

Ligamentoplastia de hombro. Nueva técnica

F.J. Gómez Cimiano¹, M. Sánchez Álvarez²

¹ Unidad de Artroscopia. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. ² USP Clínica la Esperanza. Vitoria

Correspondencia:

Dr. F.J. Gómez Cimiano
c/ San Juan, 12. 39692 Liaño de Villanueva (Cantabria)
Correo electrónico: gcimiano@yahoo.com

Se describe en este trabajo una modificación a la técnica clásica de ligamentoplastia de refuerzo capsular anterior de hombro –en la inestabilidad anterior del hombro–, la cual se realiza mediante técnicas artroscópicas y está indicada sola o acompañando otras técnicas.

En la técnica que describimos, la inserción del ligamento en el cuello de la glena no es transfixiante, y la fijación del ligamento se realiza con un tornillo interferencial.

Asimismo, la inserción del ligamento en el cuello del húmero no es transfixiante, y la fijación del ligamento se realiza también con tornillos interferenciales de biotenodesis.

Esta técnica es más segura que las técnicas transfixiantes y fácilmente reproducible.

Palabras clave: *Ligamentoplastia. Inestabilidad de hombro. Tornillos interferenciales.*

Shoulder ligamentoplasty. New technique

This paper describes a modification to the classical technique of reinforcing ligamentoplasty anterior shoulder capsule, shown in anterior shoulder instability, which is performed by arthroscopic techniques.

In the technique we are describing, the ligament insertion in the glenoid neck is not transfixing, and ligament fixation is performed with an interference screw.

The insertion of the ligament in the neck of the humerus is not transfixing, and ligament fixation is also made of biotenodesis interference screws.

This technique is safer than transfixing techniques and easily reproducible.

Key words: *Ligamentoplasty. Shoulder instability. Interferencial screw.*

INTRODUCCIÓN

La historia de la ligamentoplastia de hombro, como tratamiento de la inestabilidad anterior de hombro, se remonta a 1948, cuando Gallie y Le Mesurier⁽¹⁾ utilizaban la *fascia lata* como ligamento de refuerzo capsular anterior. Posteriormente, Caspari⁽²⁾, ya bajo control artroscópico, utilizaba asimismo la *fascia lata*, colocándola en el cuello de la glena y el cuello humeral.

Más recientemente, M. Sánchez⁽³⁾ remeda esta técnica, pero con un ligamento sintético diseñado por él mismo.

Existen estudios anatómicos de Golanó y Achalandabaso^(4,5) en CUADERNOS DE ARTROSCOPIA, así como la valoración del sitio idóneo de la fijación humeral de la plastia.

G. Cimiano⁽⁶⁾ ha presentado modificaciones a la técnica con implantes de tipo Endo-Button®.

Todas estas técnicas anteriores son transfixiantes en la glena, lo cual no está exento de riesgo de daño vasculonervioso.

Debido a esto, se presenta una nueva técnica no transfixiante ni en glenoides ni en húmero, fijando la plastia ligamentosa con tornillos interferenciales de Peek.

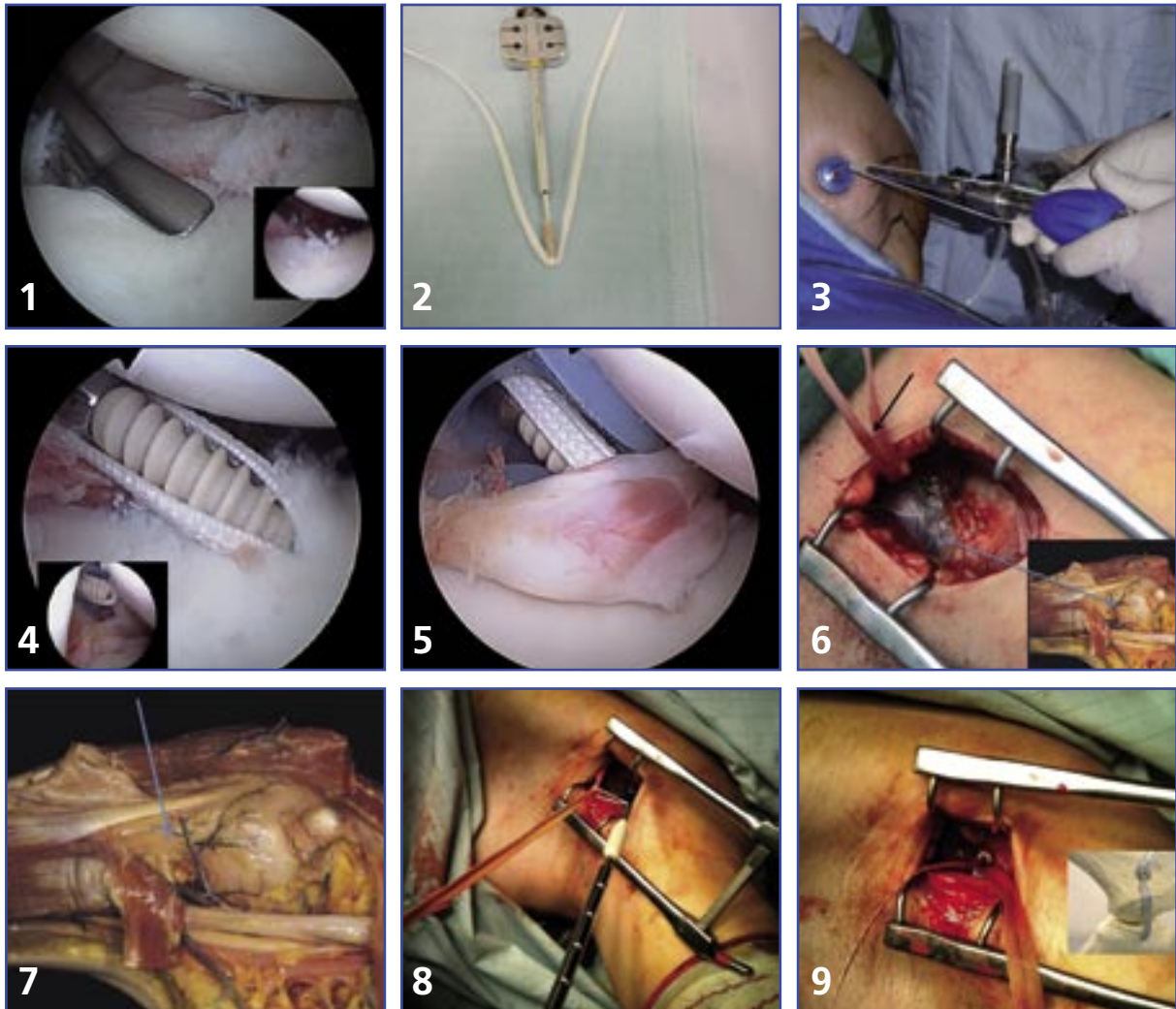


Figura 1. Inserción de aguja de Kirschner mediante guía. Se coloca la aguja de Kirschner, a las 3, sin realizar transfixión en la glena. Mediante broca canulada del 4,5, se perfora hasta 20 mm el cuello de la glena. *Figura 2.* Destornillador de biotenodesis con el implante (tornillo de 4,5 de Peek y el ligamento). *Figura 3.* Introducción del implante por el portal anterior. El destornillador con el implante se introduce a través de una cánula corta en el portal anterior. *Figura 4.* Inserción del implante en la cara anterior de la glena. *Figura 5.* Inserción sublabral. En los casos en que sea posible, la inserción del implante se debe realizar por debajo de la cápsula y del labrum. *Figura 6.* Visión operatoria del lugar de la inserción del implante en el cuello del húmero. Vía axilar para recobrar el ligamento por debajo del pectoral mayor (flecha negra). Flecha azul: vasos circunflejos (disección anatómica). *Figura 7.* Disección anatómica. La flecha indica el lugar de inserción del implante, por dentro de la corredera bicipital y entre los vasos circunflejos y el borde superior del dorsal ancho. *Figura 8.* Recogida del ligamento con destornillador de biotenodesis. Una vez realizado el brocado del túnel, en el húmero, se captura el ligamento con destornillador de biotenodesis y se tensa para introducirlo en el túnel. *Figura 9.* Implante colocado in situ en el cuello del húmero. Tornillo número 7 de Peek. Imágenes cedidas por cortesía del Dr. Pau Golanó.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Primer tiempo:

- Paciente en posición de cúbito lateral con tracción de 5 kg y a 70° de abducción.

- Portal posterior para visión con el artroscopio de 30°, y portal anterior con cánula corta de trabajo, lo más cercano al subescapular.
- Colocación de aguja de Kirschner a las 3, ayudado por una guía de apoyo glenoideo (**Figura 1**).

- Brocado número 4,5 a 2 cm de profundidad en la cara anterior de la glena y sólo una cortical.

- Inserción del implante con tornillo de 4,5 de Peek, montado en destornillador de biotenodesis (**Figuras 2-5**).

Segundo tiempo:

- Paciente en decúbito supino, con el brazo a 90° de abducción y rotación externa.

- Incisión axilar vertical. Disección roma a punta de dedo por debajo del pectoral mayor, recuperando el ligamento que sale por el portal anterior (**Figura 6**).

- Identificación de los vasos circunflejos separando el tendón conjunto del coracobíceps hacia la cara interna y marcando el lugar de inserción del ligamento por dentro de la corredera bicipital, a la altura de los vasos circunflejos (**Figura 7**).

- Colocación de aguja de Kirschner con brocado con broca canulada de 7 mm a 2,5 cm de profundidad en el punto humeral seleccionado previamente.

- Inserción del tornillo número 7 de Peek junto con el ligamento a tensión, con un destornillador de biotenodesis, con el brazo a 90° de abducción y 90° de rotación externa (**Figuras 8 y 9**).

DISCUSIÓN

Parecen claras las indicaciones quirúrgicas en la estabilización artroscópica de la inestabili-

dad anterior de hombro, cuando las lesiones son simples, como las lesiones de Bankart, luxaciones agudas o luxaciones con pocas recurrencias, que sea el brazo no dominante, la no existencia de lesiones óseas tanto en la glena como en la cabeza humeral o si las hay que sean de pequeña importancia.

Sin embargo, las lesiones no siempre son sencillas, sino que a veces pasan desapercibidas, o no son tratadas, o están contraindicadas para la artroscopia, por ser causa de fallos en la cirugía artroscópica, como las hiperlaxitudes sintomáticas, las lesiones capsulares irreparables, las lesiones HAGL (avulsión humeral de los ligamentos glenohumerales), las lesiones de Bankart óseo, las erosiones en la glena o las lesiones de Hill-Sachs, o simplemente porque son lesiones de difícil solución por artroscopia, por lo que en dichos casos se indica la cirugía abierta.

Así pues, la ligamentoplastia funciona como una tenodesis del subescapular, similar al efecto de la técnica de Bristow-Latarjet o Helfet, y ocupa un lugar entre la cirugía artroscópica y la abierta, pudiendo utilizarse sola o junto con otros gestos artroscópicos, como plicaturas capsulares, reinserciones de Bankart, etc.

La ligamentoplastia de hombro no transfixiante ni en la glena ni en el húmero minimiza los riesgos quirúrgicos y aporta un plus de seguridad en la que las indicaciones artroscópicas son límites.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallie WE, Le Mesurier AB. Recurring dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br* 1948; 30B (1): 9-18.
2. Caspari RB. Arthroscopic reconstruction for anterior shoulder instability. *Tech Orthop* 1988; 3 (1): 59-66.
3. Sánchez M. Luxación recidivante de hombro. Cirugía artroscópica con refuerzo capsular anterior sintético. *Cuadernos de Artroscopia* 1995; 2 (2): 46-52.
4. Golanó P, Achalandabaso J. Bases anatómicas en la ligamentoplastia anterior de hombro. *Cuadernos de Artroscopia* 1998; 5 (9): 28-34.
5. Golanó P, Achalandabaso J, Escobar E, Uribarri J, Fariñas O. La fijación humeral de las plastias anteriores de hombro. Estudio anatómico de la transfixión cerrada humeral. *Cuadernos de Artroscopia* 2002; 9 (17): 12-6.
6. Fakkas Fernández M, Gómez Cismiano J, Gómez del Álamo G, Cismadevila Isla A, Martínez Oliva JI. Tratamiento de la inestabilidad glenohumeral mediante ligamentoplastia con EndoButton®. En: XXIV Congreso de la Asociación Española de Artroscopia. León; mayo de 2006. CO n.º 25.