



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMO PRIMERA ELECCIÓN EN EL
MANEJO DE LA LUXACIÓN ESCAPULOHUMERAL ANTERIOR

BLACIO DIAZ MARIUXI XIMENA
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMO PRIMERA ELECCIÓN EN
EL MANEJO DE LA LUXACIÓN ESCAPULOHUMERAL
ANTERIOR

BLACIO DIAZ MARIUXI XIMENA
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMO PRIMERA ELECCIÓN EN EL MANEJO DE
LA LUXACIÓN ESCAPULOHUMERAL ANTERIOR

BLACIO DIAZ MARIUXI XIMENA
MÉDICA

COELLO JARAMILLO ALEX TITO

MACHALA, 16 DE JUNIO DE 2023

MACHALA
16 de junio de 2023

TRATAMIENTO QUIRURGICO COMO PRIMERA ELECCIÓN EN EL MANEJO DE LA LUXACION ESCAPULOHUMERAL ANTERIOR

por Mariuxi Ximena Blacio Diaz

Fecha de entrega: 22-jun-2023 04:54p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2121066366

Nombre del archivo: LUXACION_GLENOHUMERAL_ANTERIOR_BLACIO..pdf (322.22K)

Total de palabras: 4598

Total de caracteres: 27746

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

La que suscribe, BLACIO DIAZ MARIUXI XIMENA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Tratamiento quirúrgico como primera elección en el manejo de la luxación escapulohumeral anterior, 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.

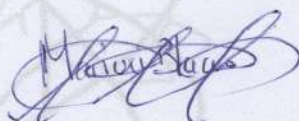
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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, 16 de junio de 2023



BLACIO DIAZ MARIUXI XIMENA
0706790367

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado en primera instancia a Dios por darme las fuerzas necesarias para
continuar con la ardua batalla de la vida.

A mis padres quienes me han apoyado en los momentos dificiles de la carrera de medicina y
poder seguir adelante para culminar un objetivo más.

RESUMEN

Introducción: La luxación escapulohumeral es un problema bastante común en nuestra sociedad, la misma que se define cuando la cabeza humeral se desliza anteriormente impactando la cavidad glenoidea. Este tipo de evento suele ocurrir por múltiples factores, los mismos que podrían ser como no ser por resultados de causas traumáticos. Las causas se asocian a los factores de riesgos, por tal razón es bastante común encontrar en deportistas o personas cuyo campo laborar es bastante pesado. Existe un porcentaje mínimo en el que las luxaciones glenohumeral y sus lesiones asociadas como lesiones de Bankart, entre otras, se deben a factores genéticos.

Objetivo: Analizar si el tratamiento quirúrgico resulta eficaz como primera elección para la luxación anterior de la articulación glenohumeral con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo.

Materiales y métodos: Utilizando una metodología analítica descriptiva, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica a través de artículos científicos de los últimos 5 años obtenidos de las bases bibliográficas de PubMed/MEDLINE, Cochrane Library y la revista The New England Journal of Medicine.

Conclusión: En base a los artículos obtenidos se demostró que el tratamiento conservador no resulta efectivo debido a las altas recidivas en los pacientes. Por otra parte, el tratamiento quirúrgico independientemente de la técnica, aunque es preferible la artroscopia, es bastante eficaz debido a que se trata las lesiones adyacentes a una luxación escapulohumeral anterior.

Palabras claves: luxación escapulohumeral anterior, tratamiento quirúrgico – conservador.

ABSTRACT

Introduction: Scapulohumeral dislocation is a fairly common problem in our society, the same one that is defined when the humeral head slides anteriorly impacting the glenoid cavity. This type of event usually occurs due to multiple factors, the same ones that could be as a result of traumatic causes. The causes are associated with risk factors, for this reason it is quite common to find it in athletes or people whose field of work is quite heavy. There is a minimal percentage in which glenohumeral dislocations and their associated injuries such as Bankart injuries, among others, are due to genetic factors.

Objective: To analyze whether surgical treatment is effective as the first choice for anterior dislocation of the glenohumeral joint in order to improve the individual's quality of life.

Materials and methods: Using a descriptive analytical methodology, an exhaustive bibliographic review was carried out through scientific articles from the last 5 years obtained from the PubMed/MEDLINE, Cochrane Library and The New England Journal of Medicine bibliographic databases.

Conclusion: Based on the articles obtained, it was determined that conservative treatment is not effective due to high recurrences in patients. On the other hand, surgical treatment regardless of technique, although arthroscopy is preferable, is quite effective because it treats lesions adjacent to an anterior scapulohumeral dislocation.

Key words: anterior scapulohumeral dislocation, surgical-conservative treatment.

INDICE

DEDICATORIA	1
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INDICE.....	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
DESARROLLO.....	11
ANATOMIA	11
DEFINICION.....	11
EPIDEMIOLOGIA.....	11
FACTORES DE RIESGO.....	12
PATOLOGIA	12
CLINICA.....	13
DIAGNOSTICO	14
TRATAMIENTO	16
TECNICAS DE REDUCCIÓN.....	16
TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	17
CONCLUSIÓN.....	20
BIBLIOGRAFIA	21

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Algoritmo para el diagnóstico de la luxación glenohumeral.....	15
---	----

INTRODUCCIÓN

La luxación escapulohumeral anterior, también conocida como luxación anterior del hombro, es una lesión que consiste en un traslado de la cabeza del humero hacia delante alejándose de la cavidad glenoidea (1).

La tasa de prevalencia valorada en los Estados Unidos es de aproximadamente del 23 % por persona y la causa suele ser traumática. Además, más del 90% de las luxaciones de hombro acontecen en la dirección anterior. La mediana de edad corresponde a 25 años, sin embargo, existe un 3% que corresponde al grupo etario, que suelen acompañarse con fracturas del miembro superior.

El dolor y el rango de movimiento restringido son los síntomas que refieren los pacientes como también la disminución de la calidad de vida, dificultad para ejercer su trabajo e incluso retomarlos con facilidad (2).

El tratamiento conservador, que consiste en el control del dolor, la modificación de la actividad y la rehabilitación física, constituía el tratamiento de primera línea después del desarrollo de la artropatía, sin embargo, la inestabilidad recurrente, la limitación funcional residual, y los altos costos sociales, han demostrado su ineficacia (3).

Se ha empleado el tratamiento quirúrgico en pacientes jóvenes con desgaste ósea mínima y desgaste glenoideo, ya sea por técnicas de artroplastia o abierta pero los resultados de beneficio son mejores al de un conservador, por demostrar que las tasas de reluxación son mínimas o casi nulas. Por tal razón a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica obtenidas de artículos científicos de los últimos 5 años obtenidos de las bases bibliográficas de PubMed/MEDLINE, Cochrane Library y la revista The New England Journal of Medicine donde se analizará si el tratamiento quirúrgico resulta eficaz como primera elección para la luxación anterior de la articulación glenohumeral con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo.

DESARROLLO

ANATOMIA

La articulación glenohumeral está compuesta por lo siguiente: por la articulación de la cabeza humeral con la fosa glenoidea de la escápula, que tiene forma esférica, la misma que tiene como característica ser la articulación principal, debido a que es la encargada de conectar la extremidad superior con el tronco, también tenemos, el labrum, los ligamentos glenohumerales y el intervalo del manguito rotador. En términos de movimiento, como una articulación esférica, la articulación glenohumeral posee distintas funciones, tales como: extensión, flexión, separación, aducción, rotación interna, rotación externa y los movimientos circulares, al tener estas capacidades pasa a ser una de las articulaciones más móviles dentro del cuerpo, y ser está la manera de mantener la estabilidad articular (1).

DEFINICION

Consiste cuando la cabeza humeral se desliza anteriormente, impactando la cavidad glenoidea anteroinferior (2). En la mayoría de los casos, una luxación anterior presenta algunas complicaciones, por mencionar las principales y en orden de frecuencia son:

- Lesiones de Bankart
- Lesión de Hill-Sachs
- Desgarro del manguito rotador
- Lesión del nervio axilar

Algunos autores clasifican de acuerdo al evento que dio como resultado la luxación, entre ellas tenemos la luxación traumática y no traumática. La primera se caracteriza por ser unidireccionales con una lesión capsulolabral asociada, mientras la segunda por ser multidireccional con hiperlaxitud asociada.

EPIDEMIOLOGIA

La luxación de hombro anterior pertenece a las lesiones de hombro más comunes en los jóvenes atletas, aunque también surgen después de otro traumatismo o durante el proceso de una enfermedad como por ejemplo un estatus epiléptico. Se considera que existen altas probabilidades que este tipo de luxaciones regresen a ocurrir en este mismo grupo estadístico. Si bien a menudo se piensa que una mayor de estos tipos de eventos es común en el atletismo, ya sea competitivo o

entretenido, la tasa de incidencia de la luxación incrementa con la edad (entre 21 y 30 años), es por ellos que algunos autores relacionan a este tipo de evento con el atletismo, pues lo han demostrado como único factor con las tasas de recurrencia (4). En nuestro país, Ecuador no existen datos actualizados que nos permitan definir exactamente la prevalencia de una luxación escapulo humera y el factor asociado a su desarrollo.

FACTORES DE RIESGO

La luxación de hombro no solamente puede ser producto de un ejercicio intenso como algunos autores lo citan, sino también puede ser el resultado de múltiples factores, pero todos ellos tiene algo en común que consiste en el mecanismo de lesión inicial la luxación anterior a través de una combinación movimiento entre los principales son alejamiento de la articulación y rotación externa (5).

Existen algunos factores de riesgo para la inestabilidad de glenohumeral incluye tales como (6):

- Sexo masculino.
- Menores de 39 años.
- Antecedente de lesiones concurrentes, por ejemplo, fractura ósea de Bankart.
- Atletas.
- Trabajos pesados.

PATOLOGIA

El trauma y los movimientos excesivos de una articulación afectada puede ocasionar efectos colaterales en los estabilizadores de la articulación glenohumeral, lo que en un determinado tiempo da como resultado una subluxación o dislocación y, finalmente, una inestabilidad recurrente. Este tipo de evento traumático suelen ser de varios tipos pero es más común encontrar luxación en la dirección anterior, que tiene varias características de lesiones reconocibles, que incluyen desproporciones humerales, lesión ósea de la glenoides anteroinferior, lesiones de Bankart de tejidos blandos, y otras variantes de las lesiones de Bankart (Lesiones de Perthes y ALPSA) (7).

La patología específica que comúnmente da origen a la inestabilidad recurrente incluye las deformaciones glenoideas, laxitud capsular excesiva, lesiones de Hill- Sachs, lesiones del manguito rotador y subescapular, lesión capsular, fracturas glenoideas o displasia.

La lesión de Bankart es una desproporción o desgarro del borde glenoideo de la escapula y del humero, ocurre más a menudo después de ocasiones repetidas de dislocaciones del hombro anterior. Algunos autores usan este término para referirse a la fractura ósea del borde glenoideo anterior y suele presentarse el 80 % de las luxaciones (7).

En este tipo de lesión se caracteriza por dolor de moderada intensidad y por la dificultad para realizar movimientos de aducción.

La lesión de Hill-Sachs se puede definir como un tipo de concavidad cortical en la cabeza posterolateral del húmero que es producto de un impulso intenso o repetitivo de la cabeza humeral debido a que se dirige contra el borde glenoideo anteroinferior durante la luxación anterior del hombro. Este tipo de lesión puede ocurrir concomitante con al desgarro glenoideo (5).

Lesiones del manguito rotador: Este tipo de lesión se caracteriza por la pérdida de la calidad del movimiento, dolor mientras se realiza una actividad y rigidez. Generalmente suele ser desgarros, sin embargo no está relacionada dependientemente a una casusa traumática, a veces se asocia a procesos degenerativos (8).

CLINICA

Al momento que se realiza la historia clínica lo que más mencionan los pacientes consiste en lo siguiente:

- Una sensación de “chasquido” al momento de ejercer un movimiento, acompañado de rigidez.
- Inicio repentino de dolor de moderada a gran intensidad con disminución del rango de movimiento.
- La sensación de articulación rodando “fuera de su lugar”.
- Algunos pacientes informan escozor y entumecimiento en el brazo en el momento de la dislocación.

El examen físico es muy importante porque se debe confirmar la duda de una luxación, y para ellos durante la exploración vamos a encontrar los siguiente: el rango de movimiento está disminuido y es doloroso, el brazo anterior está separado y rotado hacia el exterior. En pacientes delgados, puede haber una cabeza humeral sobresaliente que se aprecia en la parte anterior y el vacío se puede ver

en la parte posterior del hombro. Es necesario realizar un examen neurovascular detallado antes de la reducción, porque es bastante común lesiones de los nervios (9).

DIAGNOSTICO

Una historia clínica exhaustiva y un examen físico realizado de la manera correcta, son las piezas claves para su diagnóstico. Durante la revisión debemos tomar en cuenta que la lesión del nervio axilar es la más común. El nervio axilar inerva al musculo deltoides y el redondo menor y se encargar de darle sensibilidad al hombro lateral. El daño en este nervio se presenta en más del 48% de las luxaciones (2).

Aunque la luxación suele ser evidente, se debe solicitar a pesar de que se conozca el trauma. Siempre se debe realizar las imágenes de radiografías previas a la reducción para evidenciar las fracturas que muchas de los casos están asociadas.

Las opciones de examen por imágenes se basan en la etiología del dolor de hombro, ya sea traumático o atraumático, la duración de los síntomas, la edad de presentación y cualquier sospecha clínica o radiográfica de una afección en particular. A continuación, encontramos algunas técnicas de imagen:

La radiografía de la articulación glenohumeral o también conocida como artrografía, es una técnica de imagen utilizada para evaluar la articulación escapulo humeral y sus mecanismos estabilizadores agrupados. El procedimiento consiste en realizar una introducción de un material de contraste a la articulación bajo guía fluoroscópica, pero también se puede ayudar con una ecografía o una tomografía computarizada. El proceso de una artrografía directa conduce a la distensión articular y la separación de las estructuras intraarticulares. Mediante este proceso se puede visualizar las estructuras de las articulaciones, como por ejemplo los ligamentos glenohumerales, la superficie del manguito de los rotadores (10).

Existen algunas contraindicaciones para la artrografía glenohumeral incluyen proceso de infección activa de la articulación de interés, como por ejemplo la presencia de celulitis en la área superior articulación, ya que puede ser el origen de una infección a nivel de articulación al momento la aguja traspasa su trayecto desde la piel hasta la cápsula articular; también tenemos los tejidos blandos erosionados o la piel continua al trayecto de la aguja (10).

La tomografía computarizada de la articulación glenohumeral se la recomienda usar principalmente para evaluar una fractura o fractura-luxación o presencia de una prótesis articular. La TAC puede demostrar el deslizamiento, angulación y la complejidad de las fracturas (11). En base a ello se puede apreciar que la tomografía computarizada posee algunos factores principales: cantidad de pérdida de hueso glenoideo, ubicación del mismo, pérdida de hueso humeral y longitud/orientación de la coracoides, puntos importantes para proceder al tratamiento.

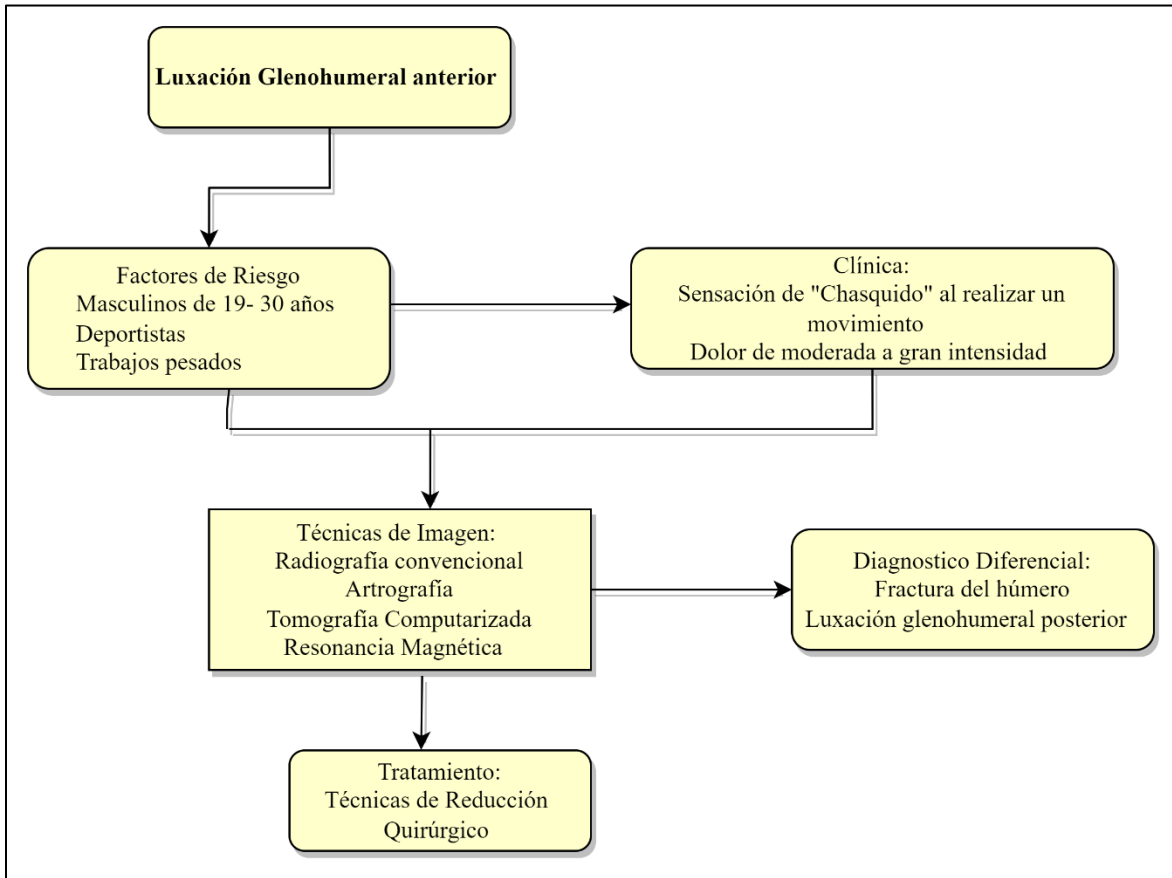


Gráfico 1 Algoritmo para el diagnóstico de la luxación glenohumeral.

Fuente: Elaboración propia.

TRATAMIENTO

El tratamiento para una luxación glenohumeral puede ser conservador y/ o quirúrgico, por ende, el tratamiento ideal para la este tipo de luxación sigue siendo controvertido, ya que la mayoría de los pacientes optan por el tratamiento de forma no quirúrgica, sin embargo, existe una tasa elevada de reluxación, especialmente en ciertas poblaciones, como atletas de contacto y hombres jóvenes, razón por la cual se ha impulsado el estudio de un tratamiento más efectivo para las luxaciones primarias.

TECNICAS DE REDUCCIÓN

Técnica de tracción-contratracción

Una técnica de reducción bastante utilizada por los médicos, es la técnica de tracción contra tracción, también llamada como técnica hipocrática actualizada. Se ha favorecido su uso en luxaciones de compleja reducción, aunque su tasa de éxito oscila entre el 85% y el 93%. Su uso puede estar asociado a lesiones de algunos nervios. Para su realización se requiere una significativa fuerza y principalmente se necesita de algún tipo de sedación local. Con esta técnica, una persona aplica tracción longitudinalmente en dirección inferolateral al brazo luxado mientras una segunda persona aplica contra tracción, generalmente para realizar este tipo de técnica suelen usarse algunas herramientas, lo que usualmente se encuentra es una sábana la misma que se envuelve alrededor del tórax del paciente (12).

Manipulación Escapular

El método de manipulación escapular se puede realizar sentado o decúbito prono. Este método consiste en reintegrar la fosa glenoidea para que la cabeza del humero pueda volver a colocarse en su posición adecuada. En la posición acostada, el brazo afectado se lo ubica en un ángulo de 90°, mientras que otra persona aplica tracción hacia abajo, y se presiona la punta inferior de la escápula con el pulgar del operador. En la posición sentada, una persona aplica fuerza hacia abajo en el brazo afectado mientras el operador aplica presión en la punta inferior de la escápula. Este es una técnica preferido por los autores y éxito bastante significativo en el primer intento, se estima con 90%–92% (12).

Técnica de Bokor-Billmann

Este enfoque fue por Therezia Bokor-Billmann en el año 2015. Su procedimiento consta de 5 pasos, los cuales los mencionaremos: Se empieza diciéndole al paciente que se sienta de forma erguido contra una área plana y fija para lograr minimizar los movimientos de la parte superior del cuerpo. A continuación, el médico inmoviliza la muñeca del paciente con una mano y el codo con la otra mano. Posteriormente se coloca al codo en un ángulo de 90 grados y el húmero se mueve a 90 grados de flexión anterior. Mientras permanece en flexión, el codo se cierra hasta que alcanza la línea media del cuerpo. Finalmente, se rota internamente el codo evitando cualquier otro cambio de posición. La resistencia leve suele apreciarse entre 25 grados y 30 grados de rotación cuando esto ocurra, se aplica una presión suave y constante para vencer esta resistencia. La reducción suele ocurrir a los 30 grados de rotación interna (13). Los resultados son favorables, sin embargo, la recurrencia suele darse después de que los pacientes vuelven a su vida habitual.

En algunos autores mencionan que la sigue faltando evidencia para informar la elección óptima con relación a la técnica de reducción porque depende de factores pacientes en un grupo de edad específico o pacientes con o sin lesiones concomitantes, no está claro. Por lo tanto, sigue faltando evidencia para informar la elección óptima de las intervenciones en la práctica clínica. como pacientes en un grupo de edad específico o pacientes con o sin lesiones concomitantes, no está claro. En base a esto, sigue faltando evidencia para informar la elección óptima de las intervenciones en la práctica clínica.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tipo de técnica de quirúrgica depende del médico y muy poco de los casos del paciente, actualmente existen técnicas abiertas y las artroscópicas, siendo estas últimas las más preferidas por la mínima invasión.

Las indicaciones para proceder al tratamiento quirúrgico actualmente dependen de algunas variables entre ellas tenemos: Perdidas ósea mayor a un 30%, lesiones de Hills y de Bankart en gravedad modera, posible infección, reluxación, tiempo de duración de la luxación glenohumeral.

Artroscópica de Bankart

Antes de la operación, se solicitará simplemente imágenes radiológicas tipo antero posterior y una tomografía computarizada de reconstrucción de superficie del hombro afectado para evaluar la extensión de la lesión ósea. El procedimiento consiste en una construcción de fijación de 2 puntos que usa las suturas de una unión de fila medial en el cuello glenoideo para enrollar el fragmento óseo de Bankart y ligar las suturas de un amarre de fila lateral en el borde glenoideo con el método de doble polea. Algunos estudios demuestran que produce un bajo índice de pérdida de movilidad, menor agresividad quirúrgica, mejor estética, menor coste, pero presenta inconvenientes como por mencionar riesgo de lesión del nervio supraescapular (14).

De acuerdo a un metaanálisis demostraron en pacientes que presentaron por primera vez una luxación glenohumeral anterior, la reparación artroscópica Bankart redujo el riesgo de reluxación de hombro mejorando la movilidad haciendo casi eficiente, por ende, siendo más efectivo con el tratamiento conservador después de un seguimiento de un año aproximadamente (14). En base a este estudio nos hace referencia que el tratamiento quirúrgico después de un primer episodio de luxación de hombro podría ser ideal como una opción de tratamiento principal en una población joven.

Procedimiento de Latarjet

El procedimiento conocido como Latarjet se utiliza como método para tratar la luxación complicada de la articulación glenohumeral, la cual a menudo está asociada con un defecto óseo en la cavidad glenoidea anterior. Este procedimiento puede realizarse de forma abierta o artroscópica, ambas variantes ofrecen resultados eficientes (15).

En el procedimiento abierto de Latarjet, se realiza una incisión de aproximadamente 6 cm mediante un abordaje deltopectoral. A continuación, se crea un efecto de bloqueo mediante la trasposición de la coroides al cuello glenoideo, y también se pueden utilizar injertos intra o extra articulares. Una de las complicaciones posibles es el rechazo del injerto y un mayor riesgo de infección.

En cuanto a la reparación artroscópica, se abordan tanto los tejidos blandos como los huesos mediante la creación de un cabestrillo en el tendón del bíceps y la reconstrucción ósea del defecto glenoideo anterior (16). Esta técnica menos invasiva presenta ventajas como una mejor apariencia estética, una menor interrupción de los tejidos blandos y una tasa de infección más baja.

Procedimiento de Eden-Hybinette

La operación de Eden-Hybinette consiste en aumentar el borde glenoideo anterior mediante un injerto óseo tomado de la cresta ilíaca. Esta técnica tiene un alto índice de éxito, superando el 95% en pacientes con defectos significativos en el hueso glenoideo, ya sea con o sin lesiones de Hill Sachs, así como en casos graves de luxaciones recurrentes. Además, elimina la morbilidad asociada con la zona donante (17).

El procedimiento se realiza con el paciente inicialmente colocado en la posición de silla de playa para asegurar que la escápula esté completamente libre y se pueda acceder fácilmente. Después de garantizar la estabilidad del paciente, se reclina la mesa hasta que el paciente esté suficientemente plano para permitir un acceso quirúrgico completo a la cresta ilíaca ipsilateral. Una vez realizadas las técnicas de asepsia y antisepsia y los procedimientos quirúrgicos, se lleva a cabo el injerto óseo artroscópico de Eden-Hybinette como procedimiento principal. Por lo general, la cápsula articular anterior está presente. Después de fijar el injerto, se puede volver a unir al borde anterior de la cavidad glenoidea utilizando anclajes de sutura. Sin embargo, en casos de revisión, la cápsula articular suele estar ausente (18).

CONCLUSIÓN

Para determinar el enfoque óptimo de tratamiento, es necesario evaluar las lesiones asociadas, como la pérdida ósea, las lesiones de Hill-Sachs, los desgarros del ligamento glenohumeral, la interrupción articular glenolabral y la lesión del manguito rotador, además de considerar posibles fracturas. Estas evaluaciones se realizan a través de la revisión clínica del paciente y el uso de pruebas de imagen, como radiografías y resonancias magnéticas.

En cuanto al tratamiento, la opción de una terapia conservadora no es la más recomendada, ya que se ha demostrado que existe una alta tasa de recurrencia de la luxación, lo que implica más visitas médicas, un mayor tiempo de rehabilitación y costos más elevados.

Por otro lado, se ha comprobado que el tratamiento quirúrgico ofrece beneficios significativos para la recuperación de los pacientes. Se recomienda especialmente el enfoque artroscópico, que es menos invasivo y ha demostrado ser el más efectivo. Después del procedimiento quirúrgico, se puede considerar o no un enfoque conservador mediante fisioterapia para fortalecer el manguito rotado.

BIBLIOGRAFIA

1. Crossan K, Rawson D. Shoulder Arthrogram. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580562/>
2. Vezeridis PS, Ishmael CR, Jones KJ, Petrigliano FA. Glenohumeral Dislocation Arthropathy: Etiology, Diagnosis, and Management. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* [Internet]. abril de 2019 [citado 30 de mayo de 2023];27(7):227-35. Disponible en: <http://journals.lww.com/00124635-201904010-00001>
3. Conservative management following closed reduction of traumatic anterior dislocation of the shoulder [Internet]. [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD004962.pub4?cochrane=full&lang=en&tracking_referrer=www.cochranelibrary.com&purchase_referrer=www.cochranelibrary.com&publisher=cochrane&access_api=1&parent_url=https%3A%2F%2Fwww.cochranelibrary.com%2Fcdsr%2Fdoi%2F10.1002%2F14651858.CD004962.pub4%2Fepdf%2Ffull&preview=1
4. Conservative or surgical management for that shoulder dislocation? MDedge Family Medicine [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 23 de mayo de 2023];70(2). Disponible en: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/236737/pain/conservative-or-surgical-management-shoulder-dislocation>
5. Midtgaard KS, Bøe B, Lundgreen K, Wünsche B, Moatshe G. Anterior shoulder dislocation – assessment and treatment. *Tidsskrift for Den norske legeförening* [Internet]. 5 de agosto de 2021 [citado 23 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://tidsskriftet.no/en/2021/08/klinisk-oversikt/anterior-shoulder-dislocation-assessment-and-treatment>
6. Szyluk K, Niemiec P, Sieroń D, Lukoszek D, Gierek M, Lorek A, et al. Shoulder Dislocation Incidence and Risk Factors—Rural vs. Urban Populations of Poland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 20 de septiembre de 2022 [citado 5 de junio de 2023];19(19):11857. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9564760/>
7. Kraeutler MJ, Belk JW, Carver TJ, McCarty EC, Khodae M. Traumatic Primary Anterior Glenohumeral Joint Dislocation in Sports: A Systematic Review of Operative versus Nonoperative Management. *Current Sports Medicine Reports* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 23 de mayo de 2023];19(11):468. Disponible en: https://journals.lww.com/acsm-csmr/Fulltext/2020/11000/Traumatic_Primary_Anterior_Glenohumeral_Joint.9.aspx
8. Weber S, Chahal J. Management of Rotator Cuff Injuries. *JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 5 de junio de 2023];28(5):e193. Disponible en: https://journals.lww.com/jaaos/Fulltext/2020/03010/Management_of_Rotator_Cuff_Injuries.4.aspx

9. Apostolakos JM, Wright-Chisem J, Gulotta LV, Taylor SA, Dines JS. Anterior glenohumeral instability: Current review with technical pearls and pitfalls of arthroscopic soft-tissue stabilization. *World J Orthop* [Internet]. 18 de enero de 2021 [citado 30 de mayo de 2023];12(1):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7814310/>
10. De Filippo M, Schirò S, Sarohia D, Barile A, Saba L, Cella S, et al. Imaging of shoulder instability. *Skeletal Radiol* [Internet]. octubre de 2020 [citado 5 de junio de 2023];49(10):1505-23. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00256-020-03459-z>
11. Shijith KP, Sood M, Sud AD, Ghai A. Is CT scan a predictor of instability in recurrent dislocation shoulder? *Chin J Traumatol* [Internet]. junio de 2019 [citado 5 de junio de 2023];22(3):177-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543279/>
12. Cerciello S, Corona K, Morris BJ, Paladini P, Porcellini G, Merolla G. Shoulder arthroplasty to address the sequelae of anterior instability arthropathy and stabilization procedures: systematic review and meta-analysis. *Arch Orthop Trauma Surg*. diciembre de 2020;140(12):1891-900.
13. Gottlieb M. Shoulder Dislocations in the Emergency Department: A Comprehensive Review of Reduction Techniques. *The Journal of Emergency Medicine* [Internet]. abril de 2020 [citado 5 de junio de 2023];58(4):647-66. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073646791931090X>
14. Ganokroj P, Keyurapan E. Arthroscopic Bony Bankart Repair Using a Double-Row Double-Pulley Technique. *Arthrosc Tech* [Internet]. 10 de diciembre de 2018 [citado 2 de junio de 2023];8(1):e31-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6408688/>
15. Ranne JO, Kainonen TU. Arthroscopy-Assisted Latarjet Procedure With Coracoid Exteriorization. *Arthroscopy Techniques* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 23 de mayo de 2023];10(10):e2383-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221262872100205X>
16. Coifman I, Valencia M, Ariza A, Clascá F, Calvo E. Técnica de Latarjet para la inestabilidad anterior de hombro: implicaciones en la inervación del músculo subescapular. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología* [Internet]. 13 de enero de 2023 [citado 6 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888441523000012>
17. Cortes-De la Fuente A, Valencia-Martínez G, Martínez-Montiel O. Resultados del tratamiento de una técnica modificada de Eden-Hybinette para la inestabilidad del hombro anterior. *Acta Ortopédica Mexicana* [Internet]. 2021 [citado 30 de mayo de 2023];35(6):534-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105707>
18. Mittal R, Jain S. Eden-Hybinette Procedure for Revision Surgery in Recurrent Anterior Shoulder Instability in Epilepsy. *Indian J Orthop* [Internet]. 8 de abril de 2021 [citado 5 de junio de 2023];55(3):728-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081779/>