

RESULTADOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS DEL TOPE ÓSEO ARTROSCÓPICO CON SISTEMA DE FIJACIÓN DE DOBLE BOTÓN CORTICAL PARA INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO CON DEFECTO GLENOIDEO

del Potro Jareño, Ana¹; Conde Ruiz, Laura¹; García Maya, Beatriz¹; Antón Mateo, Rodrigo¹; Brotat Rodríguez, María¹.

¹Hospital Universitario Infanta Elena (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos con **tope óseo** se emplean en la **inestabilidad anterior del hombro** asociada a **pérdida ósea glenoidea**. La fractura del tope óseo, la pseudoartrosis y la reabsorción del aloinjerto son complicaciones relacionadas con el injerto que deben minimizarse.

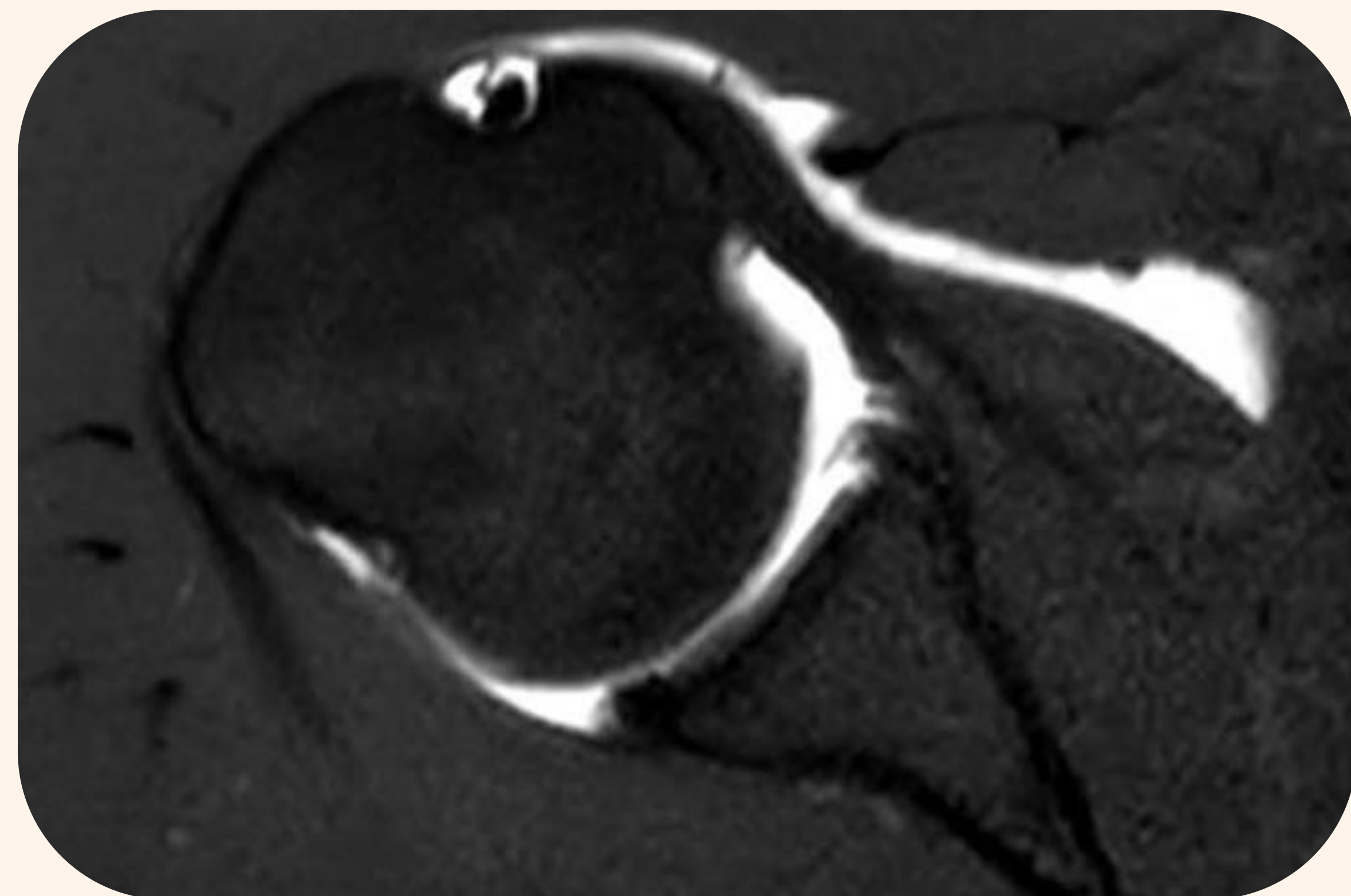


Fig. 1. Corte axial de arthroRMN. Desinserción del labrum anteroinferior con lesión de Bankart

OBJETIVOS

Evaluar los resultados **clínicos** y **radiológicos** del **bloqueo óseo alogénico** artroscópico fijado con un sistema de **doble botón cortical** para la inestabilidad anterior recidivante.

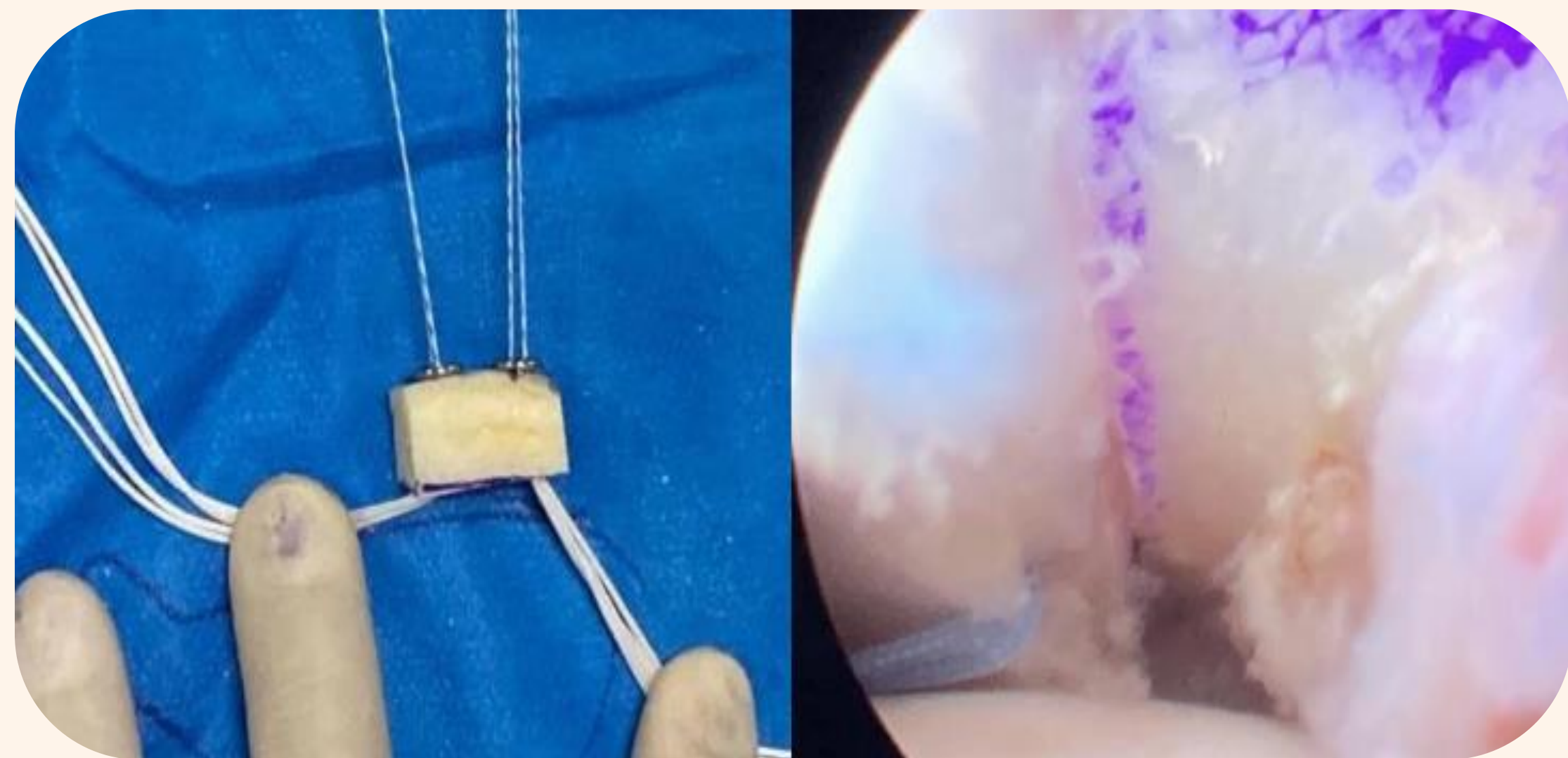


Fig. 2. Tope óseo con sistema de doble botón cortical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio **descriptivo retrospectivo** entre enero de 2021 y enero de 2022 con un seguimiento mínimo de 2 años. Los criterios de inclusión fueron pacientes con **3-5 episodios de luxación glenohumeral**, **pérdida ósea glenoidea del 10-15%**, labrum anteroinferior de buena calidad y lesión de Hill-Sachs. En todos los pacientes se realizó cirugía artroscópica de tope óseo con aloinjerto de cresta iliaca fijado mediante un sistema de **doble botón cortical**.

RESULTADOS

8 pacientes: 7 hombres y 1 mujer, edad media de 30,12 años (21-53).

Abducción media: 140° ±5

Flexión anterior media: 150° ±5

Rotación externa media: 30° ±5

Se observó una reabsorción significativa del injerto en el control mediante tomografía computarizada (TC) en todos los pacientes durante el periodo de seguimiento, especialmente en la parte superior, aunque solo un paciente refirió inestabilidad, requiriendo conversión a procedimiento de Latarjet.

No se encontró relación entre la reabsorción del injerto y los niveles de glucosa preprandial, el IMC, el tabaquismo o el consumo de alcohol.

Variables epidemiológicas (factores preoperatorios: edad, sexo, lado dominante, IMC, glucemia preprandial, tabaquismo, consumo de alcohol, deporte, mecanismo de la primera luxación de hombro y número de luxaciones), variables clínicas (rango de movimiento, signo de aprehensión, test de recolocación, test del cajón anterior y escala de Constant) y evaluación radiológica (pérdida ósea glenoidea y lesiones de Hill Sachs) en el preoperatorio y postoperatorio.

CONCLUSIONES

El **tope óseo artroscópico** con **aloinjerto de cresta iliaca** es una opción terapéutica válida para **defectos glenoideos subcríticos**. Sin embargo, la elección del injerto representa un desafío para evitar su **reabsorción**. Los aloinjertos han mostrado altas tasas de reabsorción radiológica, especialmente en la parte superior, **sin repercusiones clínicas significativas en la mayoría de los casos**.



Fig. 3. Estabilización con tope óseo de cresta iliaca y fijación con doble botón cortical.