



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA LUXACIÓN
AGUDA DEL HOMBRO

ONTANEDA VASQUEZ IRMA BIANCA
MÉDICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA
LUXACIÓN AGUDA DEL HOMBRO

ONTANEDA VASQUEZ IRMA BIANCA
MÉDICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA LUXACIÓN AGUDA
DEL HOMBRO

ONTANEDA VASQUEZ IRMA BIANCA
MÉDICA

CARDENAS LOPEZ OSWALDO EFRAIN

MACHALA, 07 DE ENERO DE 2021

MACHALA
07 de enero de 2021

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA LUXACIÓN AGUDA DEL HOMBRO

por Irma Bianca Ontaneda Vásquez

Fecha de entrega: 18-dic-2020 02:24p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1478828287

Nombre del archivo: TITULACION_FINAL_ONTANEDA_VASQUEZ_IRMA.docx (61.36K)

Total de palabras: 3799

Total de caracteres: 20636

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ONTANEDA VASQUEZ IRMA BIANCA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Diagnóstico y tratamiento artroscópico de la luxación aguda del hombro, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

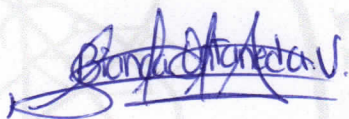
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 07 de enero de 2021



ONTANEDA VASQUEZ IRMA BIANCA
0704478429

DEDICATORIA.

A mis padres Mario e Irma por su amor, apoyo incondicional, esfuerzo y sacrificio a lo largo de todos estos años.

A mi hermana Gabriela por su paciencia, amor y complicidad cada día.

A Bryan por ser mi apoyo incondicional, por su tiempo y por no dejar que nunca me rinda.

Cada éxito mío, es y será siempre para ustedes.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios principalmente por haberme dado la vida, bendecirme siempre, cuidarme y darme salud. A mis padres por ser mi pilar fundamental, por confiar en mí y por apoyarme para culminar mi carrera universitaria. De igual manera a mi Hermana, por ser mi luz, por llenarme de amor y alegría día tras día.

Agradecimiento especialmente a tí Bryan, gracias por estar siempre en cada decisión de mi vida buena o mala, por no dejarme caer, por alentarme, ser mi calma, mi confidente y amigo.

Finalmente, mi gratitud a cada uno de los docentes y colegas que han sido participes de mi formación académica, por guiarme, compartir sus experiencias y conocimientos que sé que serán de gran utilidad en mi año rural y toda mi carrera.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La luxación glenohumeral es uno de los trastornos ortopédicos que se presentan con mayor frecuencia en atletas jóvenes, provocando en ellos una lesión capsulolabral, la cual puede comprometer o no el tejido óseo y dar como consecuencia recurrencias a mediano plazo.⁽¹⁾⁽²⁾ A lo largo del tiempo se han propuesto varios procedimientos quirúrgicos para corregir y estabilizar la articulación glenohumeral, sin embargo, en la actualidad la técnica artroscópica es considerada como el tratamiento quirúrgico de elección.⁽²⁾

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos científicos publicados con medicina basada en evidencia y revistas de alto impacto en Pubmed, Cochraine, Scielo, dentro de los últimos 5 años. Para lo cual se utilizó la terminología inestabilidad del hombro, artroscopia, diagnóstico, tratamiento y luxación de hombro. Además, se usó una metodología descriptiva y explicativa basada en toda la información recolectada de los artículos científicos.

OBJETIVO: Analizar el diagnóstico y tratamiento artroscópico de la luxación aguda de hombro, mediante la revisión de artículos científicos.

CONCLUSIÓN: El uso de la artroscopia como tratamiento quirúrgico en la luxación glenohumeral consta de mejores resultados como una menor estancia hospitalaria, menor riesgo de inestabilidad, además la mayoría de las personas intervenidas refieren haber retomado sus actividades deportivas en aproximadamente 2 años, pero de estas personas no todas tienen el mismo nivel deportivo que presentaban antes.

PALABRAS CLAVE: Luxación de hombro, inestabilidad del hombro, artroscopia, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT.

INTRODUCTION: Glenohumeral dislocation is one of the orthopedic disorders that occurs most frequently in young athletes, causing a capsulolabral injury in them, which may or may not compromise bone tissue and result in medium-term recurrences. ⁽¹⁾⁽²⁾ Over time, various surgical procedures have been proposed to correct and stabilize the glenohumeral joint, however, at present the arthroscopic technique is considered the surgical treatment of choice. ⁽²⁾ **MATERIALS AND METHODS:** An exhaustive bibliographic review of scientific articles published with evidence-based medicine and high-impact journals in Pubmed, Cochraine, Scielo, within the last 5 years was carried out. For which the term shoulder instability, arthroscopy, diagnosis, treatment and shoulder dislocation was used. In addition, a descriptive and explanatory methodology was used based on all the information collected from the scientific articles. **OBJECTIVE:** To analyze the arthroscopic diagnosis and treatment of acute shoulder dislocation, by reviewing scientific articles. **CONCLUSION:** The use of arthroscopy as a surgical treatment in glenohumeral dislocation consists of better results such as a shorter hospital stay, lower risk of instability, in addition to the majority of the intervened people have resumed their sports activities in approximately 2 years, but of these not all people have the same sporting level that they presented before. Complications were also minor in relation to open surgery. **KEY WORDS:** Shoulder dislocation, shoulder instability, arthroscopy, diagnosis, treatment.

ÍNDICE

DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO.	7
RESUMEN.	8
ABSTRACT.	9
INTRODUCCIÓN.	11
DESARROLLO.	12
Epidemiología.	13
Etiología.	13
Factores de riesgo.	14
Anatomía.	14
Clínica.	15
Diagnóstico.	15
Tratamiento.	17
CONCLUSIÓN.	22
BIBLIOGRAFÍA.	23

INTRODUCCIÓN.

La luxación glenohumeral se presenta con gran incidencia en adultos jóvenes como uno de los trastornos ortopédicos, provocando en ellos una lesión capsulolabral, la cual puede comprometer o no el tejido óseo y dar como consecuencia recurrencias a mediano plazo.^{(1) (2)}

La articulación del hombro se luxa con mayor frecuencia con respecto a las demás articulaciones del sistema osteoarticular, esta predisposición se debe a la singular estructura y características de la articulación, que posee un extenso movimiento y capacidad de manipulación.⁽³⁾

En la actualidad la incidencia es alta en la población en general de 0,08 % por cada 1000 habitantes por año, ocupando la mayor parte los deportistas y militares.⁽²⁾ En Ecuador, a causa de las actividades deportivas que demandan gran intensidad y los accidentes de tránsito se ha reportado una prevalencia del 9% en la primera mitad del año 2016.

La recurrencia de luxación glenohumeral se visualiza en un 50% a 96% de las personas que tuvieron el primer episodio antes de los 20 años de edad y menos frecuente con un 40% a 74% de las personas que presentaron luxación de hombro entre los 20 a 40 años de edad, esta inestabilidad recurrente demanda múltiples ingresos hospitalarios que posteriormente culminaran en procedimiento quirúrgicos para evitar mayores complicaciones.⁽⁴⁾

A lo largo del tiempo se han propuesto varios procedimientos quirúrgicos para corregir y estabilizar la articulación glenohumeral, sin embargo, en la actualidad la técnica artroscópica es considerada como el tratamiento quirúrgico de elección.⁽²⁾

Por lo que la siguiente revisión bibliográfica tiene como propósito analizar el diagnóstico y tratamiento artroscópico de las luxaciones agudas del hombro, mediante la revisión de artículos científicos para determinar su eficacia, beneficios, factores de riesgo y complicaciones que trae consigo a corto y largo plazo.⁽⁵⁾

DESARROLLO.

Se denomina luxación glenohumeral cuando existe una separación total de la cabeza humeral de la fosa glenoidea. El grado de movimiento que presenta la articulación glenohumeral con respecto a las demás es responsable de la inestabilidad que puede presentarse especialmente durante los ejercicios de esfuerzo. ⁽⁵⁾

Es importante además definir la subluxación glenohumeral, la cual es la dislocación que se da en la articulación glenohumeral más allá de lo normal pero aquí existe un mínimo contacto glenohumeral mantenido. En las subluxaciones no es necesario realizar alguna reducción manual. ⁽⁵⁾

Varias investigaciones biomecánicas han confirmado la difícil anatomía que presenta la articulación glenohumeral y debido a estos estudios el diagnóstico y tratamiento aplicado en estos casos ha sido mejor. ⁽¹⁾

La articulación glenohumeral está constituida por un conjunto de varios ligamentos y estructuras óseas las cuales tienen como función, actuar como estabilizadores ya sea estáticos o dinámicos, sin embargo, cuando existe una luxación o subluxación glenohumeral se debe a que estos mecanismos estabilizadores se alteran, por lo que a su vez existe un mayor riesgo de recurrencias. ⁽¹⁾

Frecuentemente, cuando se provoca una luxación primaria de hombro se denomina lesión de Bankart y esto se debe a que existe un desapego del complejo capsulolabral anteroinferior que puede presentar avulsión como no. ⁽¹⁾

Así mismo se presentan lesiones de Hill- Sachs las cuales se producen a consecuencia de una luxación anterior con fracturas en la cual se encuentra comprometida la cabeza del humero posterosuperolateral cuando entra en contacto con la glenoidea y además tienen una incidencia mayor que representa de un 40 a 90%. ⁽¹⁾

Estas mismas lesiones provocan periodos de inestabilidad recurrente debido a que la cabeza del humero está en constante relación con la glenoidea anterior por lo que da como consecuencia un aumento en el defecto óseo y por consiguiente provocar un aumento de la recurrencia de inestabilidad. ⁽¹⁾

Epidemiología.

Las luxaciones glenohumorales se presentan en el 1,7% de la población, sin embargo, la incidencia de recurrencias es alta llegando a un 92%, especialmente en adultos jóvenes por lo que es común observar a un mismo paciente acudir a emergencia por el mismo problema. ⁽⁶⁾

La prevalencia es de 24 habitantes por cada 100000 en la población, así mismo existe dos puntos de edad en los cuales es frecuente: deportistas adultos jóvenes y adultos mayores que en la mayoría de casos presentan caídas. ⁽⁷⁾

Los pacientes adultos jóvenes de sexo masculino tienen mayor incidencia tanto en la luxación glenohumeral por primera vez como en las recurrencias, así mismo las personas menores de 20 años son más propensas a sufrir recurrencias en un 90% y las personas mayores de 40 años, en un 10%. ⁽⁸⁾

Aproximadamente el 95% de los casos de luxación glenohumeral son anteriores, mientras que el resto son posteriores e incluyen o pueden llegar a lesionar el labrum. ⁽⁹⁾ Los grupos más afectados son los militares y deportistas especialmente los que juega fútbol, por lo que aproximadamente la tasa de incidencia de luxación glenohumeral es de 1,69 y 0,40 por cada 1000 personas al año respectivamente. ⁽²⁾

Según un estudio realizado en Polonia año 2016, manifiesta que con relación a la edad de luxación traumática por primera ocasión en la población es de 60 a 69 años en las mujeres la edad es de 60 a 69 años y los varones entre los 20 a 29 años de edad. Además, con relación a la incidencia anual por cada 100000 habitantes de 26,69%. ⁽³⁾

Etiología.

Las luxaciones pueden ser de etiología traumática y atraumáticas es decir pueden presentarse en caídas sobre el brazo extendido, así como al extender la mano para levantar algún objeto. ⁽⁶⁾ Por lo que las actividades de alto impacto o esfuerzo en deportistas o militares contribuyen a la recurrencia de luxación glenohumeral. ⁽¹⁰⁾⁽⁵⁾

Así mismo las luxaciones de hombro pueden presentarse en accidentes de tránsito, una pelea, caída, traumatismos o simplemente cuando se superpone alguna fuerza directamente sobre el hombro. ⁽⁸⁾

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo que se incluyen son personas que realicen actividades deportivas como fútbol, balónmano, entre otros, edad entre 20 a 40 años en varones y en mujeres adultas mayores y en caso de recurrencias se incluye el antecedente de una luxación previa.⁽⁸⁾

Según Lee y col., concluye que la presencia de varias luxaciones anteriores y ser adolescentes contribuyen como factores predisponentes para provocar lesiones glenohumerales en los siguientes próximos años, además cuando existe un tiempo mayor en la primera luxación antes de la reducción o tratamiento quirúrgico provoca un mayor índice de dislocaciones futuras.⁽¹¹⁾

Los factores de riesgo más frecuentes cuando existe recurrencia de luxación glenohumeral son los siguientes.⁽¹¹⁾

Edad, preferiblemente en adolescentes o adultos jóvenes menores de 30 años, sexo masculino ya que realizan actividad física en la que se ve comprometido el hombro, la inestabilidad anterior de hombro, el tiempo que transcurre entre la primera luxación y la reducción o cirugía, el tamaño del defecto humeral y finalmente las lesiones concomitantes que presenta el paciente.⁽¹¹⁾

Anatomía.

La articulación del hombro tiene un aspecto esférico y se encuentra ubicada entre el húmero y omóplato. La cabeza humeral es redonda y más grande que la fosa glenoide, por lo que solo una pequeña parte de la cabeza humeral se encuentra en relación con la fosa glenoides. Esto da como consecuencia que esta articulación presente un extenso movimiento contribuyendo así a que sea más frecuente la luxación de esta articulación.⁽¹²⁾

Entonces la cabeza humeral y glenoides son encargadas de la total movilidad de la articulación, mientras que los músculos tendón largo del bíceps y el manguito rotador que está constituido por el supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular y ligamentos circundantes están encargados de la estabilidad los cuales actúan como estabilizadores dinámicos y estáticos.⁽¹²⁾

Cuando existe una separación del complejo capsulolabral anteroinferior con compromiso o no del hueso se trata de una luxación de hombro. Además, la incidencia de recurrencias

se da cuando existe fractura del borde glenoideo debido a que afecta los estabilizadores estáticos, provocando una menor área glenohumeral y corta la inserción del ligamento glenohumeral. ⁽¹⁾

De igual manera también se produce inestabilidad anterior cuando existe pérdida ósea del glenoide, ya que disminuye la superficie del área de la articulación. ⁽¹⁾

Clínica.

La manifestación clínica característica de la luxación de hombro es el dolor, el cual se presenta después de algún evento traumático, convulsiones o electrocución. Cuando existe una luxación posterior se visualiza al paciente con el hombro afecto, sujeto en aducción y rotación interna. ⁽¹³⁾

La luxación glenohumeral incluye gran variedad de rango de dislocación de la cabeza del húmero la cual se caracteriza con síntomas de dolor y ansiedad. ⁽⁵⁾

La presencia de rotación externa y abducción del miembro superior es el mecanismo más frecuente que produce una luxación glenohumeral anterior. ⁽²⁾

Diagnóstico.

Inicialmente se realiza la historia clínica, en cuanto a la anamnesis se requiere información de cómo sucedió, antecedentes de haber presentado luxación de hombro, cuál fue el tratamiento que recibió, antecedentes de hiperlaxitud y si realiza actividades físicas como voleibol, levantamiento de pesas, tenis, entre otros. ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾

Para dar un diagnóstico certero es necesario corroborar la existencia de una dislocación glenohumeral completa es decir en donde se encuentre una separación completa de la cabeza humeral y de la glenoides. ⁽⁵⁾

Luego se realizará el examen físico mediante la valoración del movimiento, fuerza y estabilidad de la extremidad. El paciente presenta dolor, brazo en abducción y girado hacia afuera o adentro, además es frecuente que se utilice el brazo sano para mitigar el brazo luxado. ⁽¹²⁾

Entonces primero se visualizará de forma bilateral la postura del paciente en bipedestación y en decúbito con el objetivo de eliminar asimetrías ya sea por hipertrofias o hipotrofias musculares, disquinesias escapulotorácicas y alguna alteración en la movilidad con respecto al hombro sano. ⁽¹⁴⁾

Es importante recalcar que una gran cantidad de doctores encargados de urgencia solicitan habitualmente la radiografía de hombro ya sea antes y después de la luxación glenohumeral con el fin de valorar si existe o no luxación, fracturas y otras afectaciones que estén comprometidas. ⁽⁶⁾

Además, según Gottlieb y col., manifiestan que el uso de radiografía de hombro consta de gran exactitud para visualizar reducciones y así mismo el número de fracturas posteriores a la reducción glenohumeral es menor. ⁽⁶⁾

Al existir luxación el hombro afecto carece de anatomía normal, es decir el acromion se observa más elevado o prominente, con apariencia angular. El daño neuromuscular y vascular es inusual, pero, no se debe dejar lado su valoración ya que es imprescindible descartar alguna lesión antes y después de haber realizado la reducción, dado que existe el riesgo de lesionar alguna de estas estructuras: plexo braquial, nervio axilar y nervio musculocutáneo. ⁽¹²⁾

En primera instancia se debe evitar realizar algún tipo de reducción, y primero para un mejor diagnóstico es indispensable hacer una radiografía simple con el fin de excluir fracturas o lesiones, preferiblemente en dos planos: axilar y anteroposterior, aunque este procedimiento es molesto y doloroso para el paciente por lo que, si aún existe dudas, se debe realizar una tomografía en la articulación. ⁽¹²⁾

Además, para la valoración de las estructuras articulares, capsula posterior y exclusivamente el lambrum posterior, la resonancia magnética es más adecuada. ⁽¹³⁾

Es importante recalcar que la radiografía en plano axilar es indicada para el diagnóstico adecuado, sin embargo, tiene limitaciones mayores en pacientes cuya luxación glenohumeral es posterior debido al gran dolor que refieren y al impedimento de mover el brazo en abducción, por lo que en estos casos sería factible realizar la radiografía en proyección escapular en Y. ⁽¹⁵⁾

Aunque las luxaciones posteriores ocupan solo el 5% en la población es importante reconocer los signos visibles en la radiografía, los cuales son: lesión de Hill-Sachs inversa (fractura por impactación en la cara antero medial de la cabeza humeral), rotación interna de la cabeza humeral, ensanchamiento de la zona glenohumeral, espacio articular con falta de cabeza humeral, “línea de valle” (línea vertical de hueso cortical en una fractura

por compresión en la cara anterior supero medial de la cabeza humeral) y en la proyección anteroposterior se observa superposición glenoidea. ⁽¹⁵⁾

Adicionalmente se indica un hallazgo radiológico denominado velo de oscurecimiento el cual significa una fractura conminuta de la tuberosidad menor la cual se traza sobre la cabeza humeral, creando una densidad ósea que tapan la dislocación posterior. Además de la radiografía se puede complementar el estudio con una tomografía computarizada para constatar dudas o hallazgos que no fueron visibles en la radiografía. ⁽¹⁵⁾

La resonancia magnética no está indicada en casos agudos más sin embargo son de mucha utilidad para obtener un óptimo diagnóstico en las lesiones en tejidos blandos y huesos. Debido a la mínima incidencia de luxaciones posteriores es común que pasen desapercibidas en las radiografías de la articulación de hombro. ⁽¹⁵⁾

Entezari y col., en 2019 manifiestan que la ecografía puede ser considerada como un método alternativo para la luxación de hombro ya que tiene algunos beneficios en comparación con la radiografía entre los cuales tenemos que los pacientes no serían expuestos a radiación y una instauración del tratamiento más rápida. ⁽¹⁶⁾

Sin embargo, se debe recalcar que la sensibilidad es más baja para detectar la reducción y que la especificidad del diagnóstico es del 60% pero esto podría ser atribuible a la poca experiencia del personal o la calidad del ultrasonido. ⁽¹⁶⁾

Tratamiento.

Después de llegar al diagnóstico exacto, es necesario indicar al paciente del procedimiento que se va a realizar y luego llevar a cabo lo más pronto posible la reducción articular, debido a mayor dificultad en la reducción por la instauración de contracturas musculares y riesgo de lesiones neuromusculares o vasculares. ⁽¹²⁾

Existen varios métodos de reducción entre los cuales podemos mencionar: ⁽¹²⁾

Método de stimson: esta técnica de reducción se realiza con el paciente acostado en decúbito ventral por un largo período de tiempo y su extremidad afectada debe estar colgando, además se colocará un peso de 3 -5 kg en la muñeca o el médico puede jalar del brazo, luego de 10 a 20 minutos cuando exista una relajación de los músculos del hombro se hayan relajado, la cabeza articular se desliza suavemente hacia su lugar fisiológico. ⁽¹²⁾

Método de Kochers. Todos los movimientos realizados en esta técnica se deben realizar suavemente con el paciente ya sea acostado o sentado, el brazo se colocará a lado del cuerpo y el codo realizará un ángulo de 90°, luego el brazo va a girar hacia afuera lentamente hasta que surja un poco de firmeza. ⁽¹²⁾

Se conservará la rotación hacia afuera y próximamente se alzará la parte superior del brazo y se dirigirá hacia dentro quedando en contacto con el tórax del paciente. Luego se colocará la mano del brazo afecto en el hombro contralateral para que finalmente la cabeza humeral se coloque en su lugar anatómico normal. ⁽¹²⁾

Método de Milchs: el paciente se encontrará acostado en decúbito dorsal, el medico colocará una de sus manos en el hombro del paciente con el fin de colocar la cabeza humeral en su lugar, después el brazo se abducirá y seguidamente se girará hacia afuera. ⁽¹²⁾

Después de haber realizado la reducción se va a inmovilizar el brazo y seguidamente se realizará una radiografía de hombro para verificar alguna lesión y la correcta reducción, se colocará un cabestrillo con el fin de que el dolor disminuya sin embargo esto no reduce el riesgo de recaída. ⁽¹²⁾

El tratamiento de las luxaciones de hombro puede ser no quirúrgico y quirúrgico, en el cual el no quirúrgico abarca las técnicas de reducción, mientras que el quirúrgico se clasifica en procedimientos abiertos y artroscópicos. ⁽¹⁵⁾

Luego de 6 meses de un manejo no quirúrgico, los pacientes que presentan un dolor recurrente, inestabilidad con una capsula incompetente o alguna limitación funcional del hombro en el cual además presenten desgarro del labrum posterior, son elegibles para un tratamiento quirúrgico. La cirugía puede ser de manera abierta o mediante artroscopia, en la luxación posterior crónica bloqueada es preferible la cirugía abierta. ⁽¹³⁾

Además, según Porter y col., actualmente el uso del procedimiento artroscopia como tratamiento para la luxación glenohumeral es muy utilizado y va creciendo gracias a la experiencia de los médicos para realizarlo y ya que cuenta con mejores resultados que la cirugía abierta. ⁽¹⁾

La artroscopia está indicada en pacientes con lesiones agudas, intraarticulares concurrentes, desgarro del labrum y del ligamento inferior glenohumeral, para esto se utilizará en la unión condrolabral, anclajes de sutura con el fin de templar y juntar el

labrum y capsula. Así mismo para disminuir el tamaño capsular y restringir la traslación glenohumeral, se hará una plicatura capsular. ⁽¹³⁾

Según Bradley y col- Antosh y col., en un estudio en el cual participaron 200 pacientes, luego de realizarse el procedimiento artroscópico con reparación del labrum: el 94% quedaron complacidos con los resultados, un 90% de los pacientes refirieron haber retornado al deporte, pero el 26% no presentaban el mismo nivel de funcionamiento deportivo y por último solo el 7% presentó inestabilidad recurrente después del procedimiento. ⁽¹³⁾

En otro estudio realizado en atletas en los cuales se realizó un seguimiento post procedimiento artroscópico se manifiesta que luego de 5 años de la cirugía, el 95,5% de los pacientes se reincorporaron a sus actividades físicas aproximadamente a los 7 meses y que un 81% de los mismos constaba de el mismo nivel de intensidad. ⁽¹⁾

Resultados similares tuvieron otros estudios, en los que se expone que luego del procedimiento artroscópico el 92,5% volvieron a practicar deporte aproximadamente a los 2 años siguientes y tan solo un 5,37% presentó inestabilidad. ⁽¹³⁾

Por otro lado, en un estudio prospectivo en la cual participaron 21 pacientes a los cuales se les realizó una reinserción artroscópica de la cápsula anterior y el labrum de Bankart, a los 30 días posteriores a la luxación; se obtuvo los siguientes resultados: un 25% de los pacientes presentaron inestabilidad recurrente, 10% de los pacientes manifestaron inestabilidad, pero sin recurrencia. ⁽⁷⁾

De estos 7 pacientes que presentaron inestabilidad; a 3 se manifestó en solo meses posteriores a la artroscopia y debido a convulsión, caída y movimiento brusco, mientras que las dos personas restantes necesitaron una nueva intervención quirúrgica. ⁽⁷⁾

Existen distintos estudios donde se compara que método quirúrgico es de elección para la luxación de hombro. Por un lado, se ha manifestado que la cirugía abierta es mejor ya que facilita la visualización de las estructuras ofreciendo una reparación más anatómica y con adecuada orientación del ancla, no obstante, la artroscopia brinda una reparación igual a la cirugía abierta, pero con un tiempo de convalecencia menor, al igual que con las complicaciones como infección y artrofibrosis. ⁽⁴⁾

Hace algunos años atrás las luxaciones recurrentes de hombro se manejaban de manera abierta, actualmente se realiza la estabilización mediante la artroscopia obteniendo

mejores resultados que los indicados hace más de 20 años; registrando por medio de capsulorrafia una recurrencia de 16 al 33%.⁽⁴⁾

No obstante, al aplicar anclajes de sutura y plicatura capsular, el índice de recurrencias mejoró. Zhang y col., manifiestan que en los últimos años en Estados Unidos la artroscopia es el tratamiento de elección en casi el 100% de las luxaciones glenohumerales.⁽⁴⁾

En un estudio realizado en 2018, en donde confrontó la inestabilidad y recurrencia posterior entre la reparación abierta y artroscópica con anclaje de sutura, se obtuvieron resultados casi iguales debido a que el índice de inestabilidad del hombro fue de 6,7 a 6% respectivamente, además obteniendo un mayor porcentaje para pacientes que necesitaron reintervención mediante el método abierto 6,6%.⁽⁴⁾

El rango de movimiento post cirugía abierta en la luxación glenohumeral se observa limitado en la rotación externa logrando desarrollar artrosis secundaria a mediano plazo, además de una pérdida mayor de movimiento. Por otra parte, estudios manifiestan que la artroscopia da mejor resultados con relación al rango de movimiento de la extremidad afecta y trabajo del músculo escapular.⁽⁴⁾

Existen muchas técnicas artroscópicas que han sido enumeradas como el uso de tornillos percutáneos canulados o la colocación de anclajes de sutura en la glenoides. Aunque son muy complicados algunos procedimientos como los defectos óseos de la glenoides si pueden realizarse mediante artroscopia hasta de un 25% de defecto.⁽¹⁾

Sin embargo, es recomendable realizar mediante la técnica artroscópica solo los defectos óseos glenoideos que afecten desde un 15% hasta un 25% debido a que puede existir complicaciones y requieren una cirugía abierta los fragmentos mayores al 25%.⁽¹⁾

Cuando existen fracturas que tengan un gran desplazamiento, presencia de fragmentos grandes y retracción de lo mismo o con poca reserva ósea, esta contraindica el uso de la artroscopia.⁽¹⁾

Según Lenters, manifiesta que existe una menor incidencia de inestabilidad recurrente del tratamiento artroscópico frente a la cirugía abierta, así mismo los pacientes intervenidos mediante artroscopia tienen menor tiempo de recuperación regresando a su vida cotidiana más pronto que los que se realizaron cirugía abierta.⁽⁴⁾

Distintos estudios constan de resultados diferentes, no obstante, en este estudio en 2019, con relación al regreso de actividades en los pacientes sometidos a artroscopia se dividió en grupos, es decir de los 18 pacientes que refleja en 85,7%, 7 tuvieron una recuperación satisfactoria, 11 pacientes volvieron al nivel de actividad previo, 2 pacientes no tuvieron cambio alguno y finalmente 1 paciente presento una disminución de la actividad con respecto a los niveles previos. ⁽⁴⁾

Wang y col, concluyen en su estudio que la estancia y gasto hospitalario es menor en pacientes sometidos a artroscopia, sin embargo, indican que ofrece un menor riesgo de complicaciones y morbilidad perioperatoria. ⁽⁴⁾

Finalmente, con respecto a las complicaciones, mediante la artroscopia se disminuyó el tiempo empleado en la sala de operaciones y hospitalización, la presencia de tejido necrótico y sangre fue mínimo, el periodo de tiempo de recuperación para regresar a sus actividades cotidianas y complicaciones en relación con la cirugía abierta fue menor. En la cirugía abierta se encontró mayor riesgo de violación subescapular, artrofibrosis e infección. ⁽⁴⁾

CONCLUSIÓN.

La luxación glenohumeral afecta principalmente a deportistas, atletas y militares, el grupo etario mayormente afectado son los atletas adultos jóvenes de sexo masculino y también tienen mayor riesgo de recurrencias, sin embargo, también afecta a adultos mayores especialmente mujeres donde la causa principal son las caídas.

Se debe realizar un diagnóstico adecuado y oportuno sin omitir ningún paso de la historia clínica y principalmente examen físico, además es importante recalcar la realización de una radiografía de hombro para descartar lesiones, fracturas concomitantes o compromiso neuromuscular o vascular antes de realizar la reducción.

El uso de la artroscopia como tratamiento quirúrgico en la luxación glenohumeral consta de mejores resultados como una menor estancia hospitalaria, menor riesgo de inestabilidad, además la mayoría de las personas intervenidas refieren haber retomado sus actividades deportivas en aproximadamente 2 años, pero de estas personas no todas tienen el mismo nivel deportivo que presentaban antes. Las complicaciones también fueron menores en relación con la cirugía abierta.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Porter DA, Birns M, Hobart SJ, Kowalsky M, Galano GJ. Arthroscopic Treatment of Osseous Instability of the Shoulder. *HSS J*. 2017;13(3):292–301.
2. Gao B, DeFroda S, Bokshan S, Ready L V., Sullivan K, Etzel C, et al. Arthroscopic Versus Open Bankart Repairs in Recurrent Anterior Shoulder Instability: A Systematic Review of the Association Between Publication Date and Postoperative Recurrent Instability in Systematic Reviews. *Arthrosc - J Arthrosc Relat Surg* [Internet]. 2020;36(3):862–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2019.10.022>
3. Szyluk KJ, Jasiński A, Mielnik M, Koczy B. Incidence of posttraumatic shoulder dislocation in Poland. *Med Sci Monit*. 2016;22:3967–74.
4. Huerta A, Rincón G, Peidro L, Combalia A, Sastre S. Controversies in the Surgical Management of Shoulder Instability: Open vs Arthroscopic Procedures. *Open Orthop J*. 2017;11(1):875–81.
5. Gil JA, DeFroda S, Owens BD. Current concepts in the diagnosis and management of traumatic, anterior glenohumeral subluxations. *Orthop J Sport Med*. 2017;5(3):1–6.
6. Gottlieb M, Nakitende D, Krass L, Basu A, Christian E, Bailitz J. Frequency of fractures identified on post-reduction radiographs after shoulder dislocation. *West J Emerg Med*. 2016;17(1):35–8.
7. Qi W, Zhan J, Yan Z, Lin J, Xue X, Pan X. Arthroscopic treatment of posterior instability of the shoulder with an associated reverse Hill–Sachs lesion using an iliac bone-block autograft. *Orthop Traumatol Surg Res* [Internet]. 2019;105(5):819–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.017>
8. Parmar RS, Kapoor S, Sharma B. Arthroscopic Bankart repair following traumatic recurrent shoulder dislocation: A prospective review of 30 cases. *J Orthop Surg*. 2019;27(1):1–7.
9. Alepuz ES, Pérez-Barquero JA, Jorge NJ, García FL, Baixauli VC. Treatment of The Posterior Unstable Shoulder. *Open Orthop J*. 2017;11(1):826–47.

10. Shijith KP, Sood M, Sud AD, Ghai A. Is CT scan a predictor of instability in recurrent dislocation shoulder? *Chinese J Traumatol - English Ed* [Internet]. 2019;22(3):177–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2019.01.010>
11. Lee SH, Lim KH, Kim JW. Risk Factors for Recurrence of Anterior-Inferior Instability of the Shoulder After Arthroscopic Bankart Repair in Patients Younger Than 30 Years. *Arthrosc - J Arthrosc Relat Surg* [Internet]. 2018;34(9):2530–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.03.032>
12. Lahti A, Andernord D, Karlsson J, Samuelsson K. Axelluxation. *Lakartidningen*. 2016;113(39):3–7.
13. Antosh IJ, Tokish JM, Owens BD. Posterior Shoulder Instability: Current Surgical Management. *Sports Health*. 2016;8(6):520–6.
14. López-Muñoz R. Inestabilidad posterior del hombro. *Acta Ortopédica Mex*. 2019;33(5):337–45.
15. Hirai Gimber L, Taljanovic MS, Rockov ZA, Krupinski EA, Chadaz TS, Rogers LF. The Veil of Obscuration: Additional Radiographic Sign of Posterior Shoulder Dislocation. *Acta Med Acad*. 2018;47(2):165–75.
16. Entezari P, Jalili M, Seyedhosseini J, Doosti-Irani A, Mirfazaelian H. Accuracy of Ultrasonography in Diagnosis of Shoulder Dislocation: A Systematic Review. *Adv J Emerg Med*. 2019;4(1):e9.