

TRATAMIENTO DE LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA CON HILL SACHS INVERTIDO MEDIANTE TÉCNICA DE McLAUGHLIN MODIFICADA E INJERTO ÓSEO LIOFILIZADO

Susana Rodríguez Paz, Sonia Álvarez Ferre, Sonia Plaza Ortiz, Xavier Madirolas Alonso.

Cirugía Ortopédica y Traumatología, Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, Girona.

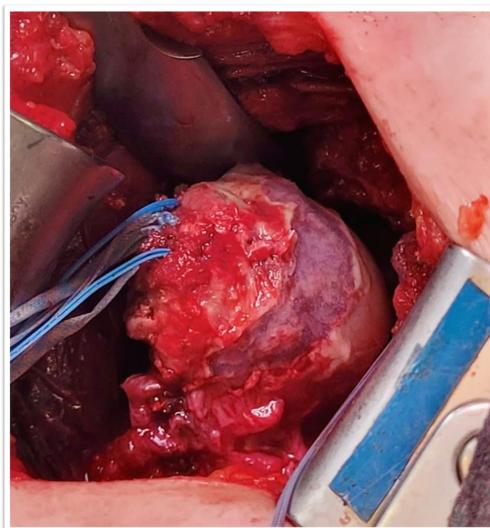
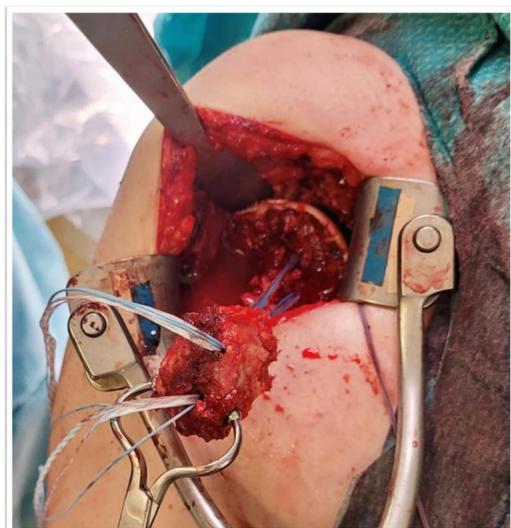
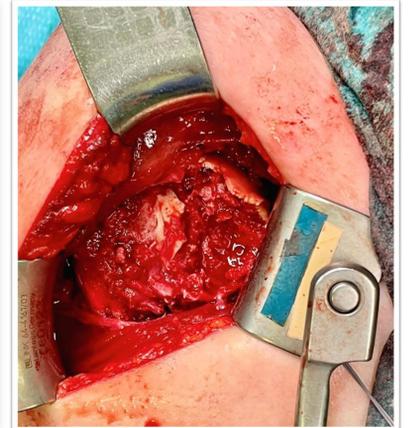
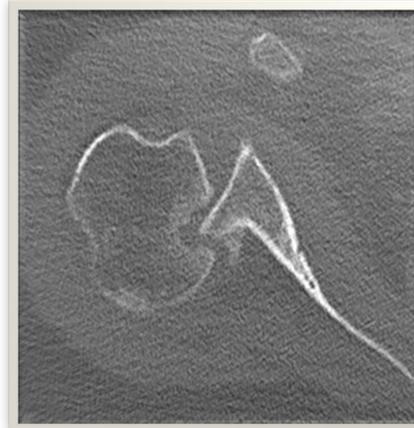
INTRODUCCIÓN:

Descripción de una variante de la técnica de McLaughlin modificada para luxaciones posteriores inveteradas con Hill Sachs invertido, mediante el uso de injerto óseo liofilizado y Condrofiler.

MATERIAL Y MÉTODO:

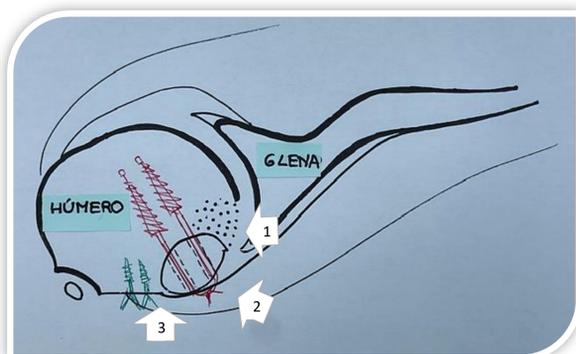
Mujer de 71 años diagnosticada radiológicamente de luxación posterior inveterada glenohumeral. Se planifica quirúrgicamente mediante estudio por tomografía computerizada y resonancia magnética confirmándose la luxación posterior, con Hill Sach invertido del 11% de la superficie articular e integridad del manguito rotador.

Se interviene a los 4 meses del traumatismo con gran dificultad para la reducción abierta (para lograrse, se desinsertó el subescapular, se realizó tenotomía parcial del supraespinoso y la sección del LGHI con liberación de la cápsula anterior).



Ante el aumento del defecto óseo que pasó a ser del 30% con las maniobras de reducción y dada la ausencia de banco de hueso o preparación de injerto autólogo, se realiza osteotomía del trocán de 2x3cm que se aporta a la zona del Hill-Sachs invertido. Se fija con 2 arpones reabsorbible, pasando los hilos por túneles transosseo.

Al quedar incompleta la cobertura del defecto óseo con el injerto autólogo se decide cubrir ese 10% remanente con injerto impactado de chips de esponjosa liofilizado (15cc) y Condrofiler hasta lograr la esfericidad. Se reinserta el subescapular en la zona dadora de injerto consiguiendo mejor contención del aporte óseo. Se reinserta el supraespinoso y se comprueba con escopia la correcta congruencia y estabilidad articular.



1. Injerto chips esponjosa + condrofiler
2. Fijación injerto autólogo trocán
3. Reinserción subescapular en zona osteotomía



RESULTADOS:

A los 8 meses se comprobó por TAC la osteointegración del injerto. Se confirmó clínicamente la estabilidad del hombro, con una balance articular activo limitado y una escala de constant de 58 a los 12 meses.



CONCLUSIONES:

En luxaciones posteriores glenohumorales de larga evolución es recomendable la reducción abierta y rellenar el defecto óseo de la cabeza humeral con diferentes procedimientos. Ante defectos entre el 25-40% se plantea la opción de transposición del trocán e injerto de chips liofilizados con Condrofiler.