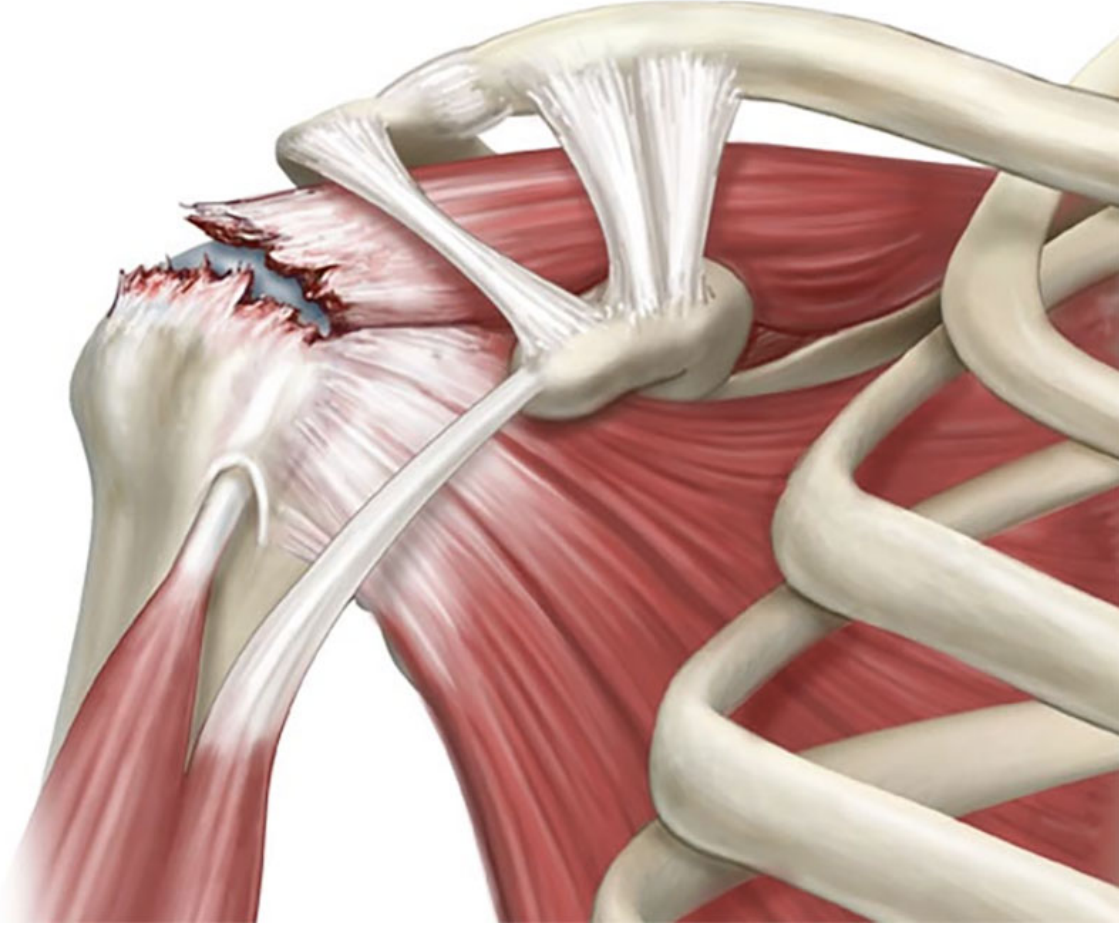


INTRODUCCIÓN

La **luxación gleno-humeral (LGH)** en los pacientes >60 años representa alrededor de un 20% de los casos. Generalmente se produce por un traumatismo de baja energía. Posee una serie de características distintivas:

- Mayor índice de lesiones de manguito y neurovasculares (n. axilar)
- Mayor asociación a fracturas (Bankart óseo, Hill-Sachs, troquíter)
- Menos recurrencia (<10% en mayores de 40 años)



Cuando la LGH anterior se asocia a **inestabilidad persistente**, se debe sospechar un defecto de contención anterior por:

- 1- Lesión del labrum antero-inferior (más frecuente en jóvenes)
- 2- Lesión de reborde glenoideo

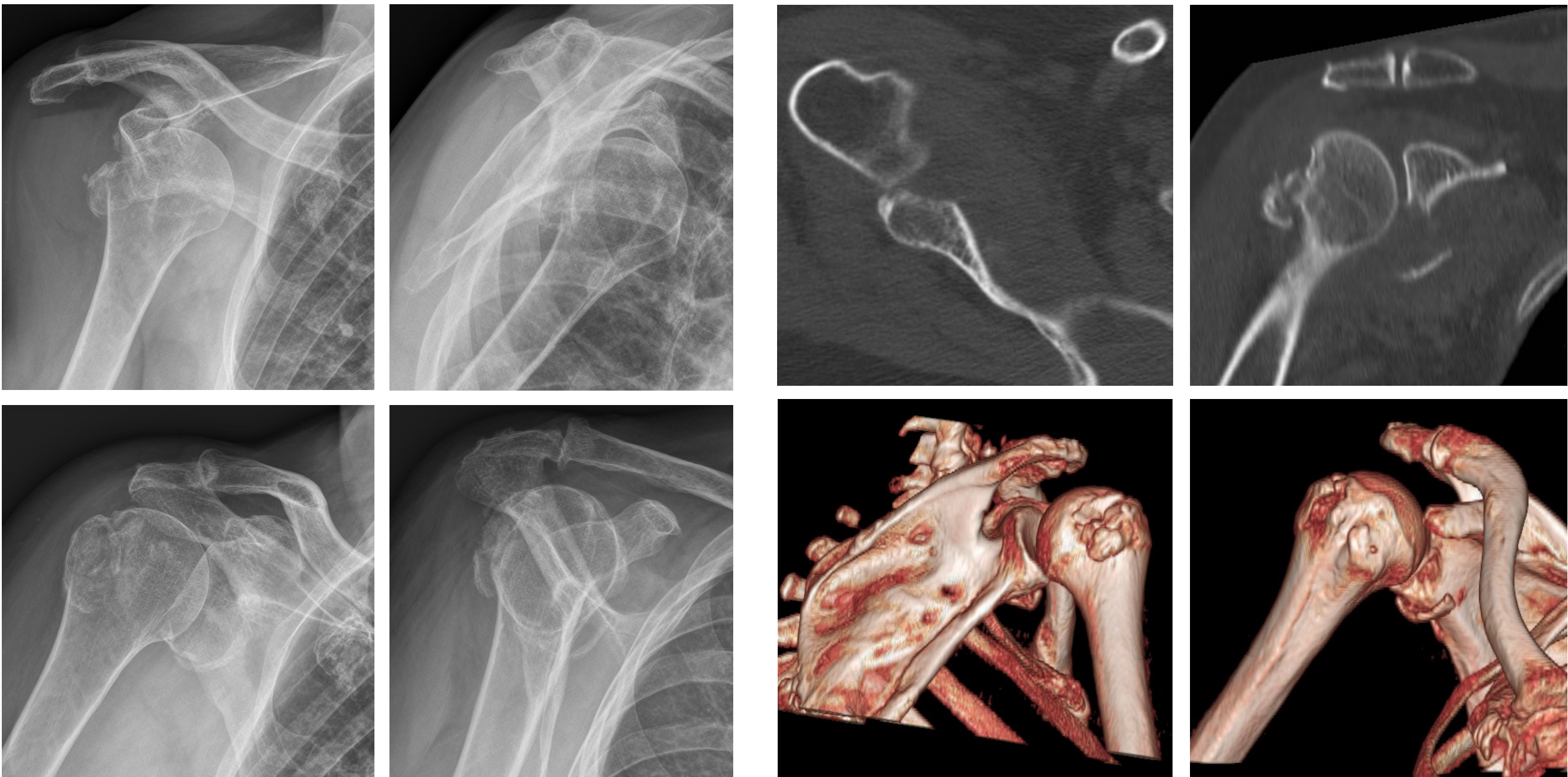
Las **fracturas del reborde glenoideo** anterior pueden ocasionar inestabilidad persistente en aquellas mayores del 20% y osteoartritis de la articulación glenohumeral.

Las **roturas de manguito** son una complicación frecuente de la LGHA en pacientes mayores de 40 años, aumentando su incidencia con la edad. Es importante su diagnóstico precoz y su diferenciación de la lesión del nervio axilar. Las fracturas de troquíter son las que mayormente se asocian a la LGHA. En general no suelen ser desplazadas, siendo su manejo ortopédico. De forma aislada se ha observado que se asocian a una menor probabilidad de recurrencia.

Los casos complejos que combinan varias de estas lesiones representan un desafío terapéutico.

CASO CLÍNICO

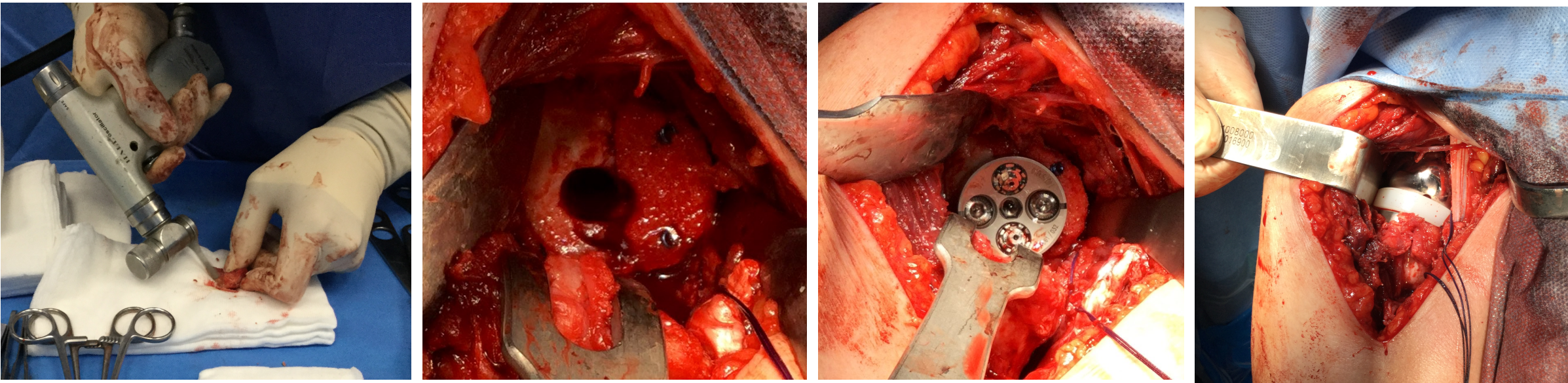
Mujer de **74 años, diestra**, con antecedente personal de fractura de húmero proximal izquierdo tratada ortopédicamente y limitación funcional secular. También refiere clínica previa sugestiva de tendinopatía de manguito derecho no estudiada. Tras caída casual presenta **luxación glenohumeral anterior (LGHA) derecha asociada a fractura de troquíter**. Tras reducción se decide manejo ortopédico con cabestrillo. A los 22 días presenta nuevo episodio de LGHA, atraumático, con inestabilidad persistente tras reducción cerrada. La exploración neurovascular fue normal. El TAC evidenció una fractura del reborde glenoideo Ideberg 1a con un **defecto antero-inferior del 40%**.



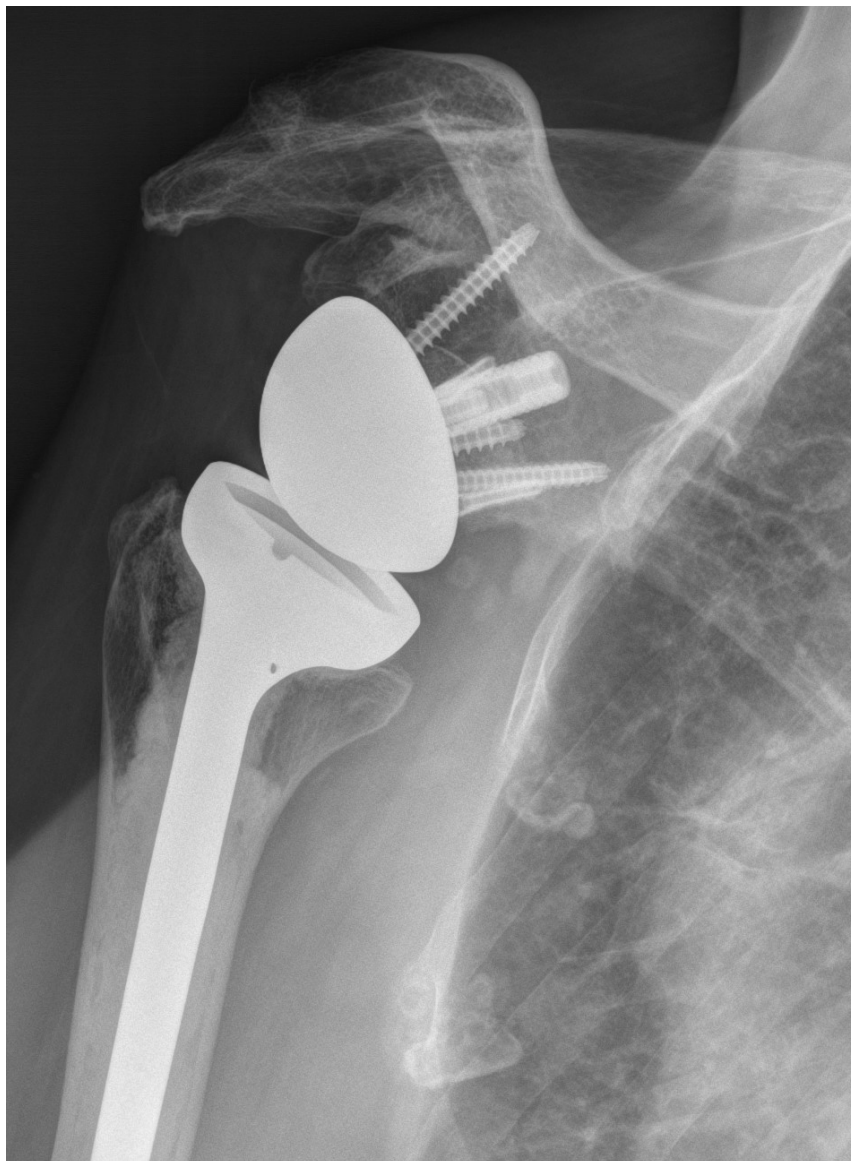
Se decide realizar procedimiento quirúrgico planteando 2 alternativas a considerar en el momento de la cirugía:

1. **Fragmento sintetizable** → Osteosíntesis +/- sutura de manguito
2. **Fragmento no sintetizable** → Prótesis invertida de hombro (PIH) + autoinjerto para suplir el defecto glenoideo

Mediante abordaje deltopectoral se evidencia fractura de troquíter, rotura masiva del manguito rotador más defecto anterior de fosa glenoidea con **fragmento no sintetizable**. Se procede con artroplastia invertida con modelo Delta-XTend™, tallando autoinjerto proveniente de la cabeza humeral y fijándolo con 2 tornillos a glena nativa. La metaglena fue fijada con 4 tornillos divergentes. Se comprobó estabilidad intra-operatoria.



Se indicó cabestrillo por 6 semanas y programa de rehabilitación específico. Tras 10 meses de seguimiento la paciente se encuentra satisfecha con los resultados, sin dolor, presentando un **Constant Score de 62**. No se ha reportado notching ni otras complicaciones.

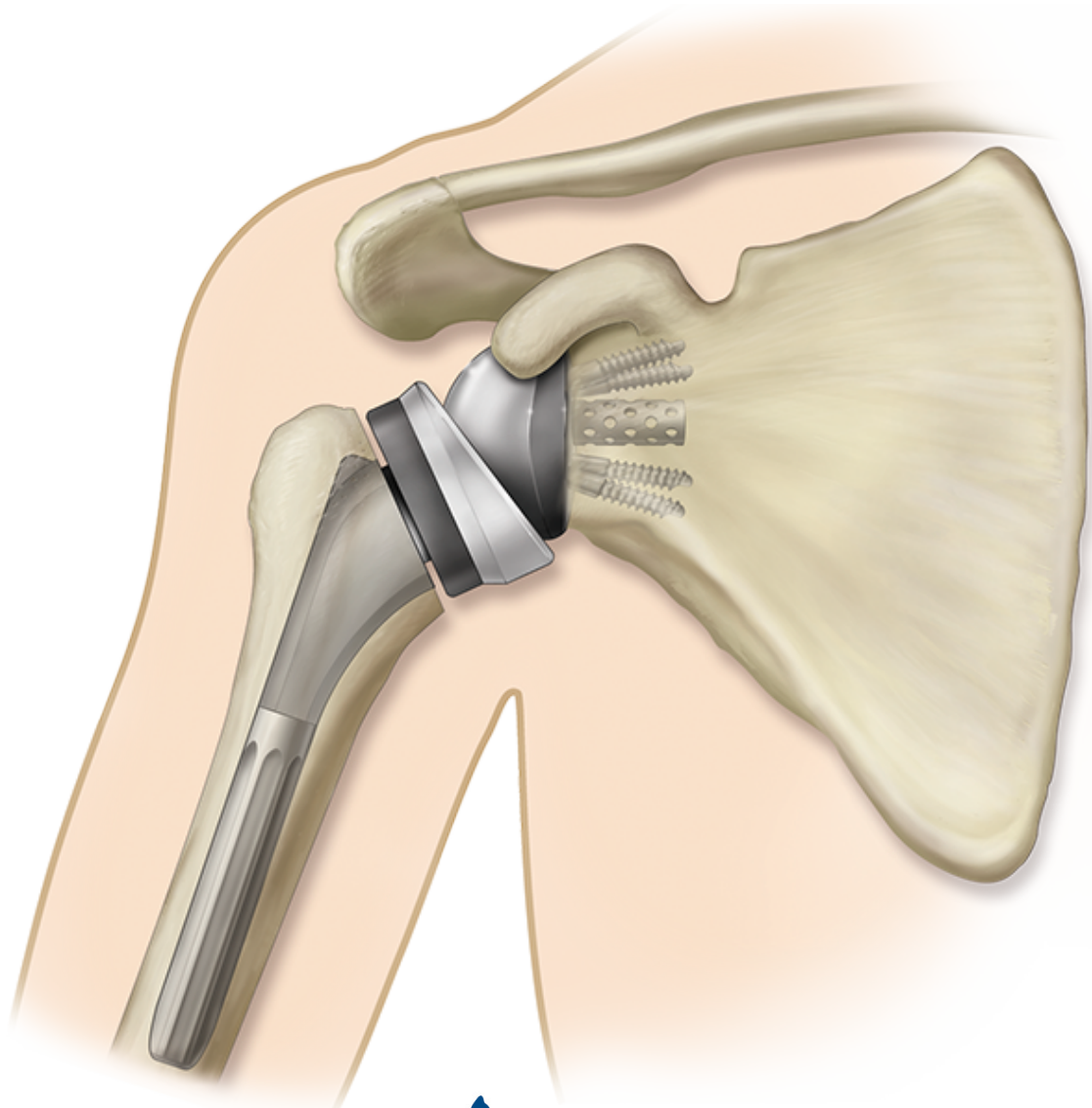


DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El patrón oro en el tratamiento precoz de las fracturas glenoideas tras LGHA con inestabilidad persistente es la osteosíntesis. Cuando esta lesión se asocia con rotura masiva del manguito y fractura de troquíter en un paciente anciano no existe un tratamiento ideal, siendo necesario individualizar cada caso.

El advenimiento de la PIH, su continuo desarrollo y los buenos resultados con respecto a otras modalidades de artroplastia, ha conducido a una ampliación de sus indicaciones. El papel de la PIH en el tratamiento de la inestabilidad no está totalmente definido, tal vez únicamente en los casos de la luxación inveterada.

Dentro de las fracturas de húmero proximal (FHP) se acepta como tratamiento eficaz en aquellas de 3 y 4 fragmentos, con resultados más consistentes que la hemiarthroplastia. Se ha demostrado, en esta indicación, que la cirugía precoz de PIH tiene mejores resultados que aquella que se realiza de forma secundaria. Existen reportes de casos similares al de nuestra paciente tratados con hemiarthroplastia más osteosíntesis, pero los resultados funcionales no parecen superar los obtenidos con técnicas similares a la presentada.



Actualmente ya no se consideran a los defectos óseos de la glena como una contraindicación para la PIH, habiendo sido descritas varias técnicas con uso de injerto para solventar este problema, entre ellas el autoinjerto de cabeza humeral.

La evolución satisfactoria de la paciente, sugiere que la PIH con injerto de glena es una opción terapéutica que debe considerarse en casos similares. Son necesarios más estudios para corroborar este hallazgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murthi A, Ramirez MA. Shoulder Dislocation in the Older Patient. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(10):615–22. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-20-10-615>
2. Rapariz J, Martin-Martin S, Pareja-Bezares A, Ortega-Klein J. Shoulder dislocation in patients older than 60 years of age. Int J Shoulder Surg [Internet]. 2010;4(4):88. <https://doi.org/10.4103/0973-6042.79792>
3. Garofalo R, Brody F, Castagna A, Ceccarelli E, & Krishnan, SG. Reverse shoulder arthroplasty with glenoid bone grafting for anterior glenoid rim fracture associated with glenohumeral dislocation and proximal humerus fracture. Orthop Traumatol Surg Res. 2016;102(8):989–994. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.09.009>
4. Gupta A, Thussbas C, Koch M, Seebauer L. Management of glenoid bone defects with reverse shoulder arthroplasty-surgical technique and clinical outcomes. J Shoulder Elb Surg [Internet]. 2018; <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.10.004>
5. Seidl AJ, Sholder D, Warrander W, Livesey MG, Williams GR, Abboud JA, et al. Early vs. late reverse shoulder arthroplasty for proximal humerus fractures: does it matter? J Shoulder Elb Surg [Internet]. 2017 May;26(5):e143. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2016.12.003>