

## #13 - Caso Clínico

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE UNA LUXACIÓN CRÓNICA DE LA PORCIÓN LARGA DEL BICEPS TRAS FRACTURA DE TROQUITER □

Hombro

**Alejandro Castillo Sáez**, Alonso Escudero Martínez, Domingo Maestre Cano, Ana Ortega Columbrans, Antonio Ondoño Navarro, Gregorio Valero Cifuentes, Luis Clavel Rojo

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

#### Resumen del Caso

Paciente mujer de 21 años que sufre accidente de tráfico, refiriendo dolor en hombro derecho. Se realiza TAC en urgencias que muestra fractura multifragmentaria de troquiter con mínimo desplazamiento de fragmentos en hombro derecho. Se decide tratamiento conservador. La paciente es revisada en consulta hasta objetivarse consolidación de la fractura. A la exploración presenta limitación dolorosa de la abducción a 60°. La paciente recibe tratamiento rehabilitador. Se realiza ecografía de hombro que muestra luxación medial de toda la porción larga del bíceps, que llega a 1 cm con rotación externa y que orienta a rotura del mecanismo de polea y ligamento transversal, con probable rotura de labrum anterior-superior asociada. Se decide infiltración de PRP en la vaina bicipital, la cual se realiza hasta en dos ocasiones a los 16 y a los 20 meses del accidente con mejoría clínica pero con persistencia de dolor y limitación funcional. Se solicita una artroRMN que informa de luxación medial de porción larga del bíceps de 1 cm superficial a subescapular, por rotura completa de polea, sin evidencia de lesión SLAP ni rotura del bíceps. Finalmente se decide programación quirúrgica para realizar tenodesis artroscópica de la porción larga del bíceps. La paciente se encuentra en seguimiento clínico a la espera de evaluación postquirúrgica.

## #8 - Caso Clínico

### **A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS: TÉCNICA DE REMPLISSAGE ARTROSCÓPICA EN INESTABILIDAD DE HOMBRO CON LESIÓN DE HILL-SACHS.**

Hombro

**Domingo Maestre Cano**<sup>1</sup>, Alejandro Castillo Sáez<sup>2</sup>, Ana Ortega Columbrans<sup>2</sup>, Eva Maria Vera Porras<sup>2</sup>, Javier Hernandez Quinto<sup>2</sup>, Jesús García García<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

2. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

#### **Resumen del Caso**

La lesión de Hill-Sachs es una alteración de la parte posterosuperior de la cabeza humeral que se produce durante los episodios de inestabilidad glenohumeral. Esta lesión, favorece la inestabilidad al realizar movimientos de abducción y rotación externa ya que puede engranarse con el margen anterior de la glenoides.

Su presencia puede ser la causa de un gran número de fracasos tras cirugías de estabilización. La técnica de remplissage artroscópico consiste en el relleno de la lesión mediante una capsulotenodesis del tendón del músculo infraespinoso. Este gesto debe realizarse conjuntamente con una reparación cápsulo-labral anterior.

En nuestra serie de casos recogidos los resultados son buenos, y la pérdida de movilidad es similar a la obtenida con una técnica de Bankart artroscópica aislada.

Por lo cual, recomendamos la realización de un remplissage junto con una técnica de Bankart en aquellos pacientes con inestabilidad glenohumeral que presenten lesiones de Hill-Sachs significativas sin defecto glenoideo o menores del 25%.

## #7 - Caso Clínico

### **Rotura Masiva Irreparable Del Manguito Rotador En Paciente Joven**

Hombro

**José Carlos Díaz Miñarro**

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

#### **Resumen del Caso**

Paciente mujer de 55 años que acude a consulta con dolor e impotencia funcional de hombro derecho de años de evolución.

Ocupación: Limpiadora, de baja actualmente por el problema del hombro.

AP: Obesidad importante. Depresión. Epilepsia.

Hace un año sometida a una cirugía artroscópica de reparación de manguito en otro centro que fracasó.

Según informe el SE no movilizable e IE imposible de alcanzar con la pincería standard

A la EF Constant: 21 (1 + 4 + 16 + 0)

BA: Flex ant <90°, Rot ext nuca con dificultad, rot int artic SI.

La paciente ha agotado todo tipo de tratamientos conservadores (Rehabilitación, Bloqueos nerviosos en la Unidad del dolor, Opiáceos...) y demanda una solución quirúrgica.

## #5 - Caso Clínico

### **Reparación Artroscópica De Fractura Del Reborde Anterior De La Glena Mediante Sutura Con Anclajes. Técnica De Sugaya Modificada**

Hombro

**Gonzalo Hernández Seoane**, Cristina Victoria Asenjo Gismero, Adela Fuentes Sanz

Hospital FREMAP Majadahonda, Majadahonda, España

#### **Resumen del Caso**

Presentamos el caso de un varón de 50 años, jardinero de profesión. Sin antecedentes médico-quirúrgicos destacables de interés, que consulta para valoración de una TC realizada en otro centro debido a una caída casual desde su altura sobre el hombro derecho (dominante). No tuvimos acceso a las radiografías simples realizadas en primera instancia.

Al interrogarle, el paciente refería sin precisar con exactitud un episodio que podría corresponder con una luxación glenohumeral como consecuencia de la caída.

Clínicamente, acudía con el brazo en cabestrillo, con dolor generalizado en el hombro. La exploración neurovascular distal era normal.

La TC fue informada como “Bankart óseo discretamente desplazado hacia medial afectando aproximadamente el 25% de la superficie glenoidea.

Tras obtener el diagnóstico clínico y radiográfico se decide planificar una reparación artroscópica de la fractura con anclajes transóseos.

Bajo plexo supraclavicular más anestesia general, en decúbito lateral y con sistema de tracción, llevamos a cabo artroscopia de hombro derecho en la que observamos una desinserción completa del labrum superior-anterior-inferior; tendinopatía avanzada de la porción larga del bíceps; y fractura de glena anterior con desplazamiento hacia el cuello. Se llevó a cabo una tenotomía de la PLB, desimpactación del fragmento de la fractura, limpieza y cruentación del lecho de fractura, así como una estabilización con 3 implantes transóseos anclados a la glena “sana”. Posteriormente se reduce el labrum anteroinferior y se sutura con otros dos implantes anclados al borde anterior. Se comprobó una correcta reducción y estabilización.

No presentó complicaciones reseñables en el postoperatorio inmediato. En el momento actual el paciente se encuentra en la octava semana tras la intervención cursando clínicamente sin dolor y progresando adecuadamente en cuanto a la ganancia de movilidad.

El protocolo postoperatorio consiste en seis semanas de inmovilización, permitiendo al paciente ejercicios pasivo-asistidos a partir de la cuarta semana postoperatoria.