

Luxación recidivante de hombro: reincorporación de deportistas no profesionales

F. Vitoria Recio, P. Menéndez Martínez, D. García-Germán V-azquez, D. Nieto López, F. Canillas del Rey

Servicio de Traumatología. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid

Correspondencia:

Fernando Canillas del Rey
Avda. Reina Victoria, 22-26
28003 Madrid

Correo electrónico: fercanillas@yahoo.es

Introducción: La luxación recidivante de hombro se ha convertido en una práctica quirúrgica cada vez más frecuente. Pero ¿qué sucede con los pacientes no profesionales que realizan actividad deportiva y que una de las motivaciones para operarse es la limitación para el deporte?

Objetivo: Describir en qué grado la reconstrucción en las luxaciones recidivantes de hombro es capaz de restaurar el nivel deportivo no profesional de los pacientes desde su punto de vista subjetivo.

Tipo de estudio: Análisis retrospectivo descriptivo de datos prospectivos.

Pacientes y métodos: Se revisan 48 casos de inestabilidad glenohumeral anterior operados con reconstrucción de la cápsula anterior con una evolución superior a 20 meses. Los resultados fueron evaluados mediante la escala de Rowe, una EVA y un formulario subjetivo de capacidad de retorno a la actividad deportiva previa recogido telefónicamente.

Resultados: No relajaciones. Un 62,5% manifestaron su capacidad para retornar a la actividad deportiva previa a la lesión con un nivel similar, si bien tan sólo un 18,75% pudo retornar al nivel previo a la lesión. Un 42% atribuían sus limitaciones al miedo a una nueva relajación.

Conclusiones: Los resultados implican no sólo la correcta técnica quirúrgica, sino también otros aspectos, como el apoyo rehabilitador y psicológico.

Palabras clave: Luxación recidivante. Estabilización artroscópica. Deporte.

Recurrent dislocation of shoulder: no professional sports reincorporation

Introduction: Recurrent dislocation of shoulder has become a more often surgical practice. Therefore, what happens with non-professional patients who perform sports activity and that one of the motivations to be operated is the limitation to the sport

Objective: Describe to what extent the reconstruction in recurrent dislocation of shoulder is capable of restoring the non-professional sports level of patients from the subjective point of view.

Type of study: Descriptive, retrospective analysis of prospective data.

Patients and methods: We review 48 cases of anterior glenohumeral instability operated with reconstruction of the anterior capsule with an evolution of more than 20 months. The results were assessed through the completion of the Rowe scale, a VAS scale and a subjective form of ability to return to previous sports activity collected by telephone interview.

Results: No case of relaxation happened. 62.5% manifest their capacity to return to the sport prior to the injury with a similar level, while only 18.75% could return to the prelesional level. 42% attributed their limitations to the fear of a new relaxation.

Conclusions: The results involves not only the correct surgical technique but also other aspects as rehabilitation and psychological support.

Key words: Recurrent dislocation. Arthroscopic stabilization. Sport.

INTRODUCCIÓN

La luxación recidivante de hombro se ha convertido en una práctica quirúrgica cada vez más frecuente. Su objetivo es restaurar la anatomía de los estabilizadores pasivos del hombro y evitar la inestabilidad del hombro, con lo que teóricamente se previenen lesiones futuras.

El riesgo de luxación recidivante tras un primer episodio traumático varía con la edad y el nivel de actividad del paciente. Este riesgo es especialmente alto en pacientes jóvenes y activos⁽¹⁻³⁾, y numerosos autores han publicado mejores resultados con el tratamiento quirúrgico que con el tratamiento conservador en este tipo de pacientes^(4,5). Con la evolución de las técnicas artroscópicas se han identificado factores relevantes en los resultados, como la selección del paciente, la movilización adecuada del tejido capsulolabral, la identificación y tratamiento de lesiones labrales asociadas...⁽⁶⁻⁹⁾; asimismo, se han publicado mayores índices de fracasos en atletas con reparación de Bankart que en pacientes que no practican el atletismo, si bien es cierto que casi todos los estudios se centran en grupos heterogéneos de deportes de contacto^(1,10-12).

Sin embargo, y a pesar de conocer todos esos factores, a la hora de evaluar un resultado como satisfactorio, sobre todo en pacientes deportistas, no nos podemos focalizar sólo en la tasa de reluxación, ni tan siquiera podemos aplicar una escala estándar que defina el resultado como muy bueno, que determine qué rango de reluxación es aceptable, qué rango de movilidad es normal, qué grado de importancia tiene la reincorporación deportiva en el resultado, sino que debemos tener en cuenta la percepción subjetiva del paciente.

PACIENTES Y MÉTODOS

El propósito de este estudio es describir los resultados clínicos de la reparación artroscópica de la luxación recidivante de hombro, prestando atención a la percepción subjetiva del paciente de su capacidad de retornar al nivel deportivo no profesional, y valorar si esta recuperación está condicionada por los datos demográficos (edad, sexo, actividad deportiva previa).

Seleccionamos 45 pacientes consecutivos (48 hombros) intervenidos en nuestro centro desde

enero de 2007 hasta agosto de 2010, a los que se les realizó una reconstrucción de Bankart artroscópica con el empleo de anclajes Bio-SutureTak® (Arthrex®, Naples, Florida [EE UU]). Todos los pacientes presentaban lesiones capsulares anteriores sin patología añadida.

Preoperatoriamente se recogen datos demográficos, la causa de la luxación inicial, el lado dominante, el tipo de luxación (lux/sublux), el número de episodios de luxación, el tiempo transcurrido desde el primer episodio y la cirugía, el tipo y nivel de actividades deportivas. Se recogieron también la movilidad del hombro incluyendo abducción, antepulsión, rotación interna y externa. Se les realizaron radiografías antero-posteriores y axiales para evaluar posibles lesiones de Hill-Sachs y de Bankart.

De manera pre- y postoperatoria se recogieron datos clínicos con la escala visual analógica para dolor (EVA) y la escala de Rowe. Se recopilaron también de forma subjetiva aspectos como resultados globales funcionales y estéticos, nivel de actividad deportiva anterior y posterior, tipo de trabajo, capacidad postoperatoria de desempeñar actividades, tipo de limitaciones postoperatorias y valoración subjetiva de los resultados. Estos datos subjetivos de seguimiento se recogieron a través de entrevistas telefónicas. El retorno a la actividad deportiva previa fue evaluado mediante una escala subjetiva^(3,13), estratificando el nivel de actividad deportiva postoperatoria en cuatro grados: grado 1: retorno completo al nivel deportivo prelesional; grado 2: retorno a un nivel deportivo cercano al prelesional (70% o mayor); grado 3: retorno a actividad deportiva, pero con gran limitación o incapacidad para retornar a la actividad deportiva prelesional, pero sin molestias o dolor en el hombro en las actividades de la vida diaria; grado 4: incapacidad de retorno a actividad deportiva prelesional con molestias o dolor en el hombro en las actividades de la vida diaria. La limitaciones para desempeñar las actividades las dividimos en cuatro grupos: grupo 1: sin limitaciones; grupo 2: limitación por el dolor; grupo 3: limitación por el déficit de movimiento; grupo 4: limitación por el miedo a reluxación. El tipo de actividad física se segregó en deportes de no contacto, de contacto o de lanzamiento (*overhead*).

Realizamos un análisis retrospectivo descriptivo de datos prospectivos.

RESULTADOS

La serie revisada es de 45 varones y 3 mujeres; 21 hombros eran derechos y 27 izquierdos. La edad media de nuestro estudio fue de 25,72 años (16-49), con un tiempo medio entre el primer episodio de luxación y la cirugía de 2,04 años (1-13). El seguimiento medio fue de 36,05 meses con un mínimo de 20 meses.

No aconteció ningún caso de relajación. El valor medio de la escala de Rowe pasó de 43,66 preoperatorio (34-52) a 91,87 postoperatorio (67-98). Un 62,5% manifestaron su capacidad para retornar a la actividad deportiva previa a la lesión, si bien tan sólo un 18,75% pudo retornar al mismo nivel prelesional (Figura 1). De los pacientes que no lograron reincorporarse a su nivel deportivo previo, un 100% manifestaron limitaciones (83% miedo, 11% limitación de movimiento, 5% dolor); de los pacientes que se reincorporaron a su actividad de-

portiva previa, sólo el 20% tenían limitaciones, que atribuían en su totalidad al miedo a sufrir una relajación (Figura 2).

Un 48,2% de los pacientes que practicaban deportes de lanzamiento fueron incapaces de reincorporarse a su actividad deportiva previa al nivel prelesional, frente al 21% de los pacientes que practicaban deportes de contacto, si bien no existían diferencias estadísticamente significativas. No encontramos diferencias en relación con la edad o el sexo de nuestros pacientes.

Un 52% de los pacientes manifestaron ser capaces de realizar cualquier tipo de trabajo sin restricciones. El 98% manifestaban sentirse mejor que antes de la cirugía y estaban satisfechos con los resultados, y el 100% recomendarían la cirugía.

No aconteció ninguna complicación.

DISCUSIÓN

Han sido numerosos los avances de las técnicas artroscópicas para el tratamiento de la luxación recidivante de hombro, lo que ha supuesto unas ventajas potenciales respecto a las técnicas convencionales, como son la estética, menor dolor postoperatorio, menor sangrado, menor limitación de la rotación externa, mayor identificación de las lesiones intraarticulares, preservación del subescapular, etc., avances técnicos que deben suponer

una mejora de los resultados clínicos y funcionales de los pacientes⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Y en este sentido, existen numerosos estudios que valoran los resultados clínicos de las luxaciones de hombro en función del tipo de implante, el protocolo rehabilitador y los hallazgos artroscópicos lesionales, y se centran en recoger el grado de movilidad, índice de relajación y satisfacción global del paciente como valoración del éxito de la cirugía⁽¹⁸⁻²²⁾. Sin embargo, consideramos que a la hora de evaluar un resultado como exitoso no debemos centrarnos exclusivamente en la tasa de relajación, ni tan siquiera

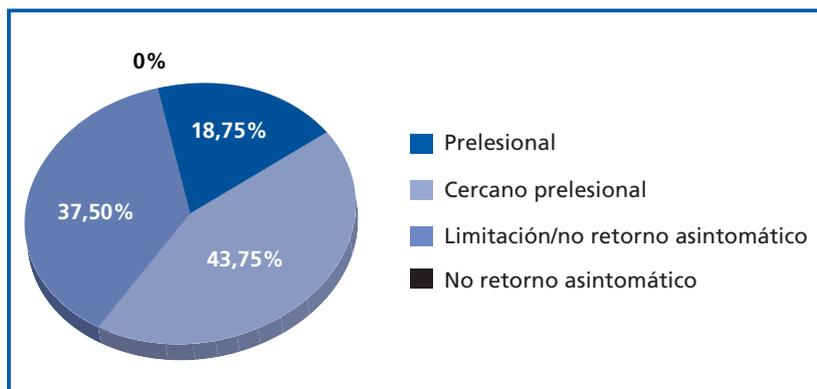


Figura 1. Reincorporación deportiva.

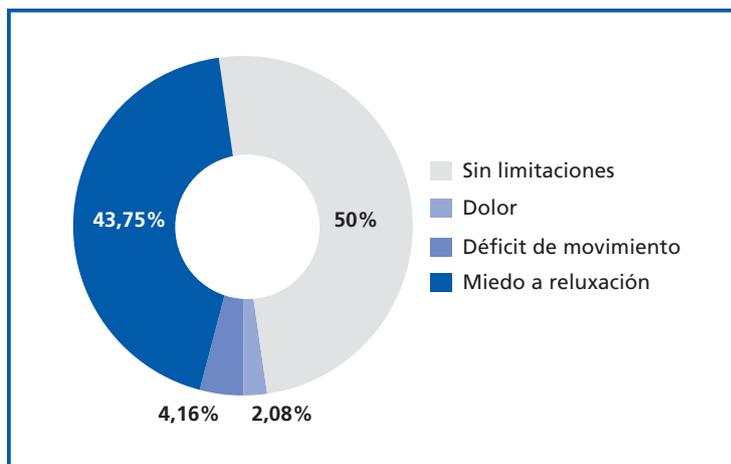


Figura 2. Tipo de limitaciones.

podemos aplicar una escala estándar que defina lo satisfactorio, que determine qué rango de relajación es aceptable, qué rango de movilidad es normal o qué grado de importancia tiene la reincorporación deportiva en el resultado, sino que debemos tener en cuenta la percepción subjetiva del paciente.

En este sentido, surgen trabajos que comparan los resultados de satisfacción y relajación de grupos de deportistas. Nam Su Cho *et al.*⁽²³⁾ publican una alta tasa de recurrencia (17,2%) en atletas, comparando grupos de contacto (28,6%) y no contacto (6,7%).

Sólo aquellos estudios en los que se analizan casos de atletas hacen más hincapié en el retorno a su actividad deportiva, con buenos resultados en términos globales. William T. Pennington *et al.*⁽²⁴⁾ publican un retorno al deporte tras reparación artroscópica del 93%, con un 82% de reincorporación sin limitaciones. Bradley *et al.*⁽²⁵⁾ obtuvieron un regreso a su actividad deportiva del 89% de los atletas, con un 67% al nivel prelesional.

Pero ¿qué sucede con los deportistas no profesionales que realizan actividad deportiva y en los que una de las motivaciones para operarse es la limitación que tienen para el deporte? Existen artículos que defienden grandes tasas de reincorporación deportiva con niveles similares a los previos. Así, Kenneth J. Westerheide⁽²⁶⁾ publica un retorno a la actividad laboral previa del 97%, con un retorno al nivel deportivo previo del 90%, una tasa de relajación del 7% y un seguimiento medio de 33 meses. Ide *et al.*⁽²⁷⁾ registran un retorno a la actividad deportiva sin limitaciones del 80% tras 42 meses de seguimiento, con una tasa de relajación del 7%. Ofer Levy⁽²⁸⁾ publica una tasa de relajaciones del 5,4%, con un 97% de retorno al mismo deporte y un 66% de retorno al nivel deportivo prelesional.

Si comparamos estos estudios con nuestro trabajo, observamos una menor tasa de reincorporación al nivel deportivo previo (un 62,5% retornan a la actividad deportiva previa a la lesión, y un 18,75% lo hacen al nivel prelesional). En el caso de atletas parece claro que la mayor reincorporación guarda relación con la motivación económica y profesional, pero ¿en los pacientes no profesionales? Uno de los motivos de la menor tasa de reincorporación deportiva podría explicarse por la mayor dificultad que existe en nuestro medio para llevar a cabo un proto-

colo rehabilitador en los plazos previstos, con la dedicación diaria, con el apoyo psicológico que precisan estas lesiones. Otro motivo podría ser que la verdadera motivación de nuestro grupo de pacientes es la reincorporación laboral temprana, en ocasiones antes de finalizar un tratamiento rehabilitador adecuado. Pero si analizamos los datos, nuestra serie presenta una tasa de recurrencia del 0%, inferior a lo publicado en otros trabajos. Por tanto, ¿dónde está el verdadero equilibrio?: hombros biomecánicamente estables, pero con baja tasa de reincorporación a su actividad recreativa, que en principio es una de sus motivaciones para la cirugía; u hombros con mayor riesgo de relajación, pero mayor reincorporación deportiva y laboral; y si analizamos los resultados, parece ser el factor psicológico (el 42% atribuyen su limitación al miedo a relajación), y no tanto el funcional (limitación de la movilidad, dolor), el causante.

Las limitaciones de nuestro estudio incluyen un tamaño muestral pequeño (48 hombros) y la falta de un grupo control aleatorizado. Además, los datos de seguimiento fueron recogidos mediante encuesta telefónica; una recogida clínica de los datos nos hubiese permitido objetivar mejor el rango de movimiento y realizar un análisis estadístico de estos datos para compararlos con otras series. Asimismo, las reparaciones quirúrgicas fueron llevadas a cabo por distintos miembros del servicio, con la variabilidad que ello puede conllevar, si bien tanto el tipo de implante como el protocolo de rehabilitación postoperatorio es el mismo en todos los casos. Serían deseables estudios posteriores que nos permitiesen comparar con grupos de deportistas profesionales, deportes de contacto vs. no contacto, diferenciar el miedo subjetivo a la relajación de la aprehensión...

CONCLUSIONES

A la hora de evaluar un resultado como satisfactorio, debemos considerar múltiples aspectos, que deben incluir las expectativas de nuestros pacientes. Por ello, los resultados en el tratamiento de la luxación recidivante de hombro en pacientes no profesionales implica no sólo la correcta técnica quirúrgica, sino también otros aspectos, como el apoyo rehabilitador y psicológico, con vistas a una buena percepción objetiva y subjetiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cole BJ, L'Insalata J, Irrgang J, et al. Comparison of arthroscopic and open anterior shoulder stabilization: A two to six-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 1108-14.
2. Karlsson J, Magnusson L, Ejerhed L, et al. Comparison of open and arthroscopic stabilization for recurrent shoulder dislocation in patients with a Bankart lesion. *Am J Sports Med* 2001; 29: 538-42.
3. Mazzocca AD, Brown FM, Carreira DS, et al. Arthroscopic anterior shoulder stabilization of collision and contact athletes. *Am J Sports Med* 2005; 33: 52-60.
4. Kirkley A, Griffin S, Richards C, et al. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder. *Arthroscopy* 1999; 15: 507-14.
5. Uhorchak JM, Arciero RA, Huggard D, et al. Recurrent shoulder instability after open reconstruction in athletes involved in collision and contact sports. *Am J Sports Med* 2000; 28: 794-9.
6. Gartsman GM, Roddey TS, Hammerman SM. Arthroscopic treatment of anterior-inferior glenohumeral instability. Two to five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 991-1003.
7. McIntyre LF, Caspari RB, Savoie FH III. The arthroscopic treatment of multidirectional shoulder instability: Two-year results of a multiple suture technique. *Arthroscopy* 1997; 13: 418-25.
8. Wolf EM, Wilk RM, Richmond JC. Arthroscopic Bankart repair using suture anchors. *Oper Tech Orthop* 1991; 1: 184-91.
9. Caspari RB, Savoie FH. Arthroscopic reconstruction of the shoulder: The Bankart repair. En: McGinty JB (ed.). *Operative arthroscopy*. New York: Raven, 1991; 507-15.
10. Bacilla P, Field LD, Savoie FH 3rd. Arthroscopic Bankart repair in a high demand patient population. *Arthroscopy* 1997; 13: 51-60.
11. Grana WA, Buckley PD, Yates CK. Arthroscopic Bankart suture repair. *Am J Sports Med* 1993; 21: 348-53.
12. Jobe FW, Giangarra CE, Kvint RS, et al. Anterior capsulolabral reconstruction of the shoulder in athletes in overhand sports. *Am J Sports Med* 1991; 19: 428-34.
13. Kim SH, Ha KI, Cho YB, et al. Arthroscopic anterior stabilization of the shoulder: Two- to six-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85: 1511-8.
14. Wang C, Ghalambor N, Zarins B, et al. Arthroscopic versus open Bankart repair: Analysis of patient subjective outcome and cost. *Arthroscopy* 2005; 21: 1219-22.
15. Green MR, Christensen KP. Arthroscopic versus open Bankart procedures: A comparison of early morbidity and complications. *Arthroscopy* 1993; 9: 371-4.
16. Fabbriciani C, Milano G, Dementis A, et al. Arthroscopic versus open treatment of Bankart lesion of the shoulder: A prospective randomized study. *Arthroscopy* 2004; 20: 456-62.
17. Bottoni CR, Smith EL, Berkowitz MJ, et al. Arthroscopic versus open shoulder stabilization for recurrent anterior instability: A prospective randomized clinical trial. *Am J Sports Med* 2006; 34: 1730-7.
18. Savoie FH, Miller DC, Field LD. Arthroscopic reconstruction of traumatic anterior instability of the shoulder: The Caspari technique. *Arthroscopy* 1997; 13: 201-9.
19. Kim SH, Ha KI, Kim SH. Suture anchor capsulorrhaphy in the traumatic anterior shoulder instability: Open versus arthroscopic technique. Presented at the American Shoulder and Elbow Surgeons, 16th Specialty Day Program, Orlando, FL, March 18, 2000.
20. Itoi E, Lee SB, Berglund LJ, et al. The effect of a glenoid defect on anteroinferior stability of the shoulder after Bankart repair: A cadaveric study. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 35-46.
21. Warme JW, Arciero RA, Savoie FH III, et al. Nonabsorbable versus absorbable suture anchors for open Bankart repair. *Am J Sports Med* 1999; 27: 742-6.
22. Tan CK, Guisasola I, Machani B, et al. Arthroscopic stabilization of a shoulder: A prospective randomized study of absorbable versus nonabsorbable suture anchors. *Arthroscopy* 2006; 22: 716-20.
23. Cho NS, Hwang JC, Rhee YG. Arthroscopic stabilization in anterior shoulder instability: collision athletes versus noncollision athletes. *Arthroscopy* 2006; 22 (9): 947-53.
24. Pennington WT, Sytsma MA, Gibbons DJ, et al. Arthroscopic posterior labral repair in athletes: outcome analysis at 2-year follow-up. *Arthroscopy* 2010; 26 (9): 1162-71.
25. Bradley JP, Baker CL III, Kline AJ, et al. Arthroscopic capsulolabral reconstruction for posterior instability of the shoulder: A prospective study of 100 shoulders. *Am J Sports Med* 2006; 34: 1061-71.
26. Westerheide J, Dopirak RM, Snyder SJ. Arthroscopic anterior stabilization and posterior capsular plication for anterior glenohumeral instability: a report of 71 cases. *Arthroscopy* 2006; 22 (5): 539-47.
27. Ide J, Maeda S, Takagi K. Arthroscopic Bankart repair using suture

anchors in athletes. Patient selection and postoperative sports activity. *Am J Sports Med* 2004; 32: 1899-905.

28. Levy O, Matthews T, Even T. The "Purse-String" Technique: An arthroscopic technique for stabilization of anteroinferior instability

of the shoulder with early and medium-term results. *Arthroscopy* 2007; 23 (1): 57-64.