

## Luxación recidivante de hombro. Nuevo enfoque en el tratamiento posoperatorio

DRA. XIOMARA REMÓN DÁVILA,<sup>1</sup> DR. NELSON CABRERA VILTRES,<sup>2</sup> DR. MARIO J. BERNAL GONZÁLEZ,<sup>1</sup> DRA. JENET DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ<sup>1</sup> Y LIC. MARÍA TARRAUX SÁNCHEZ<sup>3</sup>

Remón Dávila X, Cabrera Viltres N, Bernal González MJ, Domínguez Rodríguez J, Tarraux Sánchez M. Luxación recidivante de hombro. Nuevo enfoque en el tratamiento posoperatorio. Rev Cubana Ortop Traumatol 2001;15(1-2):55-60

### Resumen

Se estudiaron 30 pacientes operados de luxación recidivante de hombro en los cuales se empleó un esquema de rehabilitación posoperatoria precoz cuyo objetivo fue el de lograr la incorporación temprana del doliente a sus actividades habituales. De estos enfermos 16 pertenecieron al sexo masculino (53,4 %) y 14 al sexo femenino (46,6 %). Se emplearon 3 técnicas quirúrgicas: *Boytchev* en 22 hombros (73,4 %), *Bristow* en 4 (13,3 %) y *Latarjet* en 4 (13,3 %). El grupo de edad en el que se presentó la luxación de hombro con mayor frecuencia fue entre los 20-30 años con un total de 14 pacientes (46,6 %). Se presentó una complicación, deshiscencia parcial de la herida quirúrgica (3,3 %). La rehabilitación precoz permitió que el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta la incorporación a las actividades habituales fuera de 9 sem aproximadamente. Se obtuvo un 100 % de recuperación de los pacientes operados; de estos, 28 obtuvieron un resultado bueno (93,4 %).

**DeCS:** LUXACION DEL HOMBRO/cirugía; LUXACION DEL HOMBRO/rehabilitación; ESTUDIOS PROSPECTIVOS; RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

La luxación recidivante de hombro es un problema clásico de salud descrito desde la antigüedad, que afecta principalmente al adulto joven con una vida laboral activa.

Se describe como la pérdida de las relaciones anatómicas normales de la articulación gleno-humeral de forma repetitiva a consecuencia de un traumatismo trivial o de forma espontánea en una articulación previamente dañada por luxación traumática o que presenta inestabilidad.<sup>1</sup>

En nuestro centro se intervienen anualmente como promedio unos 40 casos de luxación recidivante de hombro; y se tenía como norma al igual que en el resto de los servicios de ortopedia del país mantener una inmovilización por espacio de 3 sem. lo que traía como consecuencia una musculatura hipotrófica; incluso en aquellos casos en los cuales realizaban fisioterapia previa al tratamiento quirúrgico. Después de retirada la inmovilización, la rehabilitación duraba de 3 a 4 meses y no se lograba que el paciente se incorporara a sus actividades habituales nunca antes de los 5 ó 6 meses.

Nuestro trabajo consistió en la utilización de un método de rehabilitación precoz en los pacientes operados de luxación recidivante de hombro, el cual

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Jefe de Servicio Miembro Superior y Microcirugía CCOI "Frank País".

<sup>3</sup> Licenciada en Medicina Física y Rehabilitación.

logra una recuperación temprana y la incorporación del paciente a sus labores cotidianas, en un corto período de tiempo.

## **Métodos**

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal en el que el universo estuvo formado por 30 pacientes que concurrieron al Servicio de Miembro Superior del CCOI "Frank País" desde septiembre de 1998 hasta marzo de 1999, los cuales eran portadores de luxación recidivante de hombro y que se correspondían con los criterios de la inclusión del estudio.

En el grupo de estudio se emplearon 3 técnicas quirúrgicas diferentes: *Boytchev*, *Bristov* y *Laterjet*, las cuales actúan sobre los músculos coracobraquial, porción corta del bíceps y subescapular y presentan como diferencia el sitio donde se reinserta la coracoides según la lesión encontrada en cada paciente.

A los pacientes operados se les colocó un cabestrillo de cuero y comenzaron a realizar ejercicios de rotación del hombro a las 24 h. En ellos, se aplicó un esquema de rehabilitación precoz que se inició a las 72 h del proceder quirúrgico donde se restringieron aquellos movimientos de los músculos en los cuales se actuó según la técnica quirúrgica y se fortaleció el resto (anexo).

Al cumplirse las 3 sem. de la operación, se realizó un examen físico y control radiológico y se indicaron los ejercicios de los músculos que tenían limitada su acción.

La rehabilitación se prolongó durante 5 sem. con evaluaciones semanales, tanto por parte del fisiatra como del ortopédico.

Posteriormente las evaluaciones se mantuvieron con igual periodicidad hasta el alta médica, se continuó el seguimiento por un período de 1 año desde su intervención.

Para la recogida del dato primario se empleó un modelo confeccionado con tal fin y otro oficial de conformidad del paciente, con un consentimiento de inclusión dentro de esta investigación.

En la selección de los pacientes tuvimos en cuenta lo siguiente:

### *Criterios de inclusión*

- Edad comprendida entre 16 y 45 años

- Tipo de luxación recidivante: anterior y traumática
- Pacientes en los que se pueda aplicar las técnicas de *Bristow*, *Laterjet* y *Boytchev*
- Pacientes que acepten el tratamiento quirúrgico y rehabilitador

### *Criterios de exclusión*

- Aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión referidos

### *Criterios de interrupción o salida del estudio*

- Pacientes que abandonan el tratamiento rehabilitador
- Pacientes que abandonan el seguimiento por consulta externa
- Pacientes que no cumplan las indicaciones médicas

## **Resultados**

Estudiamos en total a 30 pacientes (figura 1) de los cuales 16 (53,4 %) correspondieron al sexo masculino y 14 (46,6 %) al femenino; todo lo cual coincide con la literatura revisada en la que predomina el sexo masculino en este tipo de afección.<sup>1,6,15</sup>

En la figura 2 analizamos la edad de los pacientes en los cuales el mayor número de los casos correspondió al grupo entre 20-30 años y 31-40 años con un número de 14 pacientes (46,6 %) y 10 (33,3 %) respectivamente, resultados que se corresponden con los diferentes autores que afirman que el primer grupo mencionado por ser el de mayor actividad física, tiende a presentar mayor número de luxaciones.<sup>13-15</sup>

Analizando el tiempo de recuperación funcional del hombro después de la operación, observamos en la figura 3 el total de la muestra, 28 pacientes (93,4 %) recuperaron la función del hombro antes de las 8 sem. y 2 (6,6 %) requirieron entre 9 y 12 sem. más para lograr un funcionamiento óptimo del hombro.

En la tabla relacionamos la edad de los pacientes con el resultado y encontramos que los mejores se alcanzan en aquellos enfermos que se hallan por debajo de 30 años.

En la figura 4 observamos que de los 30 pacientes, (93,4 %) obtuvieron un buen resultado,

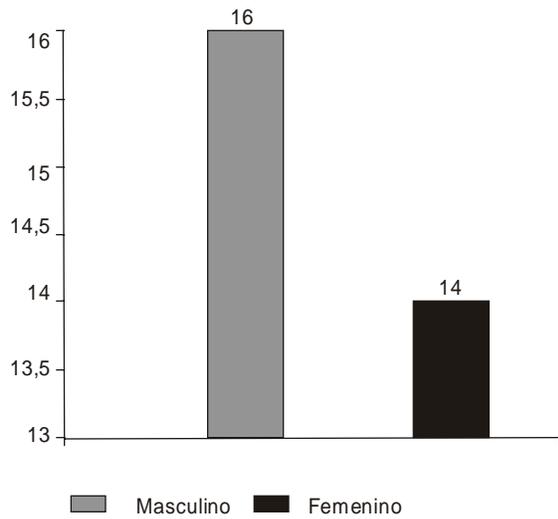


FIG. 1. Distribución de los casos según el sexo.

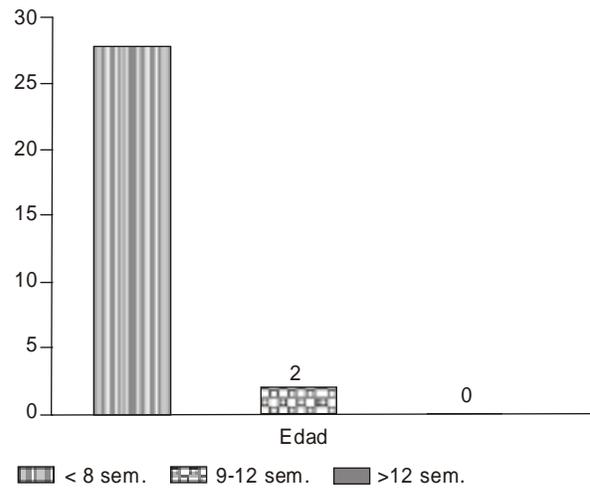


FIG. 3. Distribución de los casos según el tiempo de recuperación.

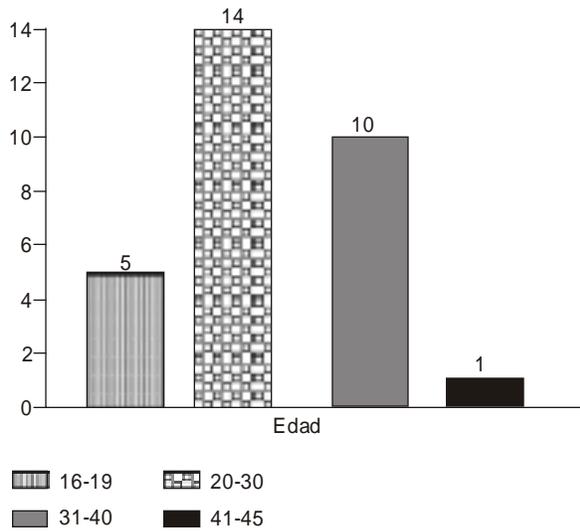


FIG. 2. Distribución de los casos según la edad.

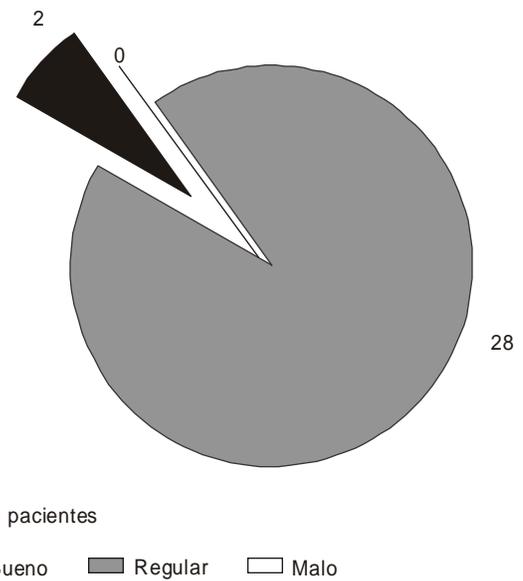


FIG. 4. Evaluación de los resultados.

2 (6,6 %) se hallan en el rango regular y ningún enfermo alcanzó un mal resultado. Por tanto al evaluar los resultados obtenidos tuvimos en cuenta los criterios siguientes:

**Bueno**

- No existe dolor
- Realiza todos los movimientos activos del

hombro sin limitación

- Recuperación del hombro menor o igual a 8 sem.
- No recidiva

**Regular**

- Dolor ocasional que precisa medicación
- Limitación de los últimos 10° de rotación externa activa

**TABLA.** Distribución de los resultados según la edad

Edad en Años	Pacientes No.	Bueno		Resultados Regular		Malo	
		No.	%	No.	%	No.	%
16 - 19	5	5	100	-	-	-	-
20 - 30	14	14	100	-	-	-	-
31 - 40	10	9	90	1	10	-	-
41 - 45	1	-	-	1	100	-	-
Total	30	28	93,4	2	6,6	-	-

- Recuperación del hombro entre 9 y 12 sem.
- No recidiva

### Malo

- Dolor frecuente o mantenido
- Limitación de la rotación externa activa > 10°
- Recuperación del hombro después de 12 sem.
- Recidiva

### Discusión

El hombro, articulación de movimiento universal, es asiento de múltiples afecciones que pueden limitar la capacidad funcional de todo el miembro superior. Dicha articulación tiene una predisposición anatómica especial para la luxación, pues posee poco contacto entre las superficies articulares, realiza movimientos muy amplios y tiene un sistema cápsulo ligamentoso muy débil para su solitud funcional.<sup>2</sup>

Autores como *Ruvier*,<sup>3</sup> *Mac Lange*,<sup>4</sup> *De Palma*<sup>5</sup> se refieren a la función o acción de los distintos músculos y estructuras que conforman la cintura escapular y otros autores como *Campbell*,<sup>6</sup> *Speer*,<sup>7</sup> etc. hacen referencia al papel que estos componentes estáticos y dinámicos juegan en la articulación gleno-humeral.

Por otra parte *O'Brien*,<sup>8</sup> *Montgomery*<sup>9</sup> y *Henry*<sup>10</sup> el rodete glenoideo, la cápsula articular y los diferentes ligamentos que conforman la articulación del hombro son elementos que proporcionan estabilidad.

Así pues, parece que ninguna lesión esencial única es responsable de todas las luxaciones

recidivantes del hombro. La estabilidad de esta articulación intrínsecamente inestable depende del balance continuado entre los mecanismos estáticos y dinámicos.<sup>11-13</sup>

Hay autores que plantean que la recuperación total del hombro posoperatorio debe lograrse entre la 8ª y 10ª sem,<sup>1,10,13</sup> también refieren la relación que existe entre la inmovilización posoperatoria con su funcionalidad posterior.<sup>9,14</sup>

La literatura médica más actualizada recomienda en la asistencia ulterior de la mayoría de las técnicas quirúrgicas para la luxación recidivante, la inmovilización solo con un cabestrillo a partir de las 48 a 72 h, y que se comience con los ejercicios activos a las 3 sem y que no se permita una fisioterapia intensiva hasta los 45 ó 90 d en dependencia de la técnica empleada.<sup>6,9,14,16</sup>

En nuestra investigación, tomando como base el conocimiento anátomo-funcional del hombro y los criterios actuales ya mencionados, propusimos realizar una fisioterapia inmediata en los pacientes operados para rehabilitar precozmente el hombro, en aquellas estructuras que no participaran en el tratamiento quirúrgico y así demostramos, en los resultados, la incorporación temprana del paciente a sus labores cotidianas.

Podemos concluir que predominó el sexo masculino. Los grupos etáreos más afectados con luxación recidivante de hombro fueron entre 20-30 años y 31-40. El tiempo de recuperación posoperatoria fue de 8 sem. en 28 pacientes (93,4 %) por lo que se clasifica como un buen resultado. Se obtuvo un 100 % de recuperación de los pacientes operados y por lo tanto, el método de rehabilitación precoz aplicado en esta investigación es satisfactorio.

## ANEXO

### Esquema de rehabilitación precoz en el posoperatorio de la luxación recidivante de hombro

#### 1ra. y 2da. sem. una (a partir del 5to. día de operado)

- Contracciones isométricas del bíceps y tríceps 10 repeticiones 1 vez / día.
- Ejercicios pendulares, 5 repeticiones 2 veces / día.
- Elevación de la escápula: 10 repeticiones 2 veces/día.
- Abducción y adducción escapular: 10 repeticiones 2 veces / día .
- Ejercicios pasivos para todos los movimientos del hombro (flexión, extensión, abducción y adducción): 5 repeticiones 2 veces/día. No incluir rotación.
- Ejercicios activos asistidos de muñeca y dedos de la mano: 10 repeticiones 2 veces / día.
- Ejercicios activos asistidos de flexo-extensión de codo (sin supinación): 2 repeticiones 2 veces / día.

#### 3ra. semana

- Ejercicios activos y resistidos para todos los movimientos de hombro (sin rotación) 10 repeticiones 2 veces / día.
- Ejercicios activos asistidos para flexo-extensión de codo (sin supinación): 10 repeticiones 2 veces / día.
- Se mantiene las contracciones isométricas del bíceps y tríceps y se agregan pectorales: 20 repeticiones 2 veces /día.
- Se mantienen los ejercicios pectorales y del cinturón escapular con aumento progresivo: 20 repeticiones 2 veces / día.

#### 4ta. semana

- Ejercicios activos resistidos para todos los movimientos del hombro: 15 repeticiones 2 veces / día.
- Ejercicios activos resistidos de flexo-extensión de codo con pronosupinación: 15 repeticiones 2 veces / día.
- Ejercicios activos libres de rotación de hombro: 10 repeticiones 2 veces / día.
- Se mantienen las contracciones, los ejercicios pendulares y los del cinturón escapular: 2 repeticiones 2 veces / día.

#### 5ta. semana

- Ejercicios activos asistidos con ½ kg de peso e ir aumentando progresivamente para los movimientos de hombro y codo: 10 repeticiones 2 veces / día.
- Actividades de la vida diaria (barrer, fregar, planchar, lavar pequeñas piezas y realizar actividades que no se excedan del peso establecido).

En la 5ta. semana son dados de alta y se les entrega una pauta de tratamiento para la casa. Se comprueba su cumplimiento al mes de recomendada.

## Summary

30 patients operated on of recurrent shoulder luxation among whom an early postoperative rehabilitation scheme was used in order to achieve the fast incorporation of the patients to their habitual activities, were studied. 16 of them were males (53.4 %) and 14 females (46.6 %). 3 surgical techniques were used: Boytchev, in 22 shoulders (73.4 %); Bristow, in 4 (13.3 %); and Latarjet, in 4 (13.3 %). The shoulder luxation was more common in the age group 20-30, with a total of 14 patients (46.6 %). A complication, a partial dehiscence of the surgical wound (3.3 %), was observed. The time elapsed between the operation and the incorporation to the habitual activities was of 9 weeks approximately thanks to the early rehabilitation. 100 % of the patients that underwent surgery were able to recover.

Subject headings: SHOULDER DISLOCATION/surgery; SHOULDER DISLOCATION/rehabilitation; PROSPECTIVE STUDIES; TREATMENT OUTCOME.

## Résumé

Trente patients opérés de luxation récidivante de l'épaule, sur lesquels on a appliqué un schéma de rééducation post-opératoire précoce dans le but d'atteindre la réinsertion précoce du malade dans ses activités habituelles, ont été étudiés. Parmi ces malades, 16 étaient du sexe masculin (53,4%) et 14 du sexe féminin (46,6%). Trois techniques chirurgicales ont été utilisées: celle de *Boytchev* sur 22 malades (73,4%), celle de *Bristow* sur 4 (13,3%) et celle de *Latarjet* sur 4 (13,3%). La tranche d'âge la plus souvent affectée par la luxation de l'épaule a été celle de 20-30 ans, soit 14 patients au total (46,6%). Une complication, l'ouverture partielle de la blessure chirurgicale (3,3%), est survenue. La rééducation précoce a raccourci le temps écoulé depuis l'intervention chirurgicale jusqu'à la réinsertion du malade dans ses activités habituelles à 9 semaines à peu près. Le pourcentage de rétablissement des patients opérés a été de 100%; sur eux, 28 ont atteint un bon résultat (93,4%).

**Mots clés:** LUXATION DE L'ÉPAULE/chirurgie; LUXATION DE L'ÉPAULE/rééducation; ÉTUDES PROSPECTIVES; RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

## Referencias bibliográficas

1. Álvarez Cambras R. Manual de procedimiento de diagnóstico y tratamiento en ortopedia y traumatología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1986:129.
2. Herrera Fernández JY. Tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de hombro por las técnicas de Boytchev y Magnuson tesis. La Habana: HOND Frank País, 1996. p. 10.
3. Rouviere H. Anatomía humana descriptiva y topográfica. 3 ed. La Habana: Instituto Cubano del Libro. 1968; vol 3: 34-49.
4. Lange M. Afecciones del aparato locomotor. Barcelona: Jims, 1969;t2:552-92.
5. De Palma AF. Tratamiento de fracturas y luxaciones: atlas. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1984: t1:555-611.
6. Canales Terry S. Campbell: cirugía ortopédica. 9 ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998;v2:1362-78.
7. Speer KP. Anatomy and pathomechanics of shoulder instability. Clin Sport Med 1995;14:751-6.
8. O'Brien SJ, Warren RF. Anterior shoulder instability. Orthop Clin North Am 1987;18:395.
9. Montgomery WH, Jobe FW. Functional outcomes in athletes after modified anterior capsulolabral reconstruction. Am J Sports Med 1994;22:352.
10. Henry JH, Genung JA. Natural history of glenohumeral dislocation revisited. Am J Sports Med 1982;10:135.
11. Warner JJ. The role of the long head of the biceps brachii in superior stability of the glenohumeral joint. J Bone Joint Surg 1995;77-A:366.
12. O'Brien SJ, Schwartz RS. Capsular restraints to anterior-posterior motion of the abducted shoulder: a biomechanical study. Orthop Clin North Am 1995;4:298.
13. Goss TP. Anterior glenohumeral instability. Orthopedics 1998;11:87.
14. Payne LZ, Altchek DW. The surgical treatment of anterior shoulder instability. Clin Sport Med 1995;14:863.
15. Hevelin L. Shoulder recurrent dislocation of the coracoide transfer for technical aspects of the Bristow-Latarjet procedure. J Bone Joint Surg 1983;65A:926.
16. Fangul Cabeza JM. Resultados en la cirugía de la luxación recidivante de hombro. Rev Orthop Traum 1988;32B(1):3-9.

Recibido: 6 de junio de 2001. Aprobado: 23 de noviembre de 2001.

Dra. *Xiomara Remón Dávila*. Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País" Ave. 51 No. 19603 e/n 196 y 202. La Lisa. Ciudad de La Habana. Cuba.