

11245



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

27

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSP. REG. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS**

**CIRUGÍA DE INESTABILIDAD DE HOMBRO  
EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
I.S.S.T.E**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

QUE PRESENTA EL

**DR. CÉSAR AUGUSTO GONZALES BAZÁN**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE  
ORTOPEDIA**

ASESOR DE TESIS

**DR. JORGE NEGRETE CORONA**



2002

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACIÓN

7



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSP. REG. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

CIRUGÍA DE INESTABILIDAD DE HOMBRO  
EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
I.S.S.S.T.E

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL  
DR. CÉSAR AUGUSTO GONZALES BAZÁN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE  
ORTOPEDIA

ASESOR DE TESIS  
DR. JORGE NEGRETE CORONA



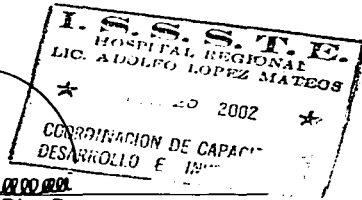
ISSSTE

2002

Se dio a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: CÉSAR AUGUSTO GONZALES BAZÁN  
FECHA: 03 MARZO 03  
FIRMA: [Firma]

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

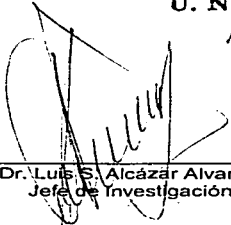



~~U. N. A. M.~~  
Dr. Julio César Díaz Becerra.  
Coordinador de capacitación,  
Desarrollo e Investigación



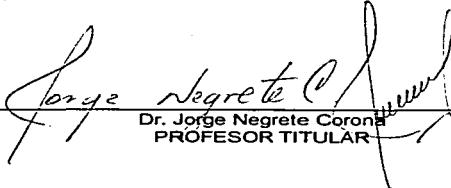
DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



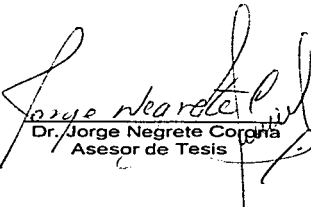
  
Dr. Luis S. Alcázar Alvarez.  
Jefe de Investigación

  
Dra. Gabriela Satas Pérez.  
Jefe de Enseñanza

TESIS CON  
ETIQUETA DE URGEN

  
Dr. Jorge Negrete Corona  
PROFESOR TITULAR



  
Dr. Jorge Negrete Corona  
Asesor de Tesis

  
Dr. José G. Sevilla Flores  
Vocal de Investigación

TESIS CON  
CALIFICACIÓN DE ORIGEN

**DEDICATORIA**

**A MIS PADRES JONÁS Y ELENA**

Por su cariño, consejos y apoyo.

**A MI ESPOSA**

Por tu amor  
Por haber estado siempre en las buenas y en las malas.

**A MIS HIJOS  
CÉSAR ROBERTO E ISIS ELENA**

Por ser la inspiración en mi vida

TESIS COM  
FACULTAD DE CIENCIAS

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Señor Dios Todopoderoso**

Por haber permitido esta experiencia de la medicina

**Al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"**

Por brindarme la oportunidad de la excelencia

**Al Servicio de Ortopedia del Hospital**

Por la enseñanza recibida

**Al Dr. Jorge Negrete Corona**

Por enseñarme a ser persona antes que médico

**A mis compañeros de residencia**

Por el apoyo recibido

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## INDICE

<b>I. PRESENTACION</b>	
Página de título.....	Página 1
Página de firmas.....	Página 2
Dedicatoria.....	Página 4
Agradecimientos.....	Página 5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	Página 8
Introducción y Conceptos.....	Página 8
Anatomía, Factores estabilizadores del hombro y biomecánica....	Página 10
Clasificación de la Inestabilidad Anterior y Patología.....	Página 12
Hallazgos clínicos.....	Página 13
Evaluación radiográfica.....	Página 14
Manejo.....	Página 16
Complicaciones.....	Página 18
<b>III. HIPÓTESIS DE TRABAJO</b> .....	Página 19
<b>IV. MATERIAL</b> .....	Página 20
<b>V. MÉTODOS</b> .....	Página 21
<b>VI. OBJETIVO GENERAL</b> .....	Página 22
<b>VII. OBJETIVOS PARTICULARES</b> .....	Página 22
<b>VIII. ESTUDIO</b> .....	Página 23
<b>IX. UNIVERSO DE TRABAJO</b> .....	Página 23
<b>X. CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b> .....	Página 23
<b>XI. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b> .....	Página 24



<b>XII. DESARROLLO.....</b>	<b>Página 25</b>
<b>XIII. RESULTADOS.....</b>	<b>Página 27</b>
<b>XIV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>Página 39</b>
<b>XV. CONCLUSIONES.....</b>	<b>Página 42</b>
<b>XVI. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>Página 44</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

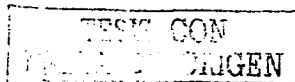
## MARCO TEORICO

### INESTABILIDAD DE HOMBRO

#### INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS

La inestabilidad de hombro se ha definido como la patología de hombro en donde, habitualmente, existe tendencia a la pérdida de la congruencia articular glenohumeral. No ha sido fácil para los expertos de la materia, ponerse de acuerdo en su definición exacta, pues hay algunos que comentan que la inestabilidad no existe, sino solo la luxación. De allí que es necesario definir los tipos de luxación que está involucrados en una inestabilidad. Una **luxación recurrente** se define como aquella pérdida de la congruencia articular que ha sucedido en 3 episodios ó más en un período de tiempo de 6 meses, con ó sin antecedente traumático. Una **luxación recidivante** es aquella incongruencia articular que sucede en un paciente con tratamiento quirúrgico previo. Ambas constituyen datos de inestabilidad.

La inestabilidad se ha clasificado de acuerdo a la dirección del desplazamiento de la incongruencia articular. Así pues, si la cabeza humeral tiende a desplazarse por delante la cavidad glenoidea, se dice que es una **inestabilidad anterior**, lo contrario es cierto, si tiende a desplazarse por detrás de la cavidad glenoidea, es una **inestabilidad posterior**. Si presenta un desplazamiento hacia distal de la



cavidad glenoidea, entonces tiene una dirección a **inferior**, y cuando ésta última se presenta, es una **inestabilidad multidireccional**, esto quiere decir que al presentarse una inestabilidad inferior, necesariamente presenta otra dirección más, ya sea hacia posterior ó anterior, para cumplir con una inestabilidad multidireccional.

Otra clasificación de las inestabilidades es **voluntaria e involuntaria**; su propio nombre la define, y ambas están asociadas a patrones muy bien definidos que se comentarán más adelante.

Así pues, para entender una inestabilidad, debemos comprender la estabilización del hombro, los factores que intervienen y su biomecánica.

## **ANATOMIA, FACTORES ESTABILIZADORES DEL HOMBRO Y BIOMECÁNICA**

La articulación del hombro está comprendida por 5 articulaciones, de ellas 3 son anatómicas y 2 son funcionales ó fisiológicas. De las 3 anatómicas están la articulación **glenohumeral**, articulación **acromioclavicular** y la articulación **esternoclavicular**: De las 2 fisiológicas ó funcionales están la articulación **subdeltoidea** y la articulación **escapulotorácica**.

De ellas, la articulación glenohumeral, es materia de estudio en referencia a una inestabilidad. Anatómicamente, la cabeza humeral es una esfera, de la cual sólo un tercio está contenida en la cavidad glenoidea, ésta última tiene una angulación de 20° con respecto a su inclinación. De allí que la inestabilidad de la articulación glenohumeral no depende de sus componentes óseos, en diferencia con la cadera, cuya contención es mucho mayor a la del hombro. Entonces los factores musculares son quienes proveen la mayor estabilidad al hombro, entre ellos tenemos al mango rotador, constituido por 4 músculos que son el supraespinoso, el infraespinoso, el redondo menor y el subescapular. Asimismo, el tendón de la porción larga del bíceps, que está contenido en la corredera bicipital, es otro factor estabilizador, así como los rotadores escapulares. También la cápsula articular es un factor de estabilidad, y los ligamentos glenohumerales, como son el superior, medio e inferior. El labrum glenoideo, la presión negativa intracapsular constituyen factores estáticos de estabilidad. Hay opiniones que aseveran que el ligamento coracoacromial también tiene un rol estabilizador, sin embargo, esto aún permanece en controversia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Biomecánicamente, el hombro es la articulación de mayor movimiento por ejemplo, tiene movimientos de flexión y extensión, abducción y aducción, rotación interna y externa, anteropulsión y retropulsión, y por último, un movimiento que conjuga todos los anteriores llamado el de circunducción. Siendo pues, la articulación con mayor movimiento, sus varios factores estabilizadores tienen que estar con óptimo desarrollo para ejercer su función.

TESIS DON  
FALLA DE ORIGEN

## CLASIFICACIÓN DE LA INESTABILIDAD ANTERIOR Y PATOLOGÍA

Thomas y Matsen han descrito los acrónimos TUBS y AMBRI para clasificar a los pacientes con inestabilidad. TUBS se refiere a los pacientes con lesiones traumáticas, que tienen componente **unidireccional**, asociada a lesión de **Bankart** y responden bien a cirugía (surgery). AMBRI se refiere a pacientes con etiología atraumática, inestabilidad **multidireccional**, **bilateral**, que reposnden bien rehabilitación.

Rockwood describió cuatro patrones de inestabilidad:

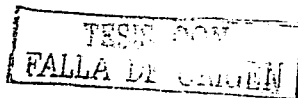
- Tipo 1.- Subluxación traumática sin luxación previa
- Tipo 2.- Subluxación traumática después de luxación previa
- Tipo 3A.- Subluxación voluntaria en pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Tipo 3B.- Subluxación voluntaria en pacientes sin trastornos psiquiátricos.
- Tipo 4.- Subluxación involuntaria atraumática.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HALLAZGOS CLINICOS

Es importante integrar una buena historia clínica, la cual es el estándar de oro, para el diagnóstico de las lesiones musculoesqueléticas, incluida la inestabilidad de hombro. Una buena anamnesis nos dará la oportunidad de conocer el número de luxaciones, factores condicionantes, dirección de la inestabilidad, además de complementar con una exploración física adecuada. En este rubro se han propuesto varios signos clínicos, los cuales, bien aplicados, nos complementan el diagnóstico. Entre ellos tenemos al signo del cajón anterior, y del cajón posterior, indicando cada uno la dirección de la inestabilidad. La maniobra de aprehensión, característica de inestabilidad, en donde el paciente muestra su miedo a un evento luxante. También se ha descrito la maniobra de recolocación, en donde después de provocar una subluxación o luxación, en el mismo movimiento, se realiza la recolocación de la cabeza humeral.

Así pues, en la base de la clínica podemos integrar el diagnóstico, y para el estudio del mismo, se solicitarán los estudios complementarios para efectos terapéuticos y pronósticos.

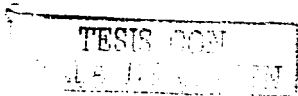




## EVALUACION RADIOGRÁFICA

Para la complementación diagnóstica, se necesitan buenas proyecciones radiográficas, que nos permiten evaluar completamente el aspecto óseo del hombro. Entre ellas, existen proyecciones básicas, como la AP de hombro verdadera, lateral escapular y axilar, conocida como la serie de trauma. Existen otras proyecciones en donde se valoran aspectos específicos del hombro. Así tenemos a la proyección de Diddie, que nos brinda información de la alineación glenohumeral así como la detección de fracturas, cambios degenerativos, cuerpos libres y calcificaciones alrededor de la cápsula; la proyección de Stryker Notch, que aborda la cabeza humeral posterolateral y es útil para la deformidad de Hill - Sachs; la proyección de Velpeau, que es accesoria o versión modificada de la proyección axilar, no necesitándose abducción del hombro para su proyección.

Asimismo, la tomografía axial computarizada ofrece información detallada del hombro, en un plano tridimensional, valorando los ángulos de inclinación de glenoides y lesiones de Hill - Sachs, no visibles radiográficamente. La resonancia magnética, juega un papel menos importante, sin embargo, ella nos puede informar de lesiones asociadas como las del mango rotador, no frecuentes en lesiones de inestabilidad; lesiones del ligamento glenohumeral medio, conocida como lesión de Bankart.



En esta sección, concluimos que la base del diagnóstico sigue siendo la clínica, y los estudios de gabinete nos brindarán información complementaria, pero en ausencia de una sospecha clínica, los estudios paraclínicos no brindarán el diagnóstico acertado.

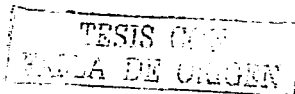
TESIS CON  
FILA DE CARGEN

## MANEJO

Generalmente el tratamiento es quirúrgico. Está documentada en la literatura actual, que cuando exista un componente voluntario, paciente psiquiátrico, con inestabilidad multidireccional, el manejo debe ser conservador, intensificando el aspecto rehabilitador. En este rubro, Rockwood, diseñó 5 fases de rehabilitación, para el tratamiento de las inestabilidades multidireccionales.

Sin embargo, si la inestabilidad es unidireccional (anterior ó posterior), el manejo con mejor tasa de éxito es el quirúrgico. Se han propuesto numerosas técnicas quirúrgicas, en donde cada autor ha reportado una tasa de éxito impresionante. No se han unificado criterios para decidir que procedimiento es el más adecuado para un paciente, es decir, no se personaliza la lesión, y lo que se está haciendo en la mayoría de los centros hospitalarios donde se maneja estas lesiones, es manejar una técnica definida y esa se aplica a todos los pacientes.

A grandes rasgos podemos dividir los procedimientos quirúrgicos en extrarticulares e interarticulares. Entre los extrarticulares, existen procedimientos que modifican la anatomía del músculo subescapular, entre ellos, la técnica de Putti Platt, el cual acorta el músculo doblándolo a manera de "chaleco entre pantalón" sobre la articulación glenohumeral anterior. La técnica de Magnuson - Stack, es un procedimiento en donde se transfiere el tendón del músculo subescapular del troquíen al troquíter a través del canal bicipital, actuando como



una barrera muscular anterior. Continuando con los procedimientos extrarticulares, la técnica de Boytchev, en donde se realiza una osteotomía de la apófisis coracoides a nivel de la "rodilla" de la misma, con disección del tendón conjunto, el cual se redirige por debajo del subescapular, colocando el fragmento osteotomizado nuevamente en su lecho original, actuando de manera similar al de Magnuson, es decir, como barrera muscular anterior. Dentro de los procedimientos interarticulares se ha descrito la técnica de Bankart, que realiza una reparación capsular, reinsertando la cápsula anterior desinserta hacia la glenoides anterior, a través de perforaciones y suturas. La técnica de Matsen, en donde se repara el labrum anterior de la glenoides sin separar el subescapular de la cápsula. Se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **COMPLICACIONES**

La principal complicación establecida en la literatura es la recurrencia de la inestabilidad, seguida por la pérdida de movimiento, artropatía, es decir, artrosis, falla del subescapular, y complicaciones intrínsecas al material de osteosíntesis, de acuerdo a técnicas quirúrgicas específicas.

De acuerdo al tipo de inestabilidad, manejo establecido, rehabilitación, las complicaciones arriba mencionadas tienen su incidencia particular. Es decir, una inestabilidad posterior, manejada quirúrgicamente, tendrá mayor incidencia de artrosis glenohumeral; en cambio, en el caso de inestabilidad anterior, manejada igualmente de manera quirúrgica, independientemente de la técnica, su mayor tasa de complicación será la recidiva de la inestabilidad.

TESIS CON  
FALLA DE CARGEN

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

## **HIPÓTESIS VERDADERA**

En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE, se realizan cirugías de corrección de inestabilidad de hombro, que resuelven el problema principal del paciente

## **HIPÓTESIS NULA**

En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE, no se realizan cirugías de corrección de inestabilidad de hombro, ó en su defecto, éstas al realizarlas, no resuelven el problema principal del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## **MATERIAL**

### **AREA FISICA**

Consultorio con cama de exploración y negatoscopio

Sala de rayos X

Sala quirúrgica

### **RECURSOS MATERIALES**

Set de osteosíntesis, set de minifragmentos, instrumental quirúrgico de Ortopedia

Implantes ortopédicos ( tornillos corticales 4.5 mm, tornillos esponjosa 6.5 mm,

Sutura con anclas)

Serie de radiografías de hombro. Serie de trauma (pre y postquirúrgicas)

### **RECURSOS HUMANOS**

Residentes del servicio de ortopedia

Médicos adscritos del servicio de ortopedia

Anestesiólogos

Enfermera quirúrgica

Técnicos de imagenología

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MÉTODOS

- Se valoraron pacientes del servicio de ortopedia, en sala de urgencias, en sala de internamiento y en consulta externa.
- Se realiza historia clínica de cada paciente en estudio.
- Se realiza exploración clínica prequirúrgica, posquirúrgica y de control.
- Valoración para clínica: se revisaron estudios radiográficos de los pacientes, incluyendo tomografía axial computarizada en el caso que lo amerite
- Se incluye en el expediente clínico, la opinión particular del paciente, acerca del tratamiento realizado

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la experiencia del tratamiento quirúrgico de la inestabilidad de hombro del servicio de Ortopedia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" en el período comprendido de Enero 1999 – Octubre 2002.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Evaluación clínica de los resultados. Determinar los resultados de las técnicas quirúrgicas aplicadas en pacientes con inestabilidad de hombro en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", incluyendo sus complicaciones.
2. Identificar las técnicas quirúrgicas de inestabilidad de hombro que se realizan en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"
3. Demostrar el dominio de las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **ESTUDIO**

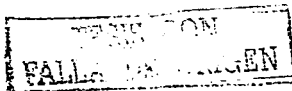
Se realizó un estudio comparativo, retrospectivo, observacional y longitudinal

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. del I.S.S.S.T.E. Analizados durante un periodo comprendido entre Enero del 1999 a Octubre del 2002., captados en la consulta externa del servicio de Ortopedia.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Pacientes en edad económicamente activa. (18 a 58 años)
3. Diagnóstico de luxación recurrente glenohumeral.
4. Dirección anterior de la inestabilidad
5. Sometido a cirugía de inestabilidad de hombro durante el periodo entre Enero 1999 y Octubre 2002
6. Control postoperatorio en el servicio de Ortopedia Del H.R.L.A.L.M.
7. Expediente completo, con detalle de la técnica quirúrgica realizada y documentación del tiempo quirúrgico
8. Entrevista y exploración personal por el investigador principal



## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Pacientes no derechohabientes de la institución.
2. Pacientes con enfermedad metabólica no controlada.
3. Pacientes con cirugía previa en hombro inestable
4. Otras patologías en hombro diferente a la inestabilidad de hombro

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **DESARROLLO**

Durante el periodo de Enero 1999 – Octubre 2002, se realizó el diagnóstico de Inestabilidad **anterior** glenohumeral, detectados en esta unidad ó referidos de clínicas del 1°, 2° y 3er nivel de atención del I.S.S.S.T.E., sin manejo previo, ó con manejo no quirúrgico. Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, después de realizar el recuento de los datos, se integraron 20 pacientes de los cuales, fueron excluidos dos pacientes que fueron sometidos a cirugía de inestabilidad de hombro en esta unidad, pero no tuvieron seguimiento en el hospital ni por su médico tratante. Así quedaron 18 pacientes en total, que pudieron ser documentados completamente.

De estos 18 pacientes, todos cumplieron los criterios de inclusión, se mantuvieron en seguimiento la totalidad de la misma, constituyéndose en nuestro tamaño de la muestra.

A todos ellos se les estableció el diagnóstico, a través de la clínica, y en estudios paraclínicos. Se les realizó la cirugía de inestabilidad, y fueron nuevamente explorados y valorados por su médico tratante y por el investigador principal.

A este punto, se documenta el tipo de cirugía, es decir la técnica quirúrgica aplicada, el tiempo quirúrgico para cada una de las técnicas.

EFECTIVO  
FALLA DE ORIGEN

Durante el seguimiento por la consulta externa, a todos los pacientes se les pregunta si están satisfechos con el tratamiento establecido, y se transcribe textualmente en el expediente.

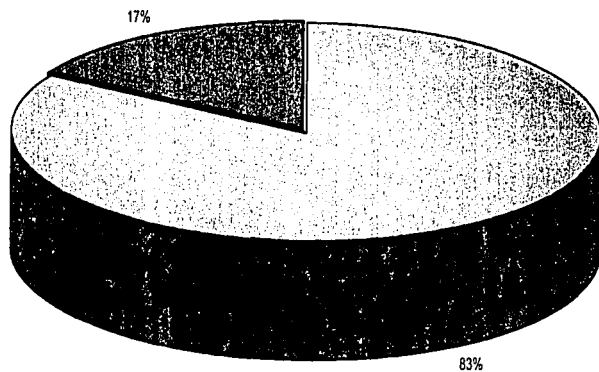
Por lo menos en una ocasión, el paciente era evaluado por el investigador principal y/o por el asesor de la tesis, indistintamente, antes ó después del evento quirúrgico.

TESIS CON  
FALLA DE LEGEN

**RESULTADOS**

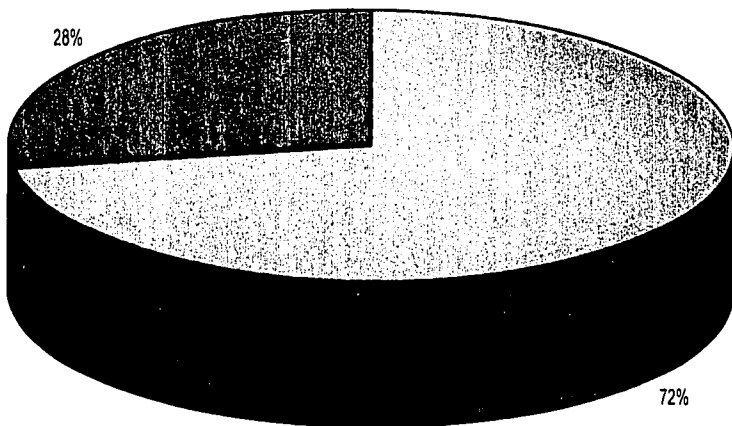
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PREVALENCIA POR SEXO



 MASCULINO  
 FEMENINO

## LADO AFECTADO

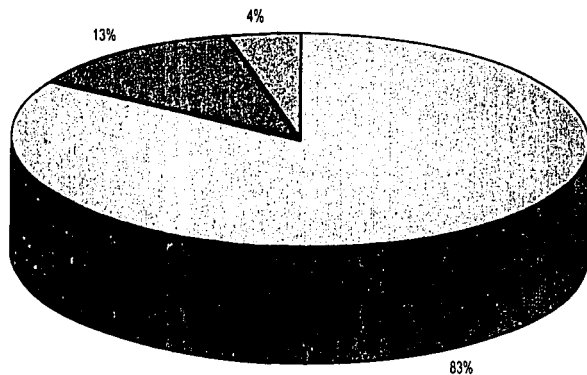


 DERECHO (15)

 IZQUIERDO (3)

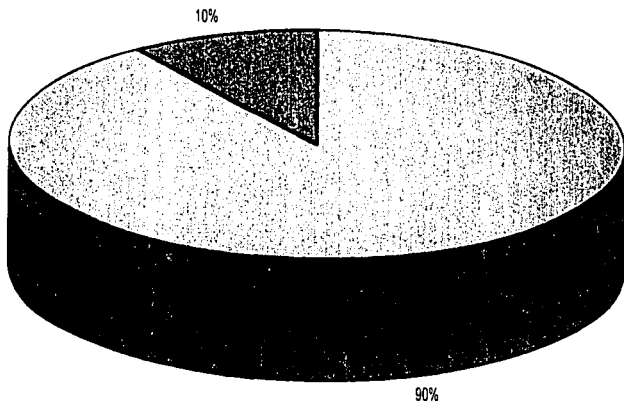


## DIRECCION DE LA INESTABILIDAD



-  INESTABILIDAD ANTERIOR (20)
-  INESTABILIDAD POSTERIOR (3)
-  INESTABILIDAD MULTIDIRECCIONAL (1)

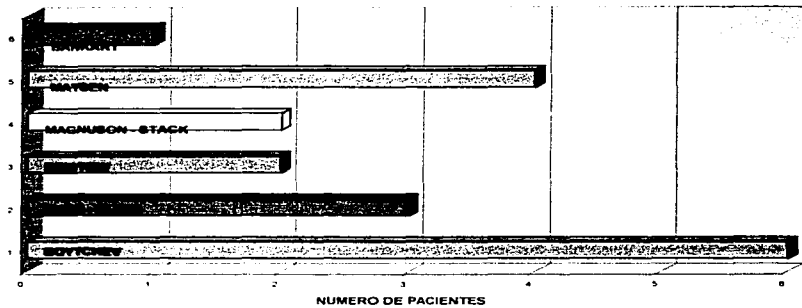
## PACIENTES CON INESTABILIDAD ANTERIOR QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION



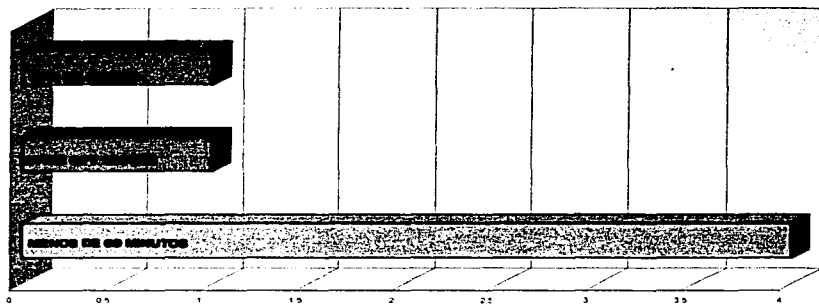
☐ CUMPLEN LOS CRITERIOS (18)  
■ NO CUMPLEN CRITERIOS (2)

TEST CON  
FALLA EN  
NO CUMPLEN

### TÉCNICAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS

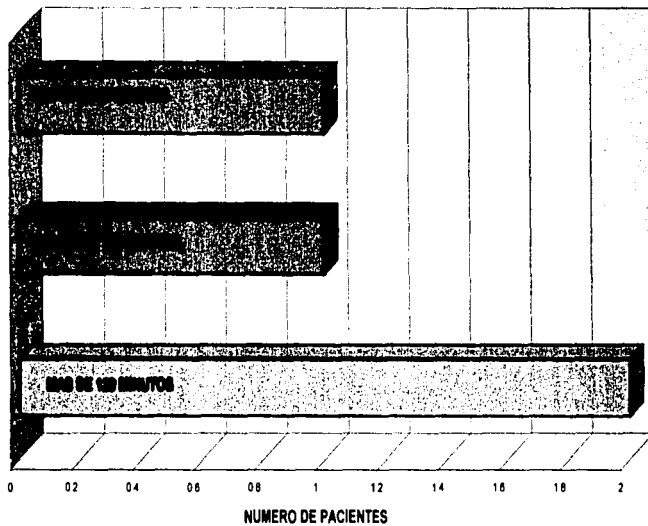


### TIEMPO QUIRURGICO PARA TECNICA DE BOYTCHEV

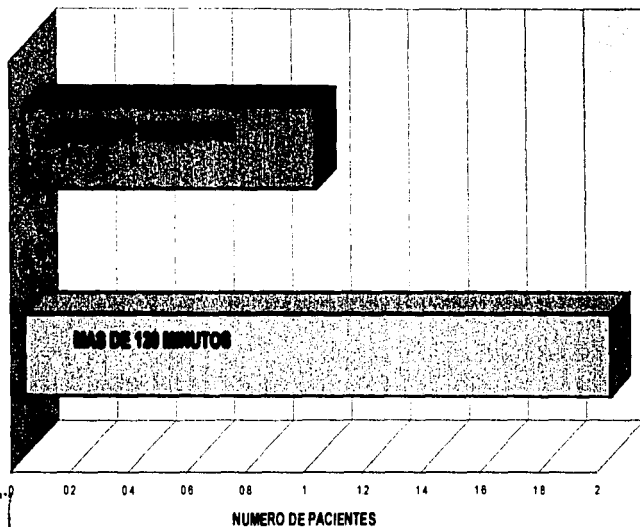


33  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TIEMPO QUIRURGICO DE TECNICA DE MATSEN

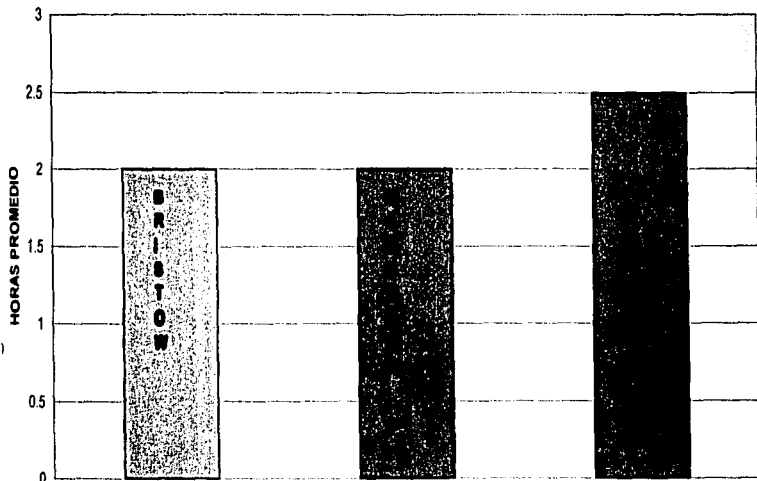


# TIEMPO QUIRÚRGICO PARA TÉCNICA DE PUTTI PLATT



NE...C...TIVA  
FALLA...  
NO...SISE...

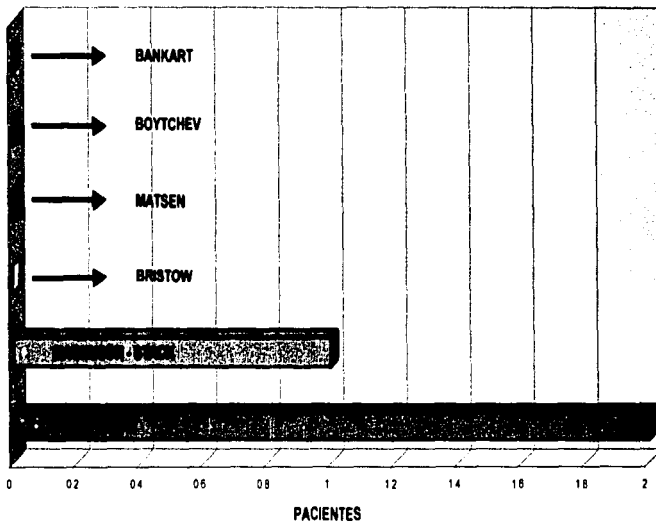
# TIEMPO QUIRURGICO PARA TECNICAS DE BRISTOW, BANKART Y MAGNUSON - STACK



NE  
1955  
TIVA  
1955



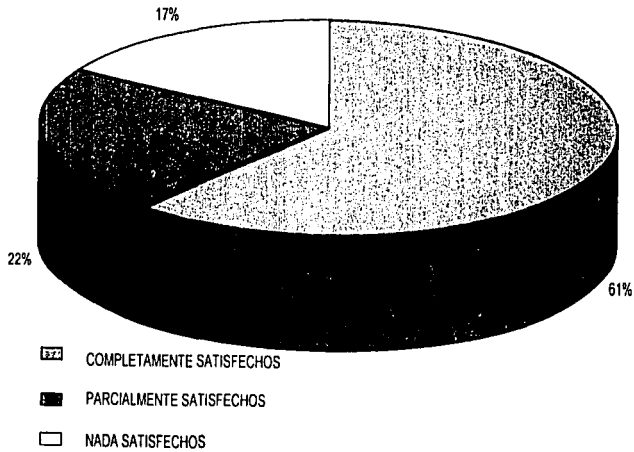
## COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS



1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025



## SATISFACCION DE PACIENTES POR EL RESULTADO OBTENIDO



NECESARIO PARA  
TESIS COM  
MUN

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

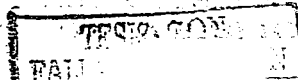
Se inicia el estudio, con revisión de los expedientes que presenten el diagnóstico de inestabilidad de hombro. Se captan 24 pacientes en total, de los cuales 20 de ellos presentaron inestabilidad anterior (83%), 3 presentaron inestabilidad posterior (13%) y sólo uno presentó inestabilidad multidireccional (4%)

En total, se captaron 20 pacientes con el diagnóstico de inestabilidad anterior, los cuales fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, sin embargo, 2 de ellos no tuvieron control subsecuente y fueron excluidos del estudio.

De los 18 pacientes, tamaño real de la muestra de este estudio, 15 correspondían al sexo masculino (83%), y 3 del sexo femenino (17%). Asimismo, 13 pacientes (72%) presentaban el hombro derecho afectado, y 5 de ellos el lado izquierdo (28%)

De estos 18 pacientes, todos fueron sometidos a intervención quirúrgica para corrección de la inestabilidad. Así tenemos, que 6 de ellos (33%) fueron operados con técnica de Boytchev, 4 (22%) con técnica de Matsen, 3 (17%) con técnica de Putti – Platt, 2 (11%) con técnica de Magnuson – Stack, 2 (11%) con técnica de Bristow, y 1 (6%) con técnica de Bankart.

De los 6 pacientes sometidos a cirugía con técnica de Boytchev, en 4 de ellos el tiempo quirúrgico fue de menos de 60 minutos, 1 entre 60 y 120 minutos y 1 con más de 120 minutos. Los 6 procedimientos de Boytchev, fueron realizados por el



mismo cirujano, y precisamente la primera vez que se aplicó ésta técnica fue en el paciente cuyo tiempo quirúrgico fue más de 120 minutos.

De los 3 pacientes sometidos a cirugía con técnica de Putti Platt, en 2 de ellos el tiempo quirúrgico fue de más de 120 minutos, y en uno el tiempo quirúrgico fue entre 60 y 120 minutos. Los dos procedimientos que duraron más de 2 horas fueron realizados por el mismo cirujano, y el que duró menor tiempo, por otro cirujano.

De los 4 pacientes sometidos a cirugía con técnica de Matsen, en 2 de ellos el tiempo quirúrgico fue de más de 120 minutos, en uno con tiempo quirúrgico entre 60 y 120 minutos, y uno con menos de 60 minutos. Todos estos procedimientos fueron realizados por un mismo cirujano.

De los 5 pacientes restantes, entre ellos 2 con técnica de Bristow, duraron 2 horas, al igual que los dos pacientes con técnica de Magnuson – Stack, y en el único paciente sometido a cirugía con técnica de Bankart, el tiempo quirúrgico fue de 2 horas y media. Cada técnica empleada fue realizada por un mismo cirujano.

En cuanto a las complicaciones presentadas, se identificaron 3 en total, correspondiendo a 2 de ellas según técnica de Putti Platt y uno según técnica de Magnuson – Stack. Las tres complicaciones fueron recidiva de la luxación anterior.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por último, los 18 pacientes del estudio, fueron preguntados si sentían satisfechos con los resultados obtenidos de acuerdo al tratamiento empleado, 11 (61%) manifestaron estar completamente satisfechos, 4 (22%) parcialmente satisfechos y 3 (17%) nada satisfechos con los resultados obtenidos.

TESIS CON  
FALLA EN EL PROCESO DE  
REVISIÓN

## CONCLUSIONES

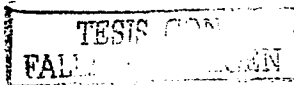
La cirugía de inestabilidad de hombro, constituye un reto para el cirujano ortopedista que cada vez se encuentra más asediado por diferentes técnicas quirúrgicas con respecto a este tema.

De allí, pues, nace nuestra inquietud por investigar en nuestro hospital los números y estadísticas que reflejen la condición actual del servicio de Ortopedia del H.R.L.A.L.M del I.S.S.S.T.E. con respecto al tema que nos ocupa.

El sexo masculino fue el mas afectado con este padecimiento, siendo el lado derecho el que prevaleció.

Se identificaron 6 diferentes técnicas quirúrgicas, en los últimos 4 años, como ya se ha señalado líneas arriba. Entre ellas, procedimientos extrarticulares como Boytchev, Putti Platt, y Magnuson - Stack, y procedimientos intrarticulares como Bristow, Malsen y Bankart

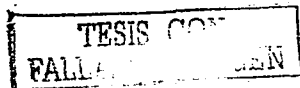
El tiempo quirúrgico fue mayor para los procedimientos intrarticulares, comparados con los extrarticulares. En este punto, hay que resaltar que todos los procedimientos fueron realizados por un mismo cirujano, para cada técnica quirúrgica, a excepción del Putti Platt, en donde dos cirujanos participaron de los 3 pacientes que fueron sometidos a cirugía bajo ésta técnica. La curva de



aprendizaje para cada técnica quirúrgica se puso de manifiesto, al observar como fueron disminuyendo los tiempos quirúrgicos, a medida que se operaban bajo una técnica específica, siendo la técnica de Boytchev, la que menos tiempo quirúrgico empleó.

Las complicaciones presentadas, todas fueron la recidiva de la luxación, precisamente en dos procedimientos extrarticulares, como lo son el Putti Platt y Magnuson – Stack. La limitación de los arcos de movimientos, ampliamente reconocida como complicación de los procedimientos que involucran acortamiento y tensión del subescapular, especialmente la rotación externa, no se observó en nuestro estudio. Asimismo, las artrosis glenohumorales, también reconocida en la literatura, no se registró en este estudio. Esto quizá, por el tiempo de seguimiento limitado (4 años como máximo), y por un tamaño de la muestra pequeño.

De esta manera concluimos que en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., se realizan diferentes tipos de cirugía para corrección de la inestabilidad anterior del hombro, con un importante índice de efectividad y satisfacción de los pacientes. Además, el dominio de las diferentes técnicas por cada cirujano quedó demostrado por los tiempos quirúrgicos empleados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Disorders of the Shoulder: Diagnosis and Management. Glenohumeral Instability Part II. Joseph P. Iannotti .Pags. 207 – 250
2. Modified Boytchev procedure for the treatment of recurrent anterior dislocation of the shoulder. International Orthopaedics 2002;26(1):7-9
3. Long term results of the Boytchev procedure for the treatment of recurrent dislocation of the shoulder. Acta Orthopaedic Belgium 2001 Jun;67(3):233-235
4. The Boytchev procedure for recurrent anterior dislocation of the shoulder. A controversial technique. Acta Orthopaedic Belgium 2000 Jun;66(3) 248-250
5. Long term outcome of Putti – Platt operation in recurrent traumatic ventral shoulder dislocation. Zentralbl Chir 1998;123(11)1227-1231
6. Boytchev procedure for the treatment of anterior shoulder instability. Clin Orthop 1986 May;(206):196-201
7. The Magnuson – Stack operation for recurrent anterior dislocation of the shoulder.A review of 38 cases. J Bone Joint Surg Br.1987 Jan;69(1):111-114
8. The results of the Boytchev procedure for treatment of recurrent dislocation of the shoulder. Int Orthop 1980;4(2):127-132
9. Failed surgery for recurrent dislocations of the shouder. Instr Course Lect 1985;34:264-267

