

# TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL POSTERIOR MEDIANTE TOPE ÓSEO

María Arnaudas Casanueva, Ignacio Carbonel Bueno, Jorge Ripalda Marín, Javier Romanos Pérez, Pablo Martín Juste, Carlos Martín Hernandez



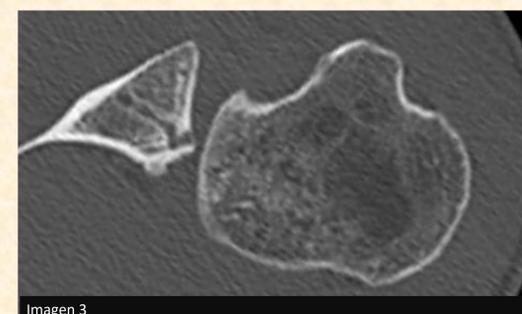
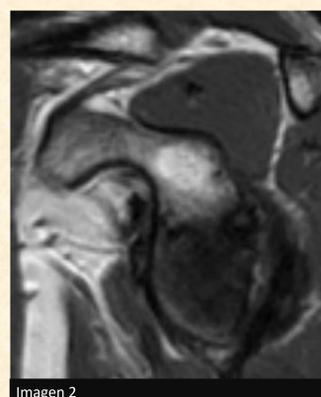
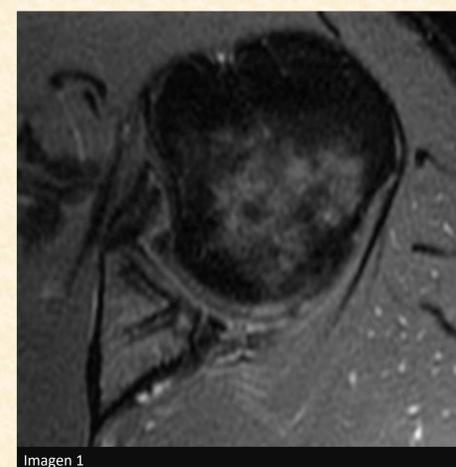
**INTRODUCCIÓN:** La luxación posterior es una entidad poco frecuente, suponiendo un 3-4% del total de las inestabilidades glenohumerales. Habitualmente se trata de manera conservadora, reservando la cirugía a pacientes seleccionados.

**OBJETIVO:** presentar el caso de un paciente con inestabilidad posterior glenohumeral intervenido mediante tope óseo posterior tras fracaso de tratamientos previos.

## MATERIAL Y MÉTODO:

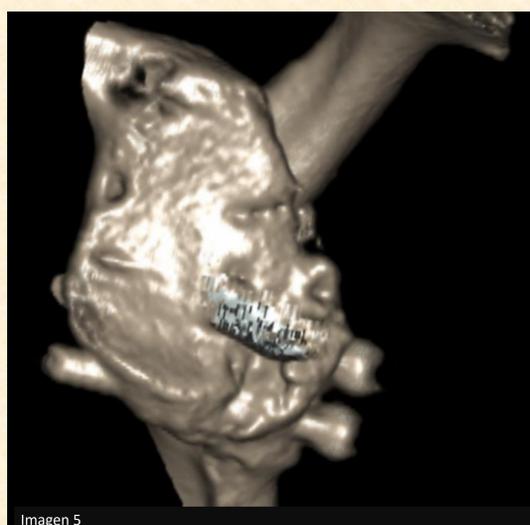
Se trata de un varón de 27 años, con inestabilidad glenohumeral posterior de hombro izquierdo (10 episodios de luxación posterior). Antecedente de fractura de radio y cúbito derechos. Las luxaciones eran traumáticas en el contexto de la práctica de artes marciales o conduciendo motocicleta (carga repetitiva sobre el hombro en flexión, adducción y rotación interna). Se realizaron las siguientes pruebas e intervenciones:

- RMN 2015: Rotura labral posterior, entre las 8 y las 12h. Discreta separación acromioclavicular, de 8 mm (LAC grado I). Retroversión glenoidea de 15° .
- Octubre 2015: **CAH 3 anclajes posteriores + 2 SLAP (Imagen 1)**
- Buena evolución hasta nuevo traumatismo con dolor, crepitación acromioclavicular y rigidez articular.
- Enero 2017: **CAH izquierda con capsulorrafia anterior, bursectomía y Mumford.**
- Mayo 2017: buen BA y sin dolor.
- TAC Febrero 2018 (tras nuevo accidente de moto): defecto óseo posteroinferior en glena y subluxación posterior de cabeza humeral (Imágenes 2 y 3).
- Septiembre 2018: **Tope óseo posterior con injerto de cresta iliaca** y fijación con dos tornillos canulados de 3,75 mm de diámetro por 36 y 38 mm de longitud respectivamente (Imágenes 4 y 5).



## RESULTADOS:

Al año presenta notable mejoría clínica (balance articular casi completo, sin dolor, aprehensión posterior ni recurrencias a pesar de mantener su nivel de actividad previo). Radiográficamente se objetiva integración del injerto de cresta iliaca en glena.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En luxaciones posteriores recurrentes se debe valorar tanto el mecanismo como la subluxación de cabeza humeral o lesiones de Hill Sachs invertidas y en la glena su retroversión o defectos óseos posteriores (congénitos o secundarios a fractura). Aunque se ha demostrado que con la reinserción de labrum posterior se obtienen buenos resultados a medio plazo, si hay defecto óseo en glena, debe asociarse tope óseo posterior por la elevada tasa de recurrencia en estos casos.

