

TÉCNICA DE BONE GRAFT ARTROSCÓPICO COMO RESCATE PARA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL RECIDIVADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Armesto Guzón, Pablo; Galindo Rubín, Carlos; Azpeitia Coscarón, Julen;
Villoria Llata, Paula; Vázquez Sánchez, Martín.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.



INTRODUCCIÓN

La **inestabilidad glenohumeral** tipo **TUBS** es una patología **frecuente**; su **tratamiento** suele consistir en **procedimientos artroscópicos anatómicos (Bankart)** aunque ante **fracaso** de los anteriores, **pérdida importante de stock óseo glenoideo (>25%)**, o **puntuaciones ISIS >=7** los **procedimientos no anatómicos** pueden estar **indicados** (transferencia coracoidea - injertos óseos). En este contexto, el sistema **artroscópico no anatómico de aloinjerto tricortical con suturas transóseas** muestra buen resultado y es una **alternativa** en pacientes con **fracaso previo** de técnicas tanto anatómicas como no anatómicas y **presencia de material intraarticular o túneles óseos anteriores**, con relativa independencia del stock óseo glenoideo.

MATERIAL Y METODOLOGÍA



Paciente **varón, 47 años. Trabajo físico.**
TUBS derecho, **fracaso de dos intentos de reparación capsulolabral previos** con presencia de material en glena anteroinferior. Déficit óseo glenoideo leve.
Se decide procedimiento de **aumentación glenoidea** artroscópica con **aloinjerto tricortical de tibia distal** mediante sistema **BONELOSS** (Smith&Nephew).

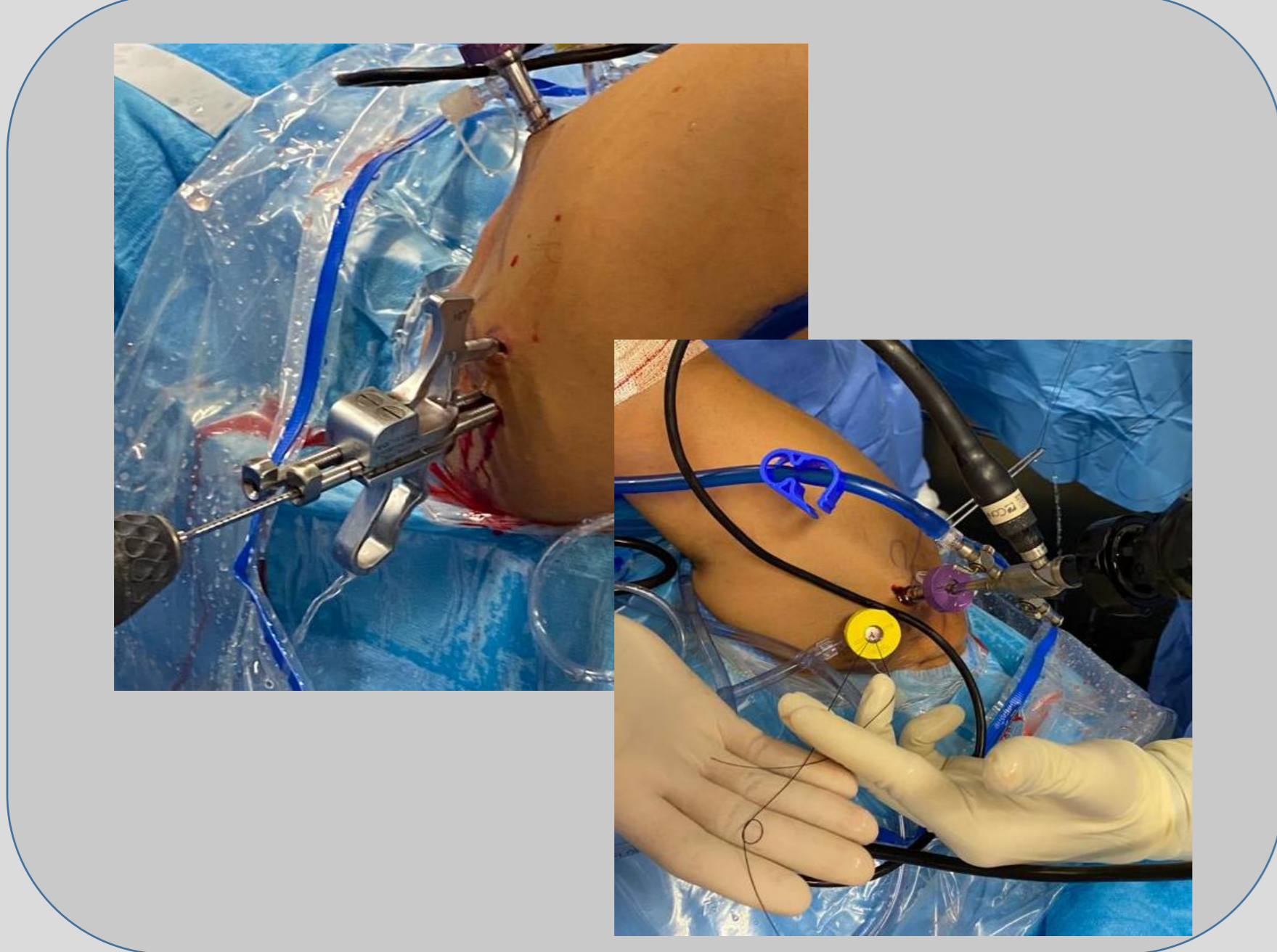


Fig.1 Este sistema permite, desde el portal posterior, la colocación de suturas transóseas paralelas entre sí y a la superficie articular mediante una guía que se asegura a la glena en su borde anterior.
Fig.2. Paso de suturas transportadoras desde portal posterior hacia portal anterior, que se emplearán para guiar las suturas e implante definitivo en sentido inverso.

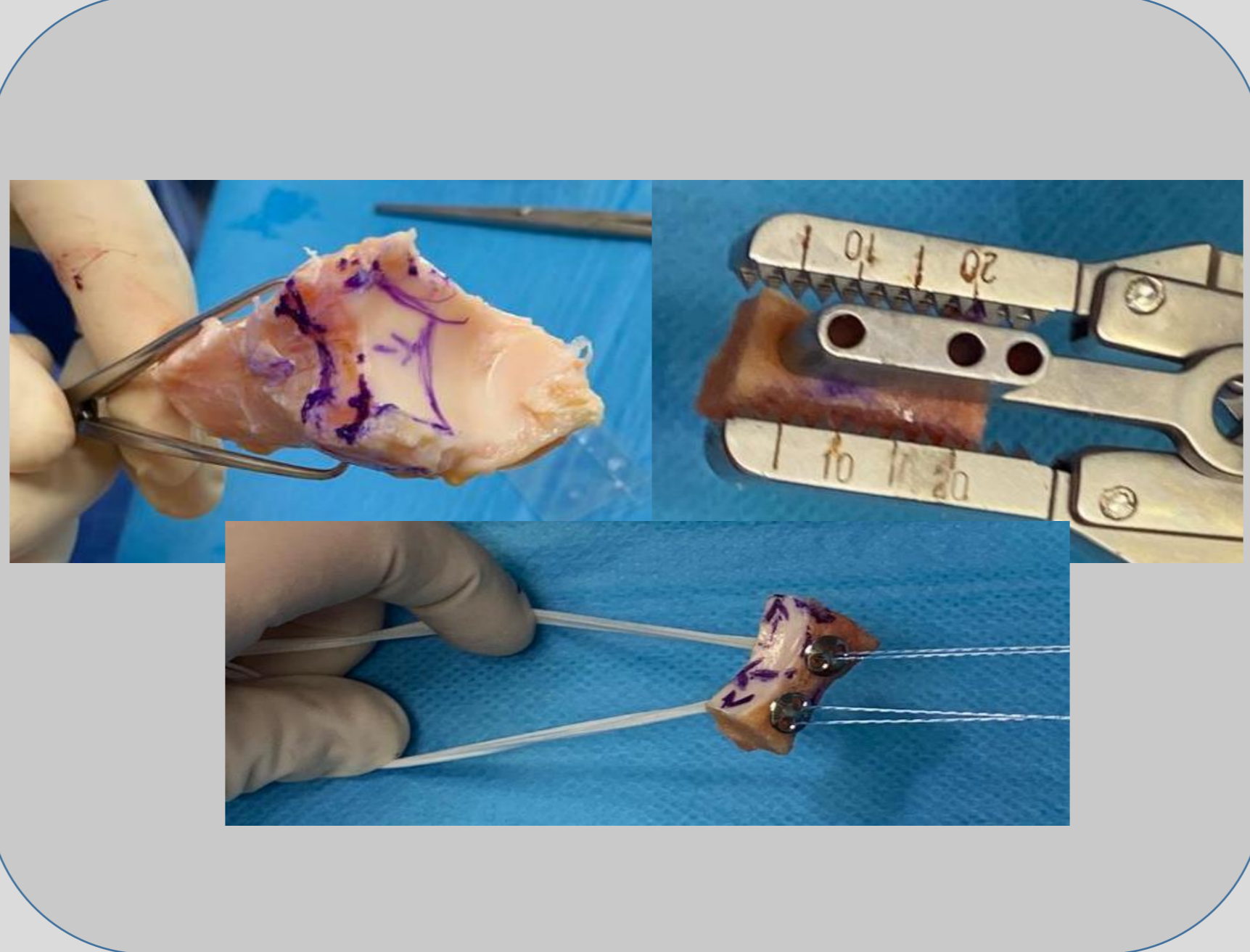


Fig.1. Preparación de pastilla ósea desde aloinjerto de tibia distal.
Fig.2. Brocado de orificios paralelos en la pastilla mediante instrumental específico.
Fig.3. Preparación definitiva de la pastilla; a la izquierda, suturas transóseas definitivas; a la derecha, dispositivos de anclaje cortical (endobutton) y suturas guía.

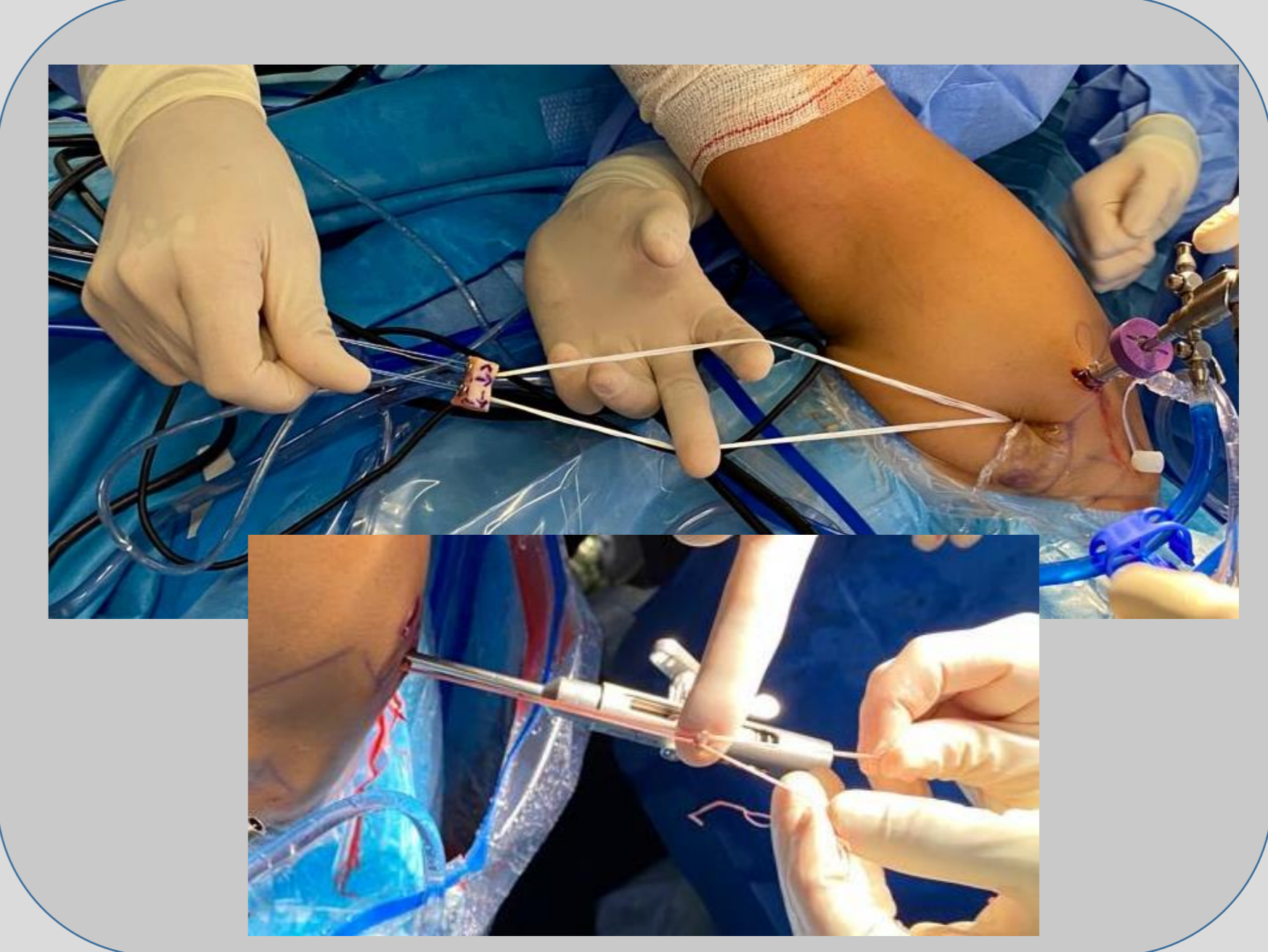


Fig.1. La pastilla ósea se introduce desde el portal anterosuperior traccionando de las suturas guía de la misma y se sitúa en la posición deseada del reborde glenoideo, bajo control artroscópico.
Fig.2. Sistema de fijación cortical, anudado definitivo y tensor.

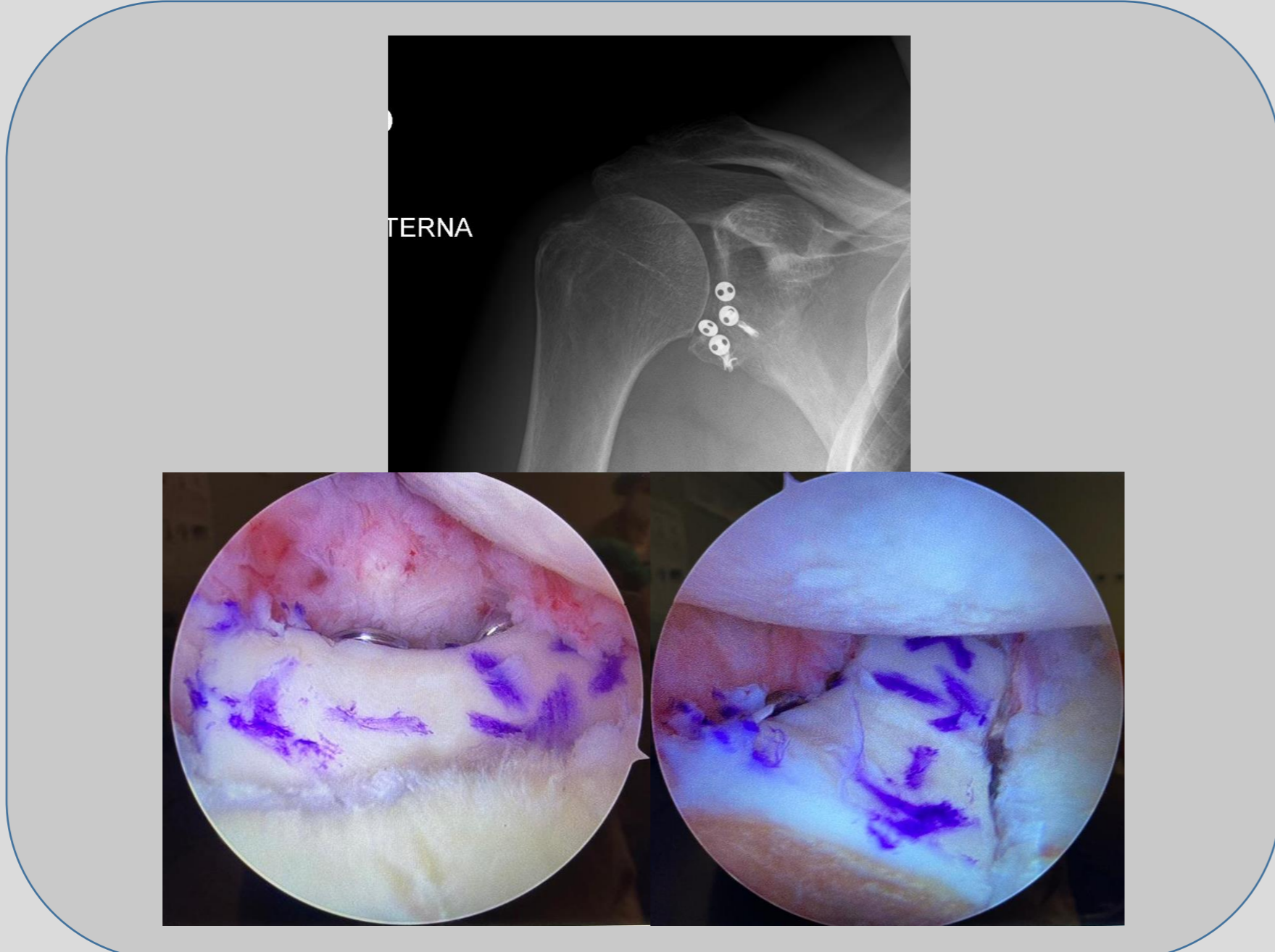


Fig.1. Control radiográfico postoperatorio.
Fig.2-3. Resultado final bajo control artroscópico.



Fig.1-2. El TC a los 5 meses muestra consolidación de pastilla ósea.

RESULTADOS

A los **5 meses**, **no dolor**; **movilidad completa** y vida normal, reincorporación a trabajo físico. TC muestra **consolidación de pastilla ósea**.

CONCLUSIONES

Las **técnicas de aumentación glenoidea** mediante injerto tricortical y suturas transóseas presentan **buenos resultados** en pacientes con inestabilidad glenohumeral recidivante, basando su **fijación** en la **calidad de las corticales** de injerto y glenoidea, con **mayor independencia del stock óseo y material previo** en esponjosa. Además, estas pueden presentar **ciertas ventajas** frente a las técnicas de transferencia coracoidea, como **menores riesgos de discinesia escapular** (no alteración pectoral menor) y **migración humeral superior** (no alteración del arco coraco-acromial), además de **preservar el músculo subescapular**.