

# Inestabilidad Posterior en Edad Pediátrica, Abordaje Artroscópico

Dr. Daniel Acevedo Tobler, Dr. Nestor Fernandez, Dr. Daniel Acevedo Etcheverry  
Departamento de Cirugía Articular, Sanatorio Cantegril, Maldonado, Uruguay

## RESUMEN

Presentamos una inestabilidad posterior pura post traumática, en un paciente de 14 años. Luego de discutir el examen físico y la paraclínica se decide realizar la estabilización artroscópica, posteriormente a la rehabilitación presente un excelente resultado al año de seguimiento. Esta es una patología rara a esta edad y muchas veces se duda ante la idea de realizar intervenciones en estos pacientes. La cirugía artroscópica permite un correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

**Palabras Clave:** Inestabilidad Posterior; Edad Pediátrica

## ABSTRACT

*We present a 14 years old patient, who has a pure traumatic posterior shoulder instability. After discussing the physical examination and paraclinical we decided to perform an arthroscopic stabilization, with subsequent rehabilitation. He had an excellent outcome at one year follow up. This is a rare pathology at this age and usually there is doubt about the idea of a surgical intervention. Arthroscopic surgery allows an accurate diagnosis and treatment for these patients.*

**Key Words:** ACL; Flipcutter; Retroconstruction

## INTRODUCCIÓN

La inestabilidad posterior traumática, es rara en adultos y aún mas rara en esqueletos inmaduros.

Muchas veces puede ser no reconocida y llevar a diagnóstico tardío o pasar desapercibida llevando a graves lesiones gleno-humerales.

Existen distintas formas de presentación de la inestabilidad posterior dentro del marco de la inestabilidad multidireccional, o asilada asociada a macro o micro trauma. La sintomatología puede ser tanto la sensación de inestabilidad, dolor o bloqueo articular secundario a una subluxación o luxación posterior.

El objetivo de este trabajo es analizar un caso de inestabilidad posterior pura, en un paciente en edad pediátrica y el abordaje artroscópico de esta patología en estos pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 14 años con una edad biológica menor a la cronológica, sin antecedentes patológicos a destacar.

Consulta con dolor en el sector posterior del hombro y sensación de inestabilidad de su hombro izquierdo post-trauma con 4 semanas de evolución, miembro no dominante.

El mecanismo traumático fue una caída de su altura con

un impacto anterior en el hombro con miembro superior en posición neutra.

Al examen físico, presenta la laxitud habitual de adolescente, con un signo del surco bilateral moderado en posición neutra y negativo en rotación externa.

Signo de aprehensión anterior negativa bilateral.

Signo de aprehensión posterior positivo.

En el hombro afectado presentaba un desplazamiento posterior al aplicar presión posterior en posición neutra y en moderada rotación interna (Traslación Posterior).

Al realizar la maniobra se produce un resalto de salida produciéndose un bloqueo en esa posición y al retirar la fuerza un resalto de entrada.

En rotación externa máxima e interna máxima se estabiliza el hombro y no se producía el desplazamiento. Este test que podría denominarse como de rotación interna externa extrema, muestra las características de esta inestabilidad. En rotación interna máxima, se tensan las estructuras posteriores y cuando realizamos rotación externa máxima viceversa, evitando el desplazamiento posterior. La lesión posterior es un decolamiento capsular y del periostio por lo que se tensa en rotación interna máxima aplicando esta maniobra.

Las radiografías no presentaban alteraciones evidentes sin alteración de las relaciones articulares, la TAC no presentaba defectos óseos ni en glena ni en cabeza de humero, pero se ve un desplazamiento posterior de la cabeza humeral con respecto a la glena.

La RNM, se observa la cabeza del humero en rotación interna y en luxación posterior (fig. 1).

No se evidencia lesión ósea ni en glena ni en humero.

Dr. Daniel Acevedo Tobler  
acevedotobler@gmail.com



Figura 1: RNM posterior a la lesión, muestra la inestabilidad posterior

En sector posterior de glena vemos el decolamiento, la avulsión capsular posterior, es difícil valorar la integridad del rodete glenoideo posterior.

En el sector anterior a la cabeza humeral, el subescapular acompaña el desplazamiento posterior de la cabeza, acomodándose en el espacio articular pero no muestra una lesión identificable (fig. 1).

El paciente presentaba una inestabilidad posterior post-traumática de su miembro superior no dominante.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó tratamiento artroscópico de su inestabilidad, en decúbito lateral, con bomba de infusión de fluidos con suero fisiológico.

Se utilizaron dos anclas de material reabsorbible con doble sutura.

Se realizó una exploración artroscópica de su hombro y eventual reparación capsulo-labral. Con el paciente en correcta posición se realizaron en primera instancia un portal posterior 1 cm mas bajo de lo habitual, un portal antero-inferior y otro anterosuperior en posición habitual. Se procede luego a la exploración articular, cuadrante por cuadrante a nivel de la glena y el humero. No se encontró lesión capsulo-labral anterior, no se evidenciaron lesiones en subescapular, no Hill-Sach reverso, manguito rotador, bíceps intervalo rotador de características normales.

En el sector posterior se evidencia una elongación capsular postero-inferior, con avulsión de labrum posterior en igual sector (fig. 2).

Posteriormente colocamos una cánula fina en el portal posterior, el portal antero-superior pasa a ser de visión y el posterior de trabajo.

Se realiza decolamiento del labrum para su movilización



Figura 2: imagen artroscopica, visión por portal antero-superior, muestra la lesión del rodete posterior.



Figura 3: imagen artroscopica, visión por portal antero-superior, muestra lesión del rodete posterior reparada.

con liberador de tejido y el cruentado del cuello de glena. Se realiza el cruentado del margen condral con cureta circular y shaver. Se colocaron 2 anclas reabsorbibles doble sutura en reborde glenoideo posterior, hora 7 y hora 8 (fig. 3). Se realiza plicatura capsular posterior y re inserción del labrum posterior, con las cuatro suturas.

Se deja un cabestrillo en rotación neutra, evitando la rotación interna, por 4 semanas.

Contamos con RNM postoperatoria a los 6 meses, que muestra las anclas en correcta ubicación y la cabeza humeral centrada en la glena, con un labrum posterior restituido (fig. 4).

El paciente con 1 año de evolución presenta una movilidad prácticamente completa, con una mínima limitación en la elevación y en la rotación interna, sin episodios de inestabilidad, y ha retomado sus actividades habituales por completo (fig. 5).

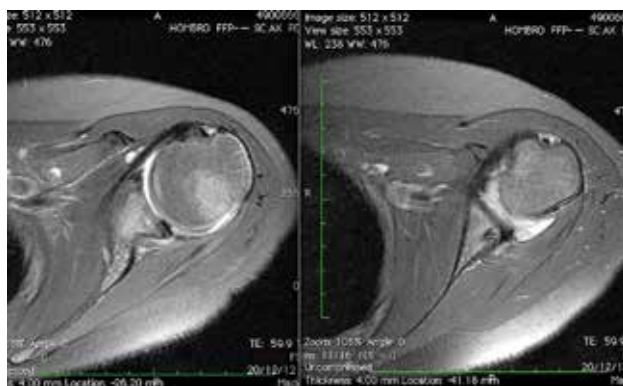


Figura 4: RNM a los seis meses de evolución post cirugía, evidencia la congruencia articular.



Figura 5: examen funcional del hombro al año de evolución, muestra recuperación casi completa.

## DISCUSIÓN

La inestabilidad posterior recidivante de hombro, es una patología muy poco frecuente en edad pediátrica,<sup>1</sup> presenta diferentes presentación clínica, aislada, acompañada de otros patrones de inestabilidad, luxación posterior trabada, etc.

El dolor y sensación de inestabilidad es lo más frecuente en la inestabilidad posterior recidivante aislada.

Este paciente presentaba un importante desplazamiento posterior ante la contracción muscular con rotación neutra y en flexión anterior intermedia, presentando episodios de bloqueo articular luxando el humero sobre la glena en su sector posterior, pero no presentaba gran dolor.

Estas características clínicas que no mejoran, sino que empeoraron con la evolución llevan a tomar la decisión de

realizar un tratamiento quirúrgico.

La RNM mostraba la luxación posterior y una imagen compatible con lesión capsular en cuello de glena. El rodeo glenoideo posterior no se evidencia lesionado en RNM, el subescapular no impresionaba lesionado en su inserción, pero era difícil asegurarlo ya que se encontraba acodado en el espacio articular anterior.

La TAC que se solicitó descarto lesión ósea en glena en reborde posterior y no se evidenciaba Hill-Sachs reverso ni lesión en troquin.

Estas son características frecuentes en inestabilidades a esta edad<sup>2</sup> y muchas veces queda la duda de cuál es la verdadera lesión.

El tratamiento quirúrgico no es la primera opción ya que el tratamiento fisiátrico tiene excelente resultado en edad pediátrica, y generalmente se reserva el tratamiento quirúrgico para los casos que no evolucionan correctamente con este tratamiento.<sup>3,4</sup>

Para realizar el tratamiento quirúrgico convencional en estos pacientes, se seguían una serie de criterios y la decisión de realizar una cirugía abierta en estos pacientes era siempre discutida.<sup>5</sup> Hasta fines del siglo 20, las publicaciones de tratamiento quirúrgico de la inestabilidad posterior traumática eran muy pocos, no fue hasta unos años después que se comenzaron a reportar buenos resultados con tratamiento quirúrgico en casos seleccionados.<sup>6</sup> La cirugía artroscópica por ser mínimamente invasiva y permitir un correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones tanto labrales, capsulares y óseas ha ganado popularidad en esta patología incluso en edad pediátrica.<sup>3</sup>

En este caso la decisión de realizar una evaluación artroscópica se basó en que era una lesión post-traumática, con una inestabilidad posterior pura, lo que hace que sea una de los casos más claros de inestabilidad a esta edad donde el tratamiento quirúrgico es la primera opción.

## CONCLUSIÓN

Con las técnicas de cirugía abierta podemos pasar por alto asociaciones lesionales dado que estamos restringidos por el abordaje que realicemos.

Por tanto la cirugía artroscópica de hombro pasa a ser una herramienta fundamental para el correcto diagnóstico y tratamiento de estas lesiones en esta población de pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Pollock RG. Recurrent posterior shoulder instability. Diagnosis and treatment. Bigliani LU. *Clin Orthop Relat Res.* 1993 Jun;(291):85-96.
2. Lawton RL, Choudhury S, Mansat P, Cofield RH, Stans AA. Pediatric shoulder instability: presentation, findings, treatment, and outcomes. *J Pediatr Orthop.* 2002 Jan-Feb;22(1):52-61.
3. Millett PJ, Clavert P, Hatch GF 3rd, Warner JJ. Recurrent posterior shoulder instability. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006 Aug;14(8):464-76.
4. Good CR, MacGillivray JD. Traumatic shoulder dislocation in the adolescent athlete: advances in surgical treatment. *Curr Opin Pediatr.* 2005 Feb;17(1):25-9.
5. Kawam, Michael M.D.; Sinclair, John M.D.; Letts, Merv M.D., Recurrent Posterior Shoulder Dislocation in Children: The Results of Surgical Management. *F.R.C.S.C. Journal of Pediatric Orthopaedics: July/August 1997 - Volume 17 - Issue 4 - pp 533-538.*
6. Wright JM, Paletta GA Jr, Altchek DW, Crockett HC, Sherman MF. Surgical management of posterior shoulder instability in a ten-year-old boy: a case report and literature review. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2000 Aug;29(8):633-7.