

SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"COMANDANTE PINARES"  
SAN CRISTÓBAL. PINAR DEL RÍO

## *Solución quirúrgica de la inestabilidad anterior del hombro por la técnica de Bristow-Latarjet*

Dr. C. Julio César Escarpanter Buliés\*, Dr. Ariel González Conde\*\*

\* Dr. en Ciencias Médicas, Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología, Profesor Auxiliar, Hospital General Docente "Comandante Pinares".

\*\* Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Servicio de Ortopedia y Traumatología HGD "Comandante Pinares".

---

### RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en pacientes adultos mayores de 15 años ingresados en el Hospital General Docente "Comandante Pinares" de San Cristóbal, Pinar del Río, con el diagnóstico de luxación anterior recurrente del hombro operados por la técnica de *Bristow-Latarjet* en el período comprendido entre septiembre de 2002 hasta abril de 2005, con el objetivo de demostrar la efectividad de la misma. Se demuestra la eficiencia del método quirúrgico empleado, obteniendo un 100 % de resolución de la patología con un escaso número de problemas o complicaciones. Se concluye que la técnica es un método quirúrgico de fácil y rápida instrumentación transoperatoria, que necesita de pocos recursos, disminuye la estadía hospitalaria, precisa en pocos casos de transfusión transoperatoria y tiene resultados excelentes en los casos en que está indicada. **Palabras clave:** inestabilidad anterior del hombro, luxación anterior del hombro, técnica de *Bristow-Latarjet*.

---

### Abstract:

Between September 2002-April 2005 a group of adult patients with anterior recidivant shoulder luxation was operated in our Hospital with Bristow-Latarjet technique. In the results 100% cure with minimal complications without reproduction of the luxation. We conclude that this technique is easy to do, no so much instrumentation, reduce hospitalisation time and have excellent results in well indicated patients. **Key words:** anterior shoulder instability, shoulder luxation, Bristow-Latarjet technique

---

### INTRODUCCIÓN

La inestabilidad del hombro ya era conocida en el año 460 ANE por Hipócrates, que la trataba por el método de cauterización utilizando puntas metálicas incandescentes para dislacerar las estructuras anteriores del hombro con posterior inmovilización<sup>1</sup>. Con eso provocaba un obstáculo anterior para limitar la rotación externa del brazo. Hasta hoy, permanece el mismo objetivo, pero sin provocar la limitación de la rotación externa.

La luxación escapulohumeral es el desplazamiento de tipo traumático de la cabeza humeral cuya superficie pierde contacto con la cavidad glenoidea de la escápula, es la más frecuente de todas las luxaciones (alrededor del 50 %); se presenta casi exclusivamente en el adulto, ya que en el niño son más frecuentes las fracturas y los desplazamientos epifisarios y en los ancianos, las fracturas<sup>2</sup>; es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres. Este tipo de luxación

es muy frecuente a causa de la gran movilidad de la articulación, el poco contacto entre ambas superficies articulares y la debilidad del aparato cápsulo-ligamentoso; la luxación de hombro más frecuente es la anterior y es a su vez la que comúnmente se hace más recidivante estando esta recidiva directamente relacionada con la edad: en el adulto joven se presenta con más frecuencia, mientras que en los pacientes por encima de 45 años ocurre raramente<sup>2</sup>.

Existen varios factores que contribuyen a la luxación recidivante del hombro: insuficiencia de la inmovilización después del episodio inicial; la edad (la recidiva es más probable en el 90 % de los menores de 20 años y en aproximadamente el 10 % de los mayores de 40); el mecanismo del traumatismo inicial (caída con el brazo en abducción, rotación externa y extensión impulsando la cabeza hacia delante, desgarrando no solamente el labio de sus inserciones, sino que también desgarran el periostio y la cápsula de la superficie anterior de la escápula); la extensión y localización de la lesión (la lesión de *Bankart* y/o la lesión de *Hill-Sachs*)<sup>3-4</sup>.

Para solucionar la luxación recurrente del hombro se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas a lo largo de la historia, de lo que se desprende que ninguna ha resuelto completamente el problema; antes de *Latarjet* describir su técnica, *Bristow* trataba la inestabilidad anterior del hombro de modo semejante, pero no se preocupó por publicar el método y sus resultados; su contribución no fue perdida en el tiempo porque su discípulo *Helft* los publicó posteriormente en 1958<sup>5,6</sup> y desde entonces muchos cirujanos utilizan la misma<sup>7</sup>.

Hemos seleccionado la técnica descrita originalmente por *Bristow* y que fue preconizada posteriormente por *Latarjet*, por los excelentes resultados obtenidos en su aplicación, los que están descritos en la bibliografía consultada y además por la simplicidad en la solución del problema, por la factibilidad de su realización en nuestro medio, por el ahorro que presupone no necesitar de transfusión de sangre en la gran mayoría de los casos y por la disminución del tiempo quirúrgico entre otras ventajas.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo en todos los pacientes ingresados y operados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital General Docente "Comandante Pinares" de San Cristóbal, Pinar del Río bajo el diagnóstico de inestabilidad anterior del hombro o luxación recurrente del hombro, en el período de tiempo que media entre los meses de septiembre de 2002 y abril de 2005, utilizando la técnica quirúrgica descrita por *Bristow* y preconizada por *Latarjet*.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA:

El método consiste en el transplante de la apófisis coracoides junto con el tendón conjunto de la porción corta del bíceps y del pectoral mayor (figuras 1 y 2) al borde anterior de la glenoides; para garantizar la estabilidad estática y dinámica la coracoides debe ser colocada en posición antero-medial en la glenoides (figura 3). El efecto dinámico es dado por el ligamento coracobraquial y por la cabeza corta del bíceps durante la abducción y la rotación externa<sup>8</sup>. Con esta técnica se evitan muchas de las complicaciones descritas en la literatura<sup>9-10</sup>.

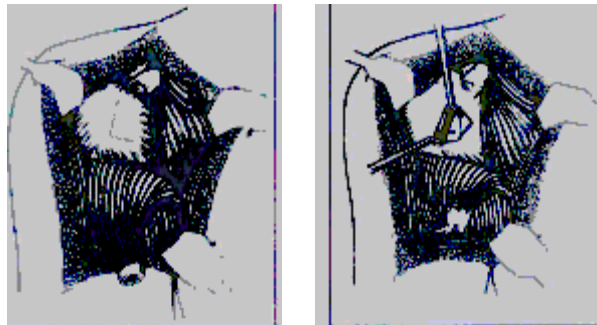
**CRITERIOS DE INCLUSION:** Se incluyó todo paciente mayor de 18 años, con más de 21 días de evolución de la última luxación que presente los signos y síntomas de una inestabilidad anterior del hombro o de una luxación recurrente anterior del hombro, que tenga en sus antecedentes más de un evento anterior, que no tenga contraindicación alguna para el acto quirúrgico y que manifestó su consentimiento para la realización del mismo.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Ausencia de síntomas de la patología en cuestión, menos de 18 años de edad, menos de 21 días de la última luxación, presencia de alguna contraindicación para el acto quirúrgico o que estuviera en desacuerdo con la realización del mismo.

**VARIABLES A ESTUDIAR:** Edad, sexo raza, antecedentes de luxación previa y su tratamiento, signos clínicos y radiográficos presentes, detalles del acto quirúrgico, necesidad de transfusión transoperatoria, complicaciones y resultado final.

\*Imágenes tomadas de: "Inestabilidad anterior do ombro: tratamento cirúrgico pela técnica de Bristow-Latarjet". Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia 1998; 33(9):724-730

Figura 1



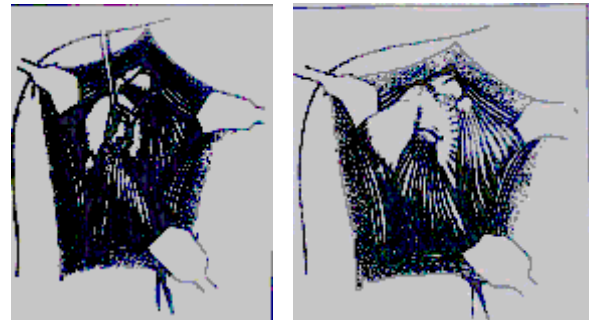
a

b

a. Apertura en "L" del músculo subescapular. Sección de la coracoides.

b. Visualización de la glenoides. Tornillo colocado en la porción de la coracoides seccionada.\*

Figura 2



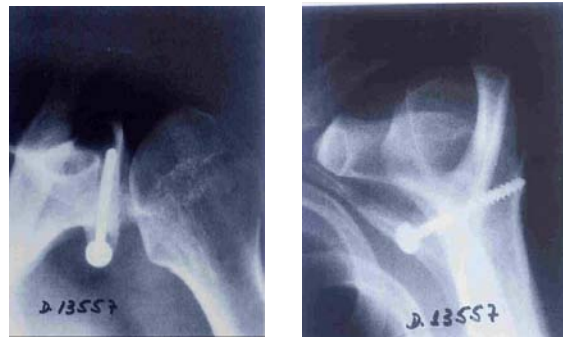
a

b

a. Posición final de la coracoides en el reborde glenoides.

b. Sutura del músculo subescapular.\*

Figura 3



a

b

Tornillo maleolar colocado en la glenoides.

a. Vista anterior.

b. Vista axial.\*

#### PATRON EVALUATIVO DE LOS RESULTADOS:

**BUENO:** Resuelta la afección, no complicaciones, incorporación a sus actividades habituales en menos de tres meses, satisfacción del paciente con el resultado final.

**REGULAR:** Resuelta la afección, complicaciones mínimas resueltas, incorporación a sus actividades habituales entre tres y cuatro meses, satisfacción del paciente con el resultado final.

**MALO:** No resuelta la afección, complicaciones no resueltas o secuelas dependientes del acto quirúrgico, imposibilidad de incorporarse a sus actividades habituales o hacerlo con limitaciones importantes, insatisfacción del paciente con el resultado final.

#### RESULTADOS

El grupo de edad predominante fue el comprendido entre las edades de 18 y 30 años (57,14 %) y en segundo lugar los comprendidos entre los 31-45 años, en el sexo la relación fue de 20 hombres por cada mujer (figura 4).

En 13 de nuestros pacientes hubo una historia de entre 4 y 6 luxaciones previas (figura 5), y en 5 los antecedentes fueron el de haber tenido 10 o más de estos eventos, recibieron anestesia para reducir la primera luxación 14 pacientes y en 7 de ellos se obvió una inmovilización adecuada del hombro.

Durante el transoperatorio hubo necesidad de

Figura 4: Distribución etárea.

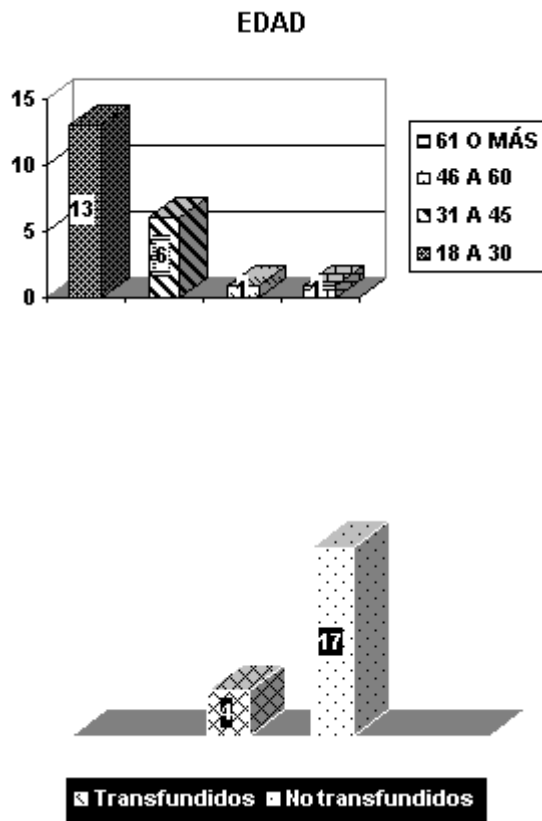
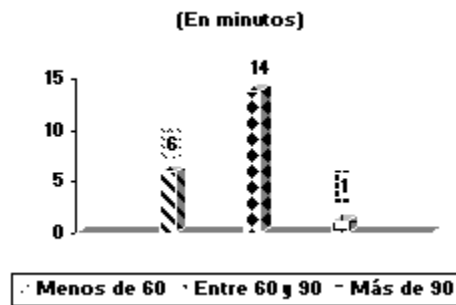
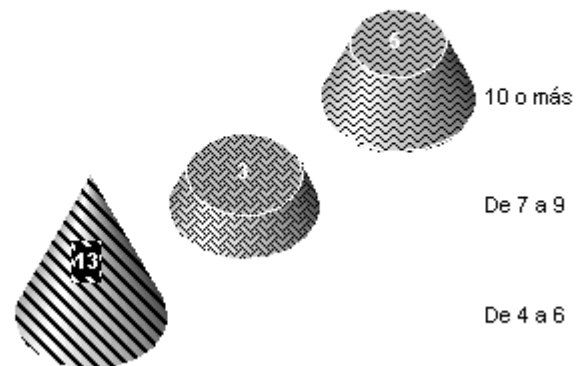


Figura 6: a. Número de transfusiones en el transoperatorio.  
b. Tiempo quirúrgico.

Figura 5: Número de luxaciones previas



b

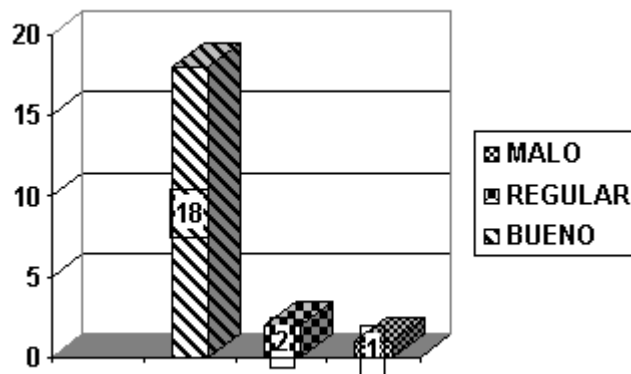
transfundir solamente al 19 % de los casos o sea, a 4 pacientes y el tiempo quirúrgico se mantuvo en la mayoría de los casos entre los 60 y los 90 minutos (figura 6), sobrepasando ese tiempo sólo un paciente.

El resultado final de la técnica utilizada para solucionar la inestabilidad anterior del hombro se refleja en la figura 7 donde puede observarse que el 85,7 % de los pacientes (18 casos) tuvieron un resultado final satisfactorio; dentro de los problemas que ocurrieron al implementar esta técnica, en dos casos se produjo ruptura transoperatoria de la coracoides al colocar el tornillo maleolar que la fijaría a la glenoides, a pesar de perforarla previamente con un Steiman de 3.5 mm para labrar el canal; este problema fue resuelto realizando un cerclaje de alambre fino (0,5 mm.) a la misma para continuar posteriormente la cirugía, es de notar que estos dos pacientes evolucionaron satis-

factoriamente, sólo que prolongamos en ellos el tiempo de inmovilización postoperatoria que como promedio osciló entre un mes y 6 semanas y por ende su recuperación se alargó a un período de entre 3 y 4 meses posteriores a la cirugía, pero la coracoides en fin, consolidó adecuadamente en el lecho labrado en la glenoides y su recuperación fue absoluta; el caso (la única mujer de la serie) que se evaluó como un mal resultado, se determinó así debido a que al implantar el tornillo éste quedó a 9 mm por encima del punto medio de la glenoides lo que derivó en un grado moderado de limitación a la elevación anterior y lateral del brazo; sin embargo hasta ahora no han existido recidivas de su cuadro de luxación recurrente.

Los resultados finales de la implantación de la técnica no estuvieron influidos en momento alguno por la historia del método de reducción inicial, ni la utilización o no de inmovilización posterior a la primera

Figura 7: Resultado final.



Malo: inserción alta del tornillo en la glenoides.  
Regulares: ruptura transoperatoria de la coracoides.

reducción, por eso consideramos que la técnica puede utilizarse con independencia de estos antecedentes.

## CONCLUSIONES

Los resultados finales satisfactorios del uso de la técnica quirúrgica de *Bristow-Latarjet* en la solución de la inestabilidad anterior recidivante del hombro son alentadores; es una técnica simple en su implementación operatoria, atraumática y por ende poco sangrante, que se realiza en un tiempo anestésico-quirúrgico razonable y que no necesita en la mayoría de los casos de transfusión sanguínea; es factible de ser realizada en un quirófano con las condiciones mínimas indispensables y, con un dominio adecuado de la técnica, se realiza con pocas complicaciones o problemas, por lo que se recomienda en la solución de esta complicación tan frecuente de la traumatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bach JB. Hippocrates with an English translation. En Wethington Et. Hippocrates with an English translation, V.3. London: William Heninemann Ltd., 2001:76-77.
2. Alvarez Cambras R, Ceballos Mesa A, Murgadas Rodríguez R. Lesiones traumáticas del hombro. En Cirugía Ortopédica y Traumatológica. T-I. La Habana. Edit. Pueblo y Educación. 1985:168-174.
3. Turek SL. Hombro: Anatomía quirúrgica. En

Ortopedia: principios y aplicaciones. 3ra. Ed. La Habana. Edit. Científico-Técnica, 1999; T-2:1001-1008.

4. Hill HA, Sachs MD. Radiology. The grooved defect of the humeral head. St. Louis: Mosby; 2001:198-202.
5. Helft AJ. Coracoids transplantation for recurring dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg (Br) 1958; 40:198-202.
6. Watkins RG. Coracoid transplantation for recurring dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg 2001; 40:198-202.
7. Edmonson AS, Crenshaw AH. Cirugía ortopédica (Campbell). La Habana. Edit. Científico-Técnica, 2000; 487-500.
8. Guiotti Filho J, Wall Borges AC, Weber Ravelo L, Rodrigo Daher W. Inestabilidade anterior do ombro: tratamento cirúrgico pela técnica de Bristow-Latarjet. Rev Bras Ortop 1998; 33(9):724-730.
9. Warren RF. False aneurysm of the axillary artery as a complication of the modified Bristow procedure. Philadelphia; Injury 2001; 18:427-428.
10. Richards RR, Hudson AR. Bertoia JT, et-al. Injury to the brachial plexus during Putti-Platt procedures. A report of eight cases. Am J Sports Med 1987; 15:374-380.

Dr. C. Julio César Escarpanter Buliés.  
Melones 507 entre Pérez y Santa Ana.  
Luyanó, 10 de Octubre. Ciudad Habana.  
Telf. 98.3784. e.mail: jcescar@infomed.sld.cu