau P, Villalba M, Hery JY, Balg F, Ahrens P, Neyton L. Risk factors for recurrence of shoulder instability after arthroscopic Bankart repair. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88: 1755–1763.
- Fabbriciani C, Milano G, Demontis A, Fadda S, Ziranu F, Mulas PD. Arthroscopic versus open treatment of Bankart lesion of the shoulder: a prospective randomized study. *Arthroscopy.* 2004; 20: 456–462.
- Garofalo R, Mocchi A, Moretti B, Callari E, Di Giacomo G, Theumann N, Cikes A, Mouhsine E. Arthroscopic treatment of anterior shoulder instability using knotless suture anchors. *Arthroscopy.* 2005;21:1283–1289.
- Kim SH, Ha KI, Cho YB, Ryu BD, Oh I. Arthroscopic anterior stabilization of the shoulder: two to six-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 2003; 85:1511–1518.
- Levine WN, Arroyo JS, Pollock RG, Flatow EL, Bigliani LU. Open revision stabilization surgery for recurrent anterior glenohumeral instability. *Am J Sports Med.* 2000; 28:156–160.
- Meehan RE, Petersen SA. Results and factors affecting outcome of revision surgery for shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005; 14:31–37.
- Rowe CR, Zarins B, Ciuillo JV. Recurrent anterior dislocation of the shoulder after surgical repair. Apparent causes of failure and treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 1984;66:159–168.
- Bz NS, Yi JW, Lee BG, Rhee YG. Revision open Bankart surgery after arthroscopic repair for traumatic anterior shoulder instability. *Am J Sports Med.* 2009;37:2158–2164.
- Cole BJ, L'Insalata J, Irrgang J, Warner JJ. Comparison of arthroscopic and open anterior shoulder stabilization. A two to six-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 2000;82: 1108–1114.
- Fehring EV, Buck DC, Puumala SE, Clare DJ, Clare PE. Open anterior repair without routine capsulorrhaphy for traumatic anterior shoulder instability in a community setting. *Orthopedics.* 2008;31:365.
- Lai D, Ma HL, Hung SC, Chen TH, Wu JJ. Open Bankart repair with suture anchors for traumatic recurrent anterior shoulder instability: comparison of results between small and large Bankart lesions. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2006; 14: 82–87.
- Tauber M, Resch H, Forstner R, Raffl M, Schauer J. Reasons for failure after surgical repair of anterior shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg.* 2004; 13:279–285.
- Zabinski SJ, Callaway GH, Cohen S, Warren RF. Revision shoulder stabilization: 2- to 10-year results. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999; 8: 58–65.
- Bottoni CR, Smith EL, Berkowitz MJ, Towle RB, Moore JH. Arthroscopic versus open shoulder stabilization for recurrent anterior instability: a

- prospective randomized clinical trial. *Am J Sports Med.* 2006; 34:1730–1737.
15. Franceschi F, Longo UG, Ruzzini L, Rizzello G, Maffulli N, Denaro V. Arthroscopic salvage of failed arthroscopic Bankart repair: a prospective study with a minimum follow-up of 4 years. *Am J Sports Med.* 2008;36:1330–1336.
 16. Freedman KB, Smith AP, Romeo AA, Cole BJ, Bach BR Jr. Open Bankart repair versus arthroscopic repair with transglenoid sutures or bio-absorbable tacks for recurrent anterior instability of the shoulder: ameta-analysis. *Am J Sports Med.* 2004;32:1520–1527.
 17. Millar NL, Murrell GA. The effectiveness of arthroscopic stabilization for failed open shoulder instability surgery. *J Bone Joint Surg Br.* 2008; 90: 745–750.
 18. Terry GC, Friedman SJ, Uhl TL. Arthroscopically treated tears of the glenoid labrum. Factors influencing outcome. *Am J Sports Med.* 1994; 22:504–512.
 19. Kirkley A, Griffin S, Dainty K. Scoring systems for the functional assessment of the shoulder. *Arthroscopy.* 2003; 19:1109–1120.
 20. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop Relat Res.* 1987; 214:160–164.
 21. Kim SH, Ha KI. Bankart repair in traumatic anterior shoulder instability: open versus arthroscopic technique. *Arthroscopy.* 2002; 18:755–763.
 22. Neri BR, Tuckman DV, Bravman JT, Yim D, Sahajpal DT, Rokito AS. Arthroscopic revision of Bankart repair. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007; 16:419–424.
 23. Bz NS, Hwang JC, Rhee YG. Arthroscopic stabilization in anterior shoulder instability: collision athletes versus non-collision athletes. *Arthroscopy.* 2006; 22:947–953.
 24. Mazzocca AD, Brown FM Jr, Carreira DS, Hayden J, Romeo AA. Arthroscopic anterior shoulder stabilization of collision and contact athletes. *Am J Sports Med.* 2005; 33:52–60.
 25. Creighton RA, Romeo AA, Brown FM Jr, Hayden JK, Verma NN. Revision arthroscopic shoulder instability repair. *Arthroscopy.* 2007; 23:703–709.
 26. Boileau P, Richou J, Lisai A, Chuinard C, Bicknell RT. The role of arthroscopy in revision of failed open anterior stabilization of the shoulder. *Arthroscopy.* 2009;25:1075–1084.
 27. Edouard P, Beguin L, Fayolle-Minon I, Degache F, Farizon F, Calmels P. Relationship between strength and functional indexes (Rowe and Walch-Duplay scores) after shoulder surgical stabilization by the Latarjet technique. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010;53:499–510.
 28. Patel RV, Apostle K, Leith JM, Regan WD. Revision arthroscopic capsulolabral reconstruction for recurrent instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br.* 2008; 90:1462–1467.
 29. Barnes CJ, Getelman MH, Snyder SJ. Results of arthroscopic revision anterior shoulder reconstruction. *Am J Sports Med.* 2009; 37:715–719.
 30. Krueger D, Kraus N, Pauly S, Chen J, Scheibel M. Subjective and objective outcome after revision arthroscopic stabilization for recurrent anterior instability versus initial shoulder stabilization. *Am J Sports Med.* 2011;39:71–77.
 31. Burkhart 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.
 32. Sugaya H, Moriishi J, Kanisawa I, Tsuchiya A. Arthroscopic osseous Bankart repair for chronic recurrent traumatic anterior gleno-humeral instability. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:1752–1760.
 33. Sugaya H, Moriishi J, Kanisawa I, Tsuchiya A. Arthroscopic osseous Bankart repair for chronic recurrent traumatic anterior glenohumeral instability. Surgical technique. *J Bone Joint Surg Am.* 2006; 88 (Suppl 1):159–169.

< Prev

Próximo >

Escribir un comentario Sitio web

Restan: 1000 simbolos

Suscribirse a la notificación de nuevos comentarios

Enviar

JComments

[Ultima Edición](#) [Autoridades](#) [Reglamento de Publicaciones](#) [Búsqueda de Artículos](#) [Ediciones Anteriores](#) [Calendario Científico](#) [Videos On-line](#) [Contactarse](#) [Sponsors](#) [Enviar Articulos](#) [Publicidad](#)

Powered by vision producciones