

HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Combinación de las técnicas de Bankart y Putti-Platt en la luxación recidivante de hombro

Revisión de diez casos a largo plazo

G. GARCES, J. F. JIMENEZ, M. A. SANCHEZ, M.ª E. GARCIA y F. NAVARRETE

RESUMEN

Hemos podido controlar diez pacientes intervenidos en nuestro Servicio por luxación recidivante de hombro mediante la combinación de la técnica de Bankart y Putti-Platt. En ningún caso ha habido relajación y los resultados funcionales han sido muy aceptables (únicamente cierta limitación a la rotación externa en menos del 50 por 100 de los casos).

Hacemos una revisión bibliográfica sobre las distintas teorías etiopatogénicas encontrando que no puede hablarse de un sólo factor causal. Hemos hallado en el 50 por 100 de nuestros pacientes laxitud ligamentosa a otros niveles (tobillos, muñecas, codos, rodillas) y creemos que éste puede ser el dustrato base en algunos individuos.

Descriptores: Luxación recidivante de hombro.

SUMMARY

Ten cases of recurrent dislocation of the shoulder operated with the Bankart and Putti-Platt combined techniques are reported. The functional results were very good in all cases. 50% showed some limitation of the external rotation.

To the authors' opinion there is more than one cause for this disorder; however, 50% showed laxity in someother joints (ankles, wrists, elbows, kness), it might be considered a basic factor.

Key words: Recurrent dislocation of the shoulder. Shoulder recurrent dislocation.

Introducción

La luxación recidivante de hombro es una entidad nosológica conocida desde muy antiguo pues ya Aristóteles hablaba de ella y Dupuytren describe un caso de cien luxaciones en el mismo hombro.

Dejando a un lado las luxaciones posteriores, sumamente raras, nos centraremos en las anteriores y de éstas en aquellas secundarias a un traumatismo previo con producción de una luxación anterior aguda.

Frecuencia

Las recidivas tras luxación aguda oscilan para ROWE (16) y McLAUGHLIN (9) entre el 35 por 100 y el 45 por 100 disminuyendo ésta cuanto más edad tenía el individuo al producirse la primera luxación. Las revisiones consultadas (8, 9, 16, 20) señalan que un 85 por 100 se producen entre los veinte y los cuarenta años siendo la proporción de cuatro a uno favorable a los varones. Es de destacar la extraordinaria frecuencia en epilépticos (5, 14).

Anatomía patológica y etiopatogenia

Infinidad de teorías se han dado para explicar la causa de este problema sin que ninguna haya tenido aceptación sobre las demás. Como más importantes destacan:

- a) Desprendimiento del rodete glenoido o de la parte anterior de la cápsula, lesión de Bankart, que se observa en más del 60 por 100 de los casos (1, 8, 10, 21) y que aunque indudablemente juega un papel importante no es el único factor, pues estudios realizados en cadáveres demostraron la existencia de esta lesión en individuos que jamás habían tenido luxación recidivante de hombro (3, 6).
- b) Muesca posterolateral en la cabeza humeral, lesión de HILL y SACHS (7), producida por compresión sobre el reborde glenoido y cuya frecuencia varía según los autores (2, 7, 15, 21).
- c) Laxitud de los ligamentos glenohumerales y parte anterior de la cápsula, tesis defendida por McLAUGHLIN (10) y MOSELEY (11, 12) y que ha sido refutada por estudios en cadáveres que demuestran la gran variabilidad del llamado soporte capsular anterior, incluso con ausencia congénita de los ligamentos glenohumerales medio e inferior, sin que se hubiese presentado el problema en esos individuos (6).
- d) Laxitud o lesión del subescapular, lesión descrita por DE PALMA (3, 4) y MOSELEY (11) y que tampoco es totalmente convincente por cuanto la mayoría de las luxaciones recidivantes ocurren con el subescapular relajado (6).
- e) Tiempo de inmovilización después de luxación aguda, demostrado por ROWE (14, 18) que cuando es de tres semanas con vendaje de Velpeau la frecuencia disminuye al 10-15 por 100 y que ésta no mejora por más tiempo que se mantenga inmovilizada la articulación. McLAUGHLIN y CAVALLARO (9) sin embargo encuentran que no existe re-

lación alguna entre el tiempo de inmovilización y la frecuencia de aparición de la luxación recidivante.

f) Intensidad del traumatismo inicial, encontrando ROWE (14, 18) un 86 por 100 de recidivas cuando fue un trauma menor, frente a una gran disminución cuando éste era de gran intensidad. La explicación dada es que el tejido cicatricial en este último caso actuaría como factor estabilizador de la articulación.

g) Excesiva anteversión de la glenoides y retroversión de la cabeza humeral, deformidades descritas por SAHA (19) y que intentaron corregirse mediante osteotomías en ambos huesos, técnica que ha sido abandonada por ser demasiado cruenta (6).

h) Fracturas parcelares de la glenoides, cuya frecuencia varía enormemente según los autores (15, 21). Se acompaña a veces de la presencia de cuerpos libres intraarticulares.

Como puede comprobarse no se puede hablar de un único factor responsable de la aparición de esta entidad.

Tratamiento

El tratamiento de este cuadro es otro punto sujeto a interminable discusión pues se han descrito más de 300 técnicas quirúrgicas correctoras si bien es verdad que tan sólo seis (18) han resistido el paso del tiempo. Las últimas publicaciones aparecidas (13, 18) señalan a la técnica de Bankart como la más aceptada si bien la juzgan una técnica dificultosa y necesitada de material especial.

Material y métodos

Desde 1971 a 1980 se han intervenido en nuestro Servicio 11 enfermos con luxación recidivante de hombro secundaria a lu-

xación aguda traumática y hemos podido controlar 10 de ellos.

La edad de estos enfermos osciló entre 21 y 64 años con una media de 35 años. La distribución por sexos fue de 8 varones y 2 hembras y en cuanto a su actividad, 8 eran trabajadores manuales (incluyendo 2 amas de casa) y 2 intelectuales. Cinco de estos enfermos (50 por 100) presentaban laxitud ligamentosa a otros niveles (tobillos, codos, muñecas y rodilla).

En cuanto a los hallazgos anatomopatológicos 10 presentaban lesión de Bankart y siete de ellos receso capsular anterior. En todos los casos se realizó la técnica de Bankart y después de suturado el receso y cápsula desprendidos al borde glenoideo se añadió la plicatura de la cápsula y subescapular según técnica de Putti-Plat. (No insistimos en la descripción de las técnicas quirúrgicas por ser sobradamente conocidas).

El tiempo de estancia hospitalaria osciló entre 4 y 19 días (media = 4'12 días). A todos se les inmovilizó tras la operación con un vendaje de Velpeau durante un tiempo que osciló entre 3 y 6 semanas (media = 3'7 semanas). Nueve de estos pacientes hicieron rehabilitación entre 1'5 y 7 meses (media = 3'15 meses).

Resultados

El tiempo transcurrido desde la operación hasta la fecha del control fue de más de seis años en 6 casos; entre uno y seis años en 3 casos y menos de un año en 1 caso. Todos se reincorporaron a su trabajo anterior y tres de ellos realizan actividad deportiva en la actualidad. No ha habido reluxación en ningún caso.

Los resultados funcionales obtenidos fueron:

Abducción: Completa en 7 casos.

10° de limitación en 3 casos.

Adducción: Completa en todos los casos.

Anteversión: Completa en 7 casos.

10° de limitación en 3 casos.

Retroversión: Completa en 9 casos.

30° de limitación en 1 caso.

Rotación interna: Completa en todos los casos.

Rotación externa: Completa en 5 casos.

Menos de 25° de limitación en 2 casos.

Entre 25 y 50° en 2 casos.

Limitación de 60° en 1 caso.

Discusión

La etiopatogenia de la luxación recidivante de hombro es un tema polémico sobre el que aún no existe un acuerdo unánime. A los muchos factores ya descritos nosotros queremos añadir la laxitud ligamentosa generalizada (que hemos hallado en el 50 por 100 de nuestros pacientes) y que actuaría como factor predisponente de modo que tras luxación aguda, la cicatrización sobre estos tejidos dificultaría la estabilidad de la articulación que inicialmente ya estaba relativamente comprometida.

El tratamiento quirúrgico está igualmente sujeto a gran discusión pues la mayoría de los autores publican resultados satisfactorios con las técnicas por ellos utilizadas. Nosotros creemos que la asociación de la técnica de Bankart y Putti-Plat es una combinación perfecta por ir destinada a la corrección de los defectos anatomopatológicos subsidiarios de ello y proporciona una estabilidad adicional con una limitación de la movilidad en todos los ejes prácticamente nula (tan sólo discreta afectación de la rotación externa).

BIBLIOGRAFIA

1. BANKART, A. (1938): The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint. *Brit. J. Surg.*, 26, 23-29.
2. BRAV, E. (1960): Dix ans d'expérience par le procédé de Putti-Plat dans la luxation récidivante de l'épaule. *Am. J. Surg.*, 100, 3, 423-430.
3. DE PALMA, A. F. (1953): *Cirugía del hombro*. Buenos Aires, Suescun-Barrenechea Ed.
4. DE PALMA, A. F.; COOKE, A. and PRABHAKAR, M. (1967): The role of the subscapularis in recurrent anterior dislocations of the shoulder. *Clin. Orthop.*, 54, 35-49.
5. GALLIE, W. and Le MESURIER, A. (1948): Recurring dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 30-B, 9.
6. HEPPENSTALL, R. B. (1980): *Fracture treatment and healing*. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
7. HILL, H. and SACHS, M. (1940): The grooved defect of the humeral head. A frequently unrecognized complication of dislocations of the shoulder joint. *Radiology*, 35, 690-700.
8. LAVIK, K. (1961): La luxation habituelle de l'épaule, résultats de 22 interventions par le méthode de Eden-Hybinette. *Acta Orthop. Scand.*, 30, 4, 251.
9. McLAUGHLIN, H. and CAVALLARO, W. (1950): Primary anterior dislocation of the shoulder. *Am. J. Surg.*, 80, 615-621.
10. McLAUGHLIN, H. (1960): La luxation récidivante de la partie antérieure de l'épaule. I) Anatomopathologie. *Am. J. Surg.*, 99, 5, 628.
11. MOSELEY, H. F. et OVERGAARD, B. (1962): The anterior capsular mechanism in recurrent anterior dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.* 44 B, 913-927.
12. MOSELEY, H. F. (1963): Les lésions de base avec luxation antérieure récidivante des l'épaule. *Surg. Clin. North. Amer.*, 43, 6, 1631.
13. PROTZMAN, R. (1980): Anterior instability of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.* 62 A, 909-918.
14. ROWE, C. R. (1956): Prognosis of dislocations of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 38 A, 947.
15. ROWE, C. R. and SAKELLARIDES, H. T. (1961): Factors related to recurrences of anterior dislocations of the shoulder. *Clin. Orthop.*, 20, 40.
16. ROWE, C. R. (1962): Luxations traumatiques et luxations récidivantes des l'épaule. *J. Bone Joint Surg.*, 44 A, 998.
17. ROWE, C. R.; PATEL, D. and SOUTHMAYD, W. (1978): The Bankart procedure-a long term end-result study. *J. Bone Joint Surg.* 60 A, 1.
18. ROWE, C. R. (1980): Anterior dislocations of the shoulder. *Clin. Orthop.*, 11, 2, 259.
19. SAHA, A. (1967): Anterior recurrent dislocations of the shoulder. *Acta Orthop. Scand.*, 68, 479.
20. TRILLAT, A. et DEJOUR, H. (1965): Consideration sur l'étiologie et le traitement des luxations récidivantes de l'épaule. *Rev. Chir. Orthop.*, 51, 2, 215.
21. TRILLAT, A.; DEJOUR, H. et ROULLET, J. (1965): Luxation récidivante de l'épaule et lésions du barrelet glénoïdien. *Rev. Chir. Orthop.*, 51, 6, 525.