

14
2e)



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

Stamp: FACULTAD DE MEDICINA, JUN 6 1984, SERVICIOS ESCOLARES, DEPARTAMENTO DE POSGRADO, MDMR

"MAL LUXANTE DE HOMBRO"

TRATAMIENTO QUIRURGICO CON TECNICA
DR. GARCIA LEON MODIFICADA INTRACAPSULAR
MIXTA

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

P R E S E N T A :
DR. JOSE ORLANDO CARPINTERO CASTILLO
PARA OBTENER EL GRADO DE
E S P E C I A L I S T A E N :
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JORGE GARCIA LEON

1984

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Vo.Bo.

Dr. Jorge García León

Profesor Titular del curso de
Traumatología y Ortopedia



Vo.Bo.

Dr. Benjamín Soto de León

Director de Enseñanza e Investigación

Dirección General de Servicios de Salud del

Departamento del Distrito Federal

DEDICATORIAS

A ti, Señor mi Dios:

por otorgarme fuerza y energía para alcanzar este objetivo de superación y realización

A usted, mi maestro Dr. Jorge García León:

*por su inquietante deseo de estimularme y guiarme al conocimiento del vasto campo de la
Ortopedia...*

Por supuesto, a mis compañeros y amigos de residencia:

gracias por los momentos buenos y malos, siempre sonriendo...no los olvidaré.

A ustedes, Queridos padres:

por creer en mí y otorgarme tanto apoyo moral como espiritual.

También a ustedes, mis hermanos:

porque juntos hemos formado un gran equipo de entrega y servicio por nuestros semejantes.

Especialmente para ti, Querida esposa Coco:

*porque a través de la distancia tu amor paciente me ha sostenido tanto en las angustias como en
las alegrías...mi tributo, y compromiso para estar juntos siempre.*

Y finalmente a ti, mi pequeña Danya Yaneth:

por ser el impulso de mi vida...

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
HIPOTESIS NULA.....	6
HIPOTESIS ALTERNA.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
CRITERIOS DE INCLUSION.....	8
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	8
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	8
TIPOS DE VARIABLE.....	9
CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	9
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	10
PLAN DE TABULACION.....	11
RECURSOS FISICOS.....	11
RECURSOS HUMANOS.....	12
FINANCIAMIENTO.....	12
RESULTADOS.....	13
CONCLUSIONES.....	16
GRAFICAS.....	
BIBLIOGRAFIA.....	

INTRODUCCION

Las articulaciones del cuerpo humano por presentar una disposición geométrica lineal, pueden clasificarse de una manera sencilla y práctica; en verticales, horizontales, oblicuas y mixtas.* Las *verticales* en forma general por esta disposición geométrica necesitan de uniones firmes, por lo que son comunes las anfiartrosis, las excepciones enartrosicas como la glenohumeral y patelofemoral sufren por dicha disposición la posibilidad dislocante que puede transformarse en *mal luxante*. Las *horizontales*, como las intervertebrales, femorotibial, etc..., debido a su disposición y en relación a la gravedad y conexiones, son estables con menor posibilidad de luxación. Las *oblicuas*, como la articulación coxofemoral son estables por su conformación enartrosica, sin embargo, al no ser sindesmótica, tiene la posibilidad de luxación. Finalmente tenemos las *mixtas*, que son representadas por la tibia-peronea-astragalina y columna vertebral, en las cuales su característica principal es que predomina la articulación mayor, en el caso del tobillo, la tibia-astragalina que es horizontal da la posibilidad patológica de luxación.

En enfoque diferente, el hombro es estabilizado por las conexiones que lo constituyen: la *ósea*, que es realmente inestable, ya que anatómicamente la cavidad glenoidea sólo cubre una tercera parte de la cabeza humeral; la *cápsulo-ligamentaria*, es donde encontramos la base de la patología en la luxación (18) y por último la *músculo-tendinosa*, que otorga un refuerzo importante en la región anterior de la articulación; todas estas conexiones funcionan de una manera dinámica y conjunta.(7)

En otro orden de idea, se puede hacer una comparación entre las articulaciones glenohumeral y coxofemoral, en relación a su función básica: la articulación de la cadera, es una articulación de *presión*, por lo tanto a nivel de la unión del cartilago trimadiado, la cabeza femoral estimula la formación del acetábulo en forma de "copa de crema o vino", dirigiendo el estímulo en forma de circunferencia, dando como resultado el iliaco, isquion y pubis; el hecho contrario ocurre en

el hombro en donde encontramos una articulación de *tracción*, misma que tiene su "cartilago trirradiado" a nivel de la fosa supraglenoidea, en la inserción de la porción larga del biceps braquial (homólogo del ligamento redondo de la cadera) y que dá a la glenoides, debido a su tracción, una conformación en "copa de champagna", que la hace propensa a la inestabilidad.

Retomando la clasificación inicial de las articulaciones, la glenohumeral debido a su situación axial y vertical, así como a la capacidad de proyectar la mano en un espacio semiesférico anterior, presenta una situación laxa de la conexión capsulo-ligamentaria, que a diferencia de la articulación coxofemoral es menos potente, lo que provoca la luxación. Por esta razón y la problemática ergológica que arrastra ha sido objeto de un constante e importante estudio a través de la historia, dando como consecuencia una amplia variedad de manejos quirúrgicos, que tienen como finalidad *aumentar* la capacidad contenitiva de los elementos que la constituyen.

El presente trabajo deja ver los resultados de la experiencia en la utilización de la técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mbd, realizado en el Hospital General "Dr. Rubén Leñero", intentando con ello lograr que los pacientes se integren lo antes posibles a sus actividades previas, evitando o minimizando las complicaciones socioeconómicas que se acompañan con esta patología.

ANTECEDENTES

Desde épocas remotas entre 3,000 a 2,500 años a.C., se tienen reportes de la presencia de luxación así como de su manejo, en la traducción de los papiros de Edwin Smith. Con Hipócrates, 400 años a.C., que comenzó a ensayar con bases científicas escribiendo una obra titulada "Sobre las articulaciones"; siguiendo con varios autores que hicieron la descripción de las lesiones inherentes al mal en el siglo XIX, como Joessel en 1880, quien refirió la lesión de los tendones rotadores, predisponiendo esta situación a luxación recidivante; Cramer y Kuster en 1882, describieron el defecto posterolateral, mucho antes de los conocidos Hill y Sachs en 1940 (11); Brocca y Hartmann en 1890, describieron la lesión del labio anterior de la glenoides, que actualmente conocemos con el epónimo Bankart (1923). (4, 16)

Las técnicas quirúrgicas las podemos agrupar en aquellas que aumentan las diferentes conexiones glenohumorales, que fueron referidas en la introducción:

a) **Osea:** Eden/Hybbinette (1932), colocaron un injerto óseo anterior como "lope"; Helfet (1958), transfirió apófisis coracoides al reborde glenóideo denominándola Bristow; Weber (1969) diseñó una osteotomía desrotadora para cambiar de dirección la cabeza humeral (13); Meyer/Burgdorff (1933) describió osteotomía del cuello glenóideo modificando la inclinación anterior; De la Fuente (1992) coloca "lope" óseo con porción de clavícula. b) **Cápsulo-ligamentaria:** Perthes (1906) insertaba la cápsula en el rodete glenóideo con grapas; Bankart (1923), insertaba la cápsula con perforación y sutura. c) **Músculo-tendinosa:** Claimont/Ehrlich (1909) y Finsterer (1917) practicaron mioplastias; Magnuson/Stack (1943) transfirieron el músculo subescapular a una inserción más lateral y Osmond/Clarke (1948) describen la operación Putti-Platt en la que se "plica" la porción tendinosa del músculo subescapular.(8) d) **Mixtas:** que logran aumentar en más de una de las conexiones previas, Nicola (1929) y Henderson (1949), pasaban tendones a través de la cabeza humeral y glenoides; May (1970) modifica la de Bristow abriendo longitudinalmente el músculo subescapular, pasando el tendón conjunto e insertarlo en el borde

anterior de la glenoides.(1) En 1974 el Dr. Jorge García León describe una técnica en la que desinsertaba los músculos braquiales coracoides con su porción huesosa para introducirlos intracapsularmente por dos incisiones transversas en las zonas caudal y cefálica, para insertarlos nuevamente en su sitio coracoides; tomando en cuenta el mismo autor, que la desinserción coracoides es inútil y las incisiones capsulares son insuficientes para la observación intraarticular, en 1992 la modifica, abriendo la cápsula longitudinalmente y/o junto al músculo subescapular sin desinserción del tendón conjunto, el cual reposará directo en la articulación, plicando la cápsula y porción tendinosa del músculo subescapular.

JUSTIFICACION

En el Hospital General "Dr. Rubén Lefero", se atiende un gran número de pacientes con problemática traumática; en ese sentido el servicio de Ortopedia recibe con cierta frecuencia a pacientes con luxaciones recidivantes de hombro, con antecedente traumático primario. Debido al tipo de pacientes con nivel sociocultural variado, pero mayormente bajo, el diagnóstico y tratamiento deben ser adecuados, para que el paciente se integre pronto a sus actividades laborales, evitando así las complicaciones articulares propias del mal, así como a la problemática socioeconómica por la incapacidad que trae consigo la patología. Debido a la gran cantidad de técnicas quirúrgicas (4) que se han diseñado para el Mal Luxante de Hombro, pretendemos demostrar que en nuestro país se pueden diseñar nuevas técnicas alternativas, que ofrezcan al paciente menor costo por material quirúrgico; así como mayores ventajas para su pronta rehabilitación e integración a la vida productiva del país. (15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Mal Luxante de Hombro, al ser definido como una condición *laxa* de la conexión cápsulo-ligamentaria, en la que se presenta alteración anatómica funcional, que provoca la luxación recurrente por movimientos *triviales*, plantea un verdadero reto para el ortopedista por la problemática incapacitante y secuelas que se pueden presentar (17). Debido a la gran cantidad de manejos quirúrgicos, se puede pensar que ni uno ni otro manejo son los únicos para solucionar el problema, por lo que se hace necesario desarrollar nuevas técnicas con principios propios del Servicio de Ortopedia del Hospital General "Dr. Rubén Lefero", complementándolos con los principios ya descritos.

OBJETIVOS

1. Utilización de la técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mbta, intentando con ella aumentar la capacidad contentiva de las conexiones cápsulo-ligamentaria y músculo-tendinosa de la región anterior de la articulación glenohumeral.
2. Verificar la contención y funcionabilidad cuantitativa de los movimientos de abducción y rotación externa.
3. Observar y valorar el tiempo de evolución en semanas hasta la integración a sus actividades previas a la cirugía.

HIPOTESIS NULA

El tratamiento del Mal Luxante de Hombro, con la técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mbta, NO se refuerza la región anterior de la articulación glenohumeral al colocar el tendón conjunto Intracapsular y plicar la cápsula con la porción tendinosa del m. subescapular, limitando la rotación externa; retardando la rehabilitación e integración a las actividades previas del paciente.

HIPOTESIS ALTERNA

El tratamiento del Mal Luxante de Hombro, con la técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mbta: 1) Se refuerza la región anterior de la articulación glenohumeral al colocar el tendón conjunto Intracapsular y plicar la cápsula con la porción tendinosa del m. subescapular; 2) se limita la rotación externa; 3) se observan las alteraciones anatómicas de la articulación,

modificándolas en su caso y 4) se obtienen una rehabilitación e integración más temprana a las actividades previas.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE DISEÑO: *Ensayo clínico*

UNIDAD DE ANALISIS: *Individual*

DIRECCIONALIDAD: *Progresiva*

TEMPORALIDAD: *Ambispectiva*

TIPO DE MUESTRA: *Aleatoria sistemática*

TAMAÑO DE LA MUESTRA: *Teorema Bayes*

UNIVERSO: *Hospital General "Dr. Rubén Leñero"*

UBICACION: *Plan de San Luis y Díaz Mirón*

TIEMPO: *1º de marzo de 1992 a 31 de Diciembre de 1993*

DISEÑO DE LA MUESTRA: *Técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mixta:*

- 1. Abordaje convencional para cirugía de hombro.*
- 2. A través del surco delopectoral, se liga o rechazando la vena cefálica.*
- 3. Localización de apófisis coracoides y referencia del tendón conjunto.*
- 4. En rotación externa se incide la cápsula y porción tendinosa del subescapular.*
- 5. Referencia de la cápsula e introducción del tendón conjunto a intracapsular.*
- 6. En rotación interna, plicatura de la cápsula y porción tendinosa del subescapular.*
- 7. Cierre con puntos subdérmicos*

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Cualquier edad.
3. Diagnóstico clínico de Mal Luxante de Hombro.
4. No cirugía previa.
5. Lesión de Bankart.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Epilepsia.
2. Síndrome Ehlers-Danlos.
3. Síndrome Marfán.
4. Inestabilidad voluntaria.
5. Lesión de Hill/Sachs.
6. Pacientes que no autoricen su inclusión en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes que fallezcan durante el tratamiento.
2. Pacientes que se cambien a otra institución.
3. Pacientes que no acudan al control postquirúrgico.

TIPOS DE VARIABLE

A. INDEPENDIENTE

Factor de riesgo: Mal Luxante de Hombro

B. DEPENDIENTE

Tratamiento Quirúrgico: Técnica Dr. García León Modificada Intracapsular Mixta

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

1. Antecedente de luxación traumática primaria.
2. Luxaciones frecuentes con movimientos triviales.
3. Exploración clínica.
4. Exploración radiológica.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

1. *Sexo*: variable cualitativa nominal. Se tomará el sexo aparente en *masculino* y *femenino*.
2. *Edad*: variable cuantitativa ordinal. Se tomarán en cuenta los *años cumplidos*.
3. *Ocupación*: variable cualitativa nominal. Se indicará el tipo de ocupación.
4. *Estado civil*: variable cualitativa nominal. Se indicará si es *soltero* o *casado*.
5. *Extremidad afectada*: variable cualitativa nominal. Se indicará si es *izquierda* o *derecha*.
6. *Mecanismo de lesión*: variable cualitativa nominal. Se indicará si es *abducción, extensión, tracción* o *mixtos*.
7. *Inicio del padecimiento*: variable cuantitativa ordinal. Se indicarán los *años* de inicio previo al tratamiento quirúrgico.
8. *Episodios en el último año*: variable cuantitativa ordinal. Se indicará el *número* de luxaciones del año previo al tratamiento quirúrgico.
9. *Lesión osteocondral*: variable cualitativa nominal. Se indicará si es *Bankart* o *Hill-Sachs*.
10. *Tiempo quirúrgico*: variable cuantitativa ordinal. Se indicará en *minutos*.
11. *Arcos de movimiento*: variable cuantitativa ordinal. Se indicará en *grados* y en *semanas*.
12. *Satisfacción postquirúrgica*: variable cualitativa nominal. Se indicará este aspecto subjetivo en *excelente, bueno, regular* o *malos*.

PLAN DE TABULACION

El seguimiento de los pacientes y medición de las variables, se verificarán en el servicio de Consulta Externa de Ortopedia y Traumatología del Hospital General "Dr. Rubén Leñero", de la siguiente manera: en los siete a 10 días, se retirarán los puntos; a los 21 días se retirará el inmovilizador de hombro que portará desde la cirugía e iniciará ejercicios de hombro pasivos y activos, tales como pendulares, rotación, extensión y abducción; tres semanas después a los 42 días se esperará una abducción de 90°, rotación externa de 15° y una fuerza muscular en la escala de Daniels de tres, iniciando a este tiempo ejercicios con peso progresivo y regreso en cada caso particular a su actividad previa; a los 56 días se espera una abducción de 180° y rotación externa de 30°, ya en sus actividades laborales normales.

RECURSOS FISICOS

A) Equipo: *material, instrumental e instalaciones del Hospital General "Dr. Rubén Leñero".*

B) Servicios: *Urgencias*

Hospitalización

Radiología

Laboratorio

Quirófano

Consulta Externa

Biblioteca

Archivo Clínico

C) Instrumental: *- equipo quirúrgico general de Ortopedia*

- hilo quirúrgico: Vicryl 1

- inmovilizador de hombro

RECURSOS HUMANOS

- a) Médicos adscritos.
- b) Residentes.
- c) Paramédico: radiólogo, laboratorista, trabajadora social, etc...
- d) Enfermería.
- e) Personal administrativo.

FINANCIAMIENTO

Interno

RESULTADOS

El presente estudio nos dio una muestra total de 17 pacientes (100%), de los cuales 12 eran masculinos (70.6%) y cinco femeninos (29.4%) esquematizados en la figura 1; la edad mínima presentada fue de 16 años y como máxima 72 años, con una media de edad de 28.00, una mediana de 21 años, moda de 21 años y desviación estándar de más menos 17.51, como medidas de tendencia central.

En la gráfica 1 se observa la distribución de la luxación por grupos etáreos, resultando el grupo más afectado entre los 20 y 29 años.

En la tabla 1 se observan medias de edad por grupos etáreos con su respectiva desviación estándar, obteniendo nueve casos en la tercera década de la vida con porcentaje de 52.94%, siguiéndole el grupo de segunda década con seis casos un porcentaje de 35.29%. En la tabla 2 cuadrangular de 2X2 se buscó asociar articulación afectada en relación al sexo obteniendo una *t* de student de 38.82, con una *chi cuadrada* igual a 4.7, con un valor de *P* muy significativo con <0.0001 y riesgo relativo siete veces exceso en el sexo masculino y la articulación izquierda.

En la gráfica 2, se distribuyen los casos por ocupación obteniendo el mayor porcentaje los estudiantes, siguiéndole los obreros, amas de casa, comerciantes y un desempleado; probablemente influenciado este daño por aumento de exposición de los sujetos activos que desempeñan gran actividad física, condicionando con mayor factor de exposición a la luxación.

En la gráfica 3 se hace una distribución por el mecanismo de lesión, obteniendo seis casos por trauma directo, siguiéndole en orden abducción forzada. (14)

Analizando el tiempo transcurrido entre la primera luxación y el tratamiento quirúrgico, se encontró en la gráfica 4 que el promedio es de dos años transcurridos hasta un período máximo en un caso de 25 años. (12) Debemos considerar el tipo de paciente manejado en nuestras

ya que el nivel sociocultural es probable que influya para abandonar su atención y por otro lado, la influencia del pensamiento "mágico" que prevalece en nuestra población.

En la gráfica 5 se observa que los episodios luxantes en el año previo al tratamiento es de cuatro en un año y teniendo un valor máximo de 10 años o más eventos luxantes; lo que demuestra que ante la recidiva del mal luxante, nuestros pacientes *persisten* con la idea que son tributarios de manejo conservador. Aquí es importante recalcar la labor del médico tratante en cuanto a convencer a dichos pacientes y ganando su confianza el podemos autorizar su intervención quirúrgica, ofreciéndoles un 90% de efectividad técnica.

En la tabla 3 cuadrícula 2X2 se intenta asociar el estado civil y el sexo encontrando en un análisis simple una *t de student* de 1.00, una *chi cuadrada* de 8.76, con una *P* significativa de <0.05 y un *riesgo relativo* de 1.25; traduciendo esto existe mayor asociación entre los solteros masculinos que en los casados, probablemente influya para esto el estilo de vida, lugar donde se labora y medio de transporte utilizado para viajar del hogar al centro laboral y viceversa.

En la tabla 4 cuadrícula de 2X3 se intenta encontrar lesión osteocondral con los epónimos mencionados y donde paradójicamente en el defecto posterolateral de la cabeza humeral no obtuvimos ningún caso en ambos sexos; en la lesión del labrum glenoidal(2) tres casos y sin lesión osteocondral 14 casos predominando el sexo masculino con una *t de student* igual a 0.87, una *chi cuadrada* igual a 8.04, con una *P* <0.02 y un *riesgo relativo* menor a la unidad, lo cual indica que la inestabilidad anterior glenohumeral es un factor protector para desarrollar la lesión osteocondral.

En la tabla 5 se observa el tiempo transcurrido durante la cirugía, obteniendo un promedio en el 52% de los casos de 49 minutos, lo cual ofrece mayores ventajas que otras técnicas de mayor duración y exposición quirúrgica. Se observa que en los dos tiempos de 80 minutos o más, la hemorragia transoperatoria por la abundante fibrosis en un caso y en otro la ineffectividad anestésica empleada permitió mayor tiempo quirúrgico.

En el seguimiento de los pacientes, 16 se inmovilizaron 21 días, un paciente por su edad de 72 años se inmovilizó por dos semanas (10); a los 42 días, 14 tenían abducción de 90° o más, dos con abducción de 80° y una con abducción de 45°, con rotación externa de 5-10° y uno con menos de 5°. A los 52 días, 15 pacientes tuvieron abducción de 180°, un de 170° y otro de 160°, la rotación externa en 16 pacientes es de 30° o más y una con 15°. Actualmente todos se han integrado a sus actividades previas a la cirugía. (Gráficas 6a, 6b, 7a, 7b)

En la figura 2 se evalúa en forma subjetiva la *satisfacción* postquirúrgica del paciente obteniendo en un 90% de resultados excelentes. Las complicaciones presentadas que fueron dos pacientes, fueron en un paciente neuropraxia del nervio circunflejo por daño compresivo en el transoperatorio, que ha ido recuperando con manejo rehabilitatorio; el otro caso fue una recidiva a seis meses posterior al tratamiento quirúrgico, condicionado por traumatismo de alta energía al ser traccionada por el tubo de un microbús. (17)

CONCLUSIONES

1. El grupo afectado masculino se debe a su mayor actividad física, así mismo todos en edad productiva, siendo la mayoría estudiantes.
2. Las mujeres se lesionaron mayormente la extremidad derecha por ser más utilizada en el hogar.
3. El mecanismo de lesión más común fue el trauma directo. (3)
4. La lesión básica de la luxación se encuentra en la conexión cápsulo-ligamentaria al haber laxitud de la misma, presentándose secundariamente las lesiones osteocondrales. (2)
5. Se debe educar a la sociedad en general para evitar que el paciente retrase el tratamiento la idea de ir con otro tipo de atención "mágica".
6. Esta es una técnica sencilla, no se hace osteotomía de coracoides, sólo se trabaja en los tejidos blandos; es posible ver las lesiones intraarticulares, se obtiene función adecuada entre las seis y ocho semanas, con ABD de 180° y RE de 30°.
7. Las complicaciones son mínimas y evitables en relación al acto quirúrgico. (8, 9)
8. En caso de recidiva, se necesita otro traumatismo intenso para producirla.
9. Será importante continuar estudiando aumentando tanto el tamaño de la muestra así como las variables.

**MAL LUXANTE DE HOMBRO
DISTRIBUCION POR SEXO**

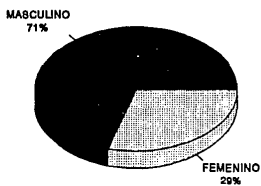


Fig. 1

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Lefero", 1963

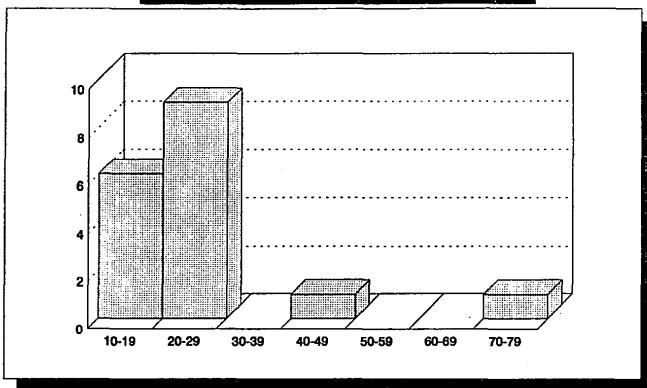
MAL LUXANTE DE HOMBRO
 Tabla 1
DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS

GRUPO ETAREO	NUMERO DE CASOS	MEDIA DE EDAD	DESVIACION ESTANDAR	PORCENTAJE	TOTAL
10-19	6	17.50	3.10	35.29	6
20-29	9	22.00	2.69	52.94	9
30-39					
40-49	1	44.00	0.00	5.88	1
50-59					
60-69					
70-79	1	44.00	0.00	5.88	1
TOTAL	17			100	17

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS

Graf. 1



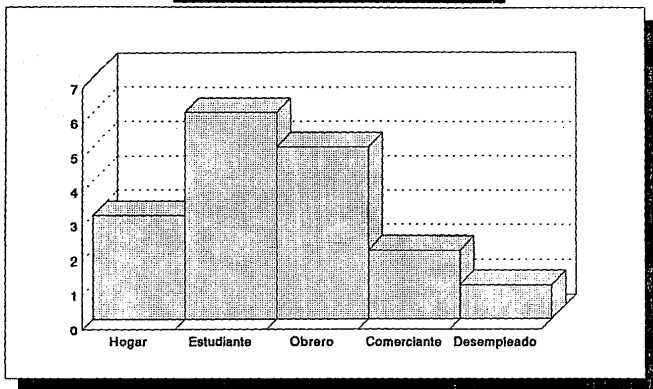
Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

MAL LUXANTE DE HOMBRO
Tabla 2
DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS

SEXO	IZQUIERDO	DERECHO	TOTAL
MASCULINO	7	5	12
FEMENINO	0	5	5
TOTAL	7	10	n=17

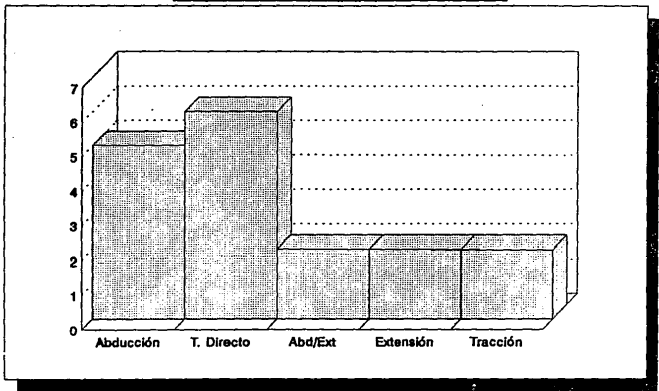
Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

DISTRIBUCION POR OCUPACION
Graf. 2



Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

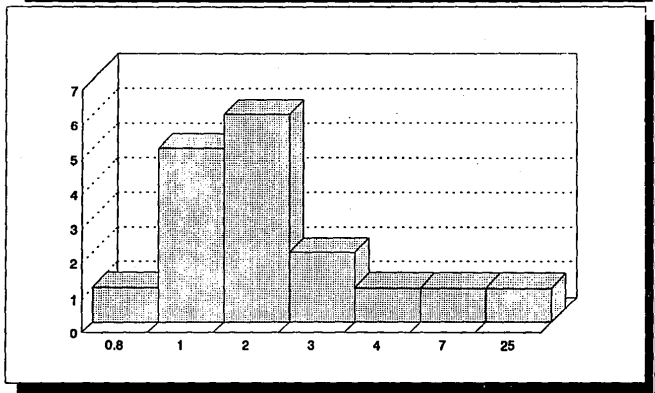
DISTRIBUCION POR OCUPACION
Graf. 3



Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

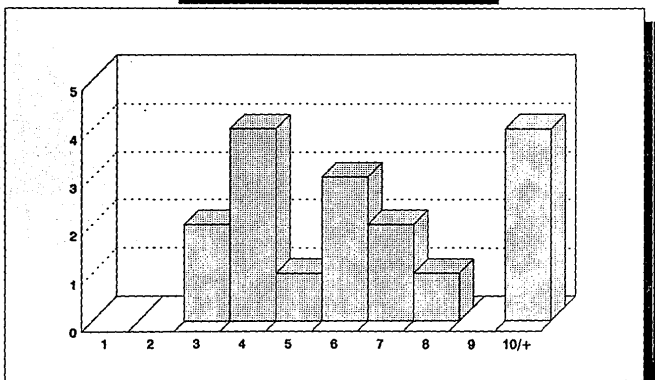
TIEMPO ENTRE PRIMERA LUXACION Y TRATAMIENTO QUIRURGICO

Graf. 4



Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

EPISODIOS EN EL ULTIMO AÑO
Graf. 5



Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

MAL LUXANTE DE HOMBRO
Tabla 3
ESTADO CIVIL Y SEXO

SEXO	SOLTERO	CASADO	TOTAL
MASCULINO	10	2	12
FEMENINO	4	1	5
TOTAL	14	3	n=17

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

MAL LUXANTE DE HOMBRO
Tabla 4
LESION OSTEOCONDAL ENCONTRADA

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
HILL-SACHS	0	0	0
BANKART	2	1	3
S/LESION	10	4	14
TOTAL	12	5	n=17

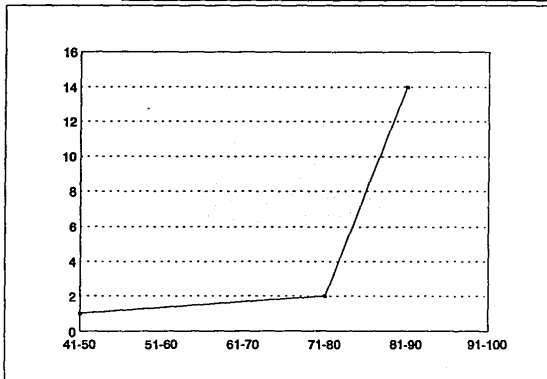
Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

MAL LUXANTE DE HOMBROTabla 5
TIEMPO QUIRURGICO

TIEMPO EN MINUTOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
30-39	2	11.76
40-49	9	52.94
50-59	2	11.76
60-69	1	5.88
70-79	1	5.88
80- +	2	11.76
TOTAL	17	100

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

EVOLUCION POSTQUIRURGICA (Abducción)
42 Días

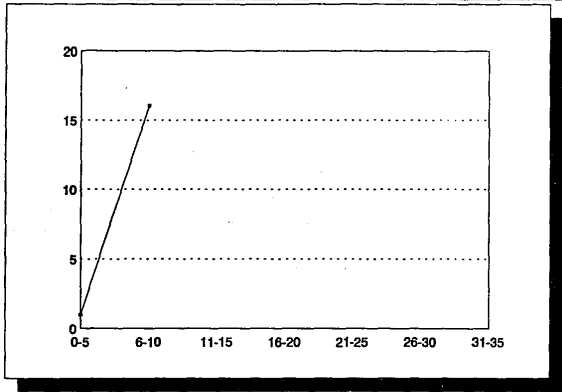


Graf. 6a

→ Pacientes

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

EVOLUCION POSTQUIRURGICA (Rotación Externa)
42 Días

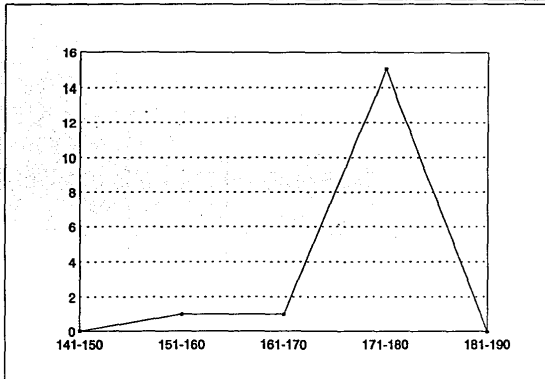


Graf. 6b
← Pacientes

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

EVOLUCION POSTQUIRURGICA (Abducción)

56 Días

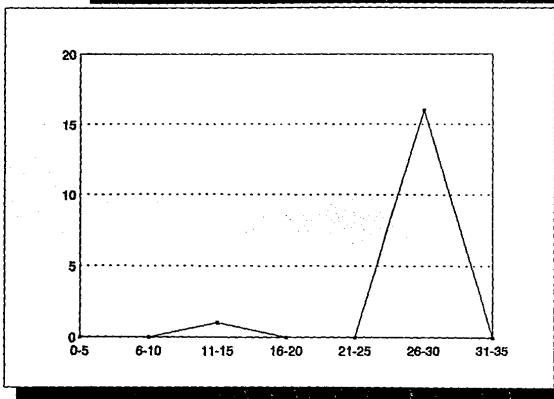


Graf. 7a

— Pacientes

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

EVOLUCION POSTQUIRURGICA (Rotación Externa)
56 Días



Graf. 7b
— Pacientes

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1993

**MAL LUXANTE DE HOMBRO
SATISFACCION POSTQUIRURGICA DEL PACIENTE**

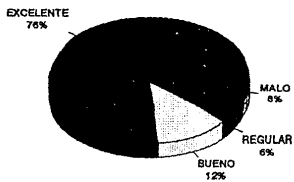


Fig. 2

Fuente: Hosp. Gral. "Dr. Rubén Leñero", 1995

BIBLIOGRAFIA

1. Braly W.G.: "A modification of the Bristow procedure for recurrent anterior shoulder dislocation and subluxation". *Am J Sport Med* 13:81-86, 1985
2. Cooper D.: "Anatomy, histology and vascularity of the glenoid labrum". *J Bone and Joint Surg* 74-A No. 1, Jan 1992
3. Craig E.: "The posterior mechanism of acute anterior shoulder dislocation". *Clin Orthop and Rel Res* Nov, 1984
4. De Palma A.: "Cirugía de hombro". *Ed Med Pan* 3ª edic. 603-605, 1985
5. De Waal M.: "A comparison of the result of the Bristow-Latarjet and the Putti-Platt/Bankart operation for recurrent anterior dislocation of the shoulder". *Acta Orthop Belg* 51:831-842, 1985
6. Fredriksson A.: "Results of the Putti-Platt operation for recurrent anterior dislocation of the shoulder". *Inter Orthop (SICOT)* 15:185-188, 1991
7. Galinat B.: "The glenohumeral joint". *Orthop Trans* 12:143, 1988
8. Hawkins R.: "Failed anterior reconstruction for shoulder instability". *J Bone and Joint Surg* 67-8(5):709-714, 1985
9. Hawkins R.: "Glenohumeral osteoarthritis. A late complication of the Putti-Platt repair". *J Bone and Joint Surg* 72-A:1193-1197, Sep 1990
10. Hawkins R.: "Anterior dislocation of the shoulder in the older patients". *Clin Orthop and Rel Res* 208, May 1966
11. Hill A and Sachs M.: "The grooved defect of the humeral head. A frequently unrecognized complication of dislocations of the shoulder joint". *Radiology* 35:690-700, 1940
12. Hovelius L.: "Recurrences of the initial dislocation of the shoulder". *J Bone and Joint Surg* 65-A:343, 1983
13. Hovelius L.: "The coracoid transfer for recurrent dislocation of the shoulder. Technical aspects of the Bristow-Latarjet procedure". *J Bone and Joint Surg* 65:926-934, 1983
14. Iol E.: "Rotator cuff tears in anterior dislocation of the shoulder". *Inter Orthop* 16:240-244, 1992
15. Landsiedl F.: "Arthroscopic therapy of recurrent anterior luxation of the shoulder by capsular repair". *Arthroscopy (U.S.)* 8(3):296-304, 1992

16. Rockwood C.: "Fractures" vol 2, 763-784, 1975

17. Rowe C.: "Prognosis in dislocation of the shoulder". *J Bone and Joint Surg (Am)* 38:857-877, 1956

18. Townley C.: "The capsular mechanism in recurrent dislocation of the shoulder". *J Bone and Joint Surg* 32-A:370, 1950