

Vía de abordaje alternativa para la operación de Bankart: Vía retroaxilar

S. FAZZINI, E. PENER, P. ZAPATA y A. PEMOFF

División de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Agudos Juan A. Fernández, Buenos Aires.

Presentación preliminar

La historia del tratamiento a cielo abierto de la luxación recidivante anterior del hombro está estrechamente vinculada con el acceso quirúrgico anterior y, concretamente, con la vía deltopectoral, que es la vía utilizada para casi todas las técnicas de reparación. Constituye un acceso técnicamente dificultoso para la reinserción capsular, no obstante la gama de recursos ideados. Esto ha relegado dentro del repertorio terapéutico al procedimiento de Bankart,⁷ que consideramos ideal para el tratamiento primario de la luxación recidivante anterior. La vía axilar inferior, que parecía la solución, tampoco logró muchos adeptos por la necesidad de movilizar las grandes estructuras neurovasculares para acceder a la cápsula articular, con el consiguiente riesgo de lesionarlas.^{8,15,26,28}

Numerosas publicaciones reflejan la constante búsqueda de un acceso simple y cómodo para la cirugía de la luxación recidivante anterior del hombro,^{12,14,24} entre los cuales, la vía axilar anterior transpectoral es la que más aporta para mejorar el campo operatorio.^{22,25,28} Sin embargo, la operación de Bankart no logra una amplia difusión en nuestro medio. La aparición en el mercado de anclajes óseos reactualizó el interés por este procedimiento, porque estos elementos permiten simplificar la reinserción capsular, con la consiguiente reducción del tiempo operatorio y de convalecencia. También han provocado la revisión del clásico concepto del campo operatorio amplio, generando la idea de accesos quirúrgicos reducidos (*mini open*) en los que se evitan las tenotomías y se tiende a disminuir la incisión cutánea con fines estéticos.²²

Con esta inquietud, presentamos una alternativa para reinsertar la cápsula por medio de un acceso escapular posterior que se caracteriza por no tener elementos neurovasculares en su trayecto, no requerir tenotomías ni separaciones fasciculares de músculos para llegar a la cápsula articular y por requerir una incisión cutánea que queda oculta como en la vía axilar inferior.

Parece paradójico que por un acceso escapular posterior se pueda llegar a la cara anterior de la glena, pero existen argumentos anatómicos en su favor, y la investigación en cadáveres demuestra que es posible exponer ampliamente la cápsula por un plano avascular y libre de elementos nerviosos.

Hemos denominado a esta vía como *retroaxilar*, porque accede a la cara anterior de la glena por detrás de la pared posterior de la axila. Evitamos llamarla escapular posterior, no obstante corresponder topográficamente al triángulo de los redondos, porque implicaría ignorar que la pared axilar posterior es móvil (se desplaza con el movimiento de flexión del brazo, que progresivamente la va ubicando delante del plano escapular). Esta cambiante posición de la pared posterior, cuando el brazo está a 90° en el plano de la flexión, permite alcanzar directamente la cara anterior de la glena siguiendo el intersticio, libre de elementos nerviosos y vasculares, entre el tendón de la porción larga del tríceps y el redondo mayor.

Otro elemento de interés a señalar es que la elevación del miembro, posición obligada para esta vía, aleja los elementos neurovasculares de la interlínea articular glenohumeral; por lo tanto, el manejo postural intraoperatorio del brazo es un elemento clave, porque permite modificar las peligrosas relaciones de los elementos neurovasculares con la articulación que se presentan en la vía anterior; además, hace posible tensar o relajar la cápsula y visualizarla con una incisión cutánea relativamente pequeña.

Técnica

El paciente se coloca en decúbito dorsal con una almohadilla debajo del hombro a operar (Fig. 1). El brazo debe quedar en el campo para moverlo libremente. La posición de elevación y flexión es mantenida por un ayudante. La incisión es de unos 6-8 cm y es emplazada en el pliegue axilar posterior, sobre el relieve del redondo mayor y dorsal ancho. Se incide la piel juntamente con el escaso espesor de celular subcutáneo que es el único "plano sangrante" de la operación. Se localiza el intersticio entre la porción larga del tríceps y el redondo mayor (Fig. 2); un par de separadores angostos de Farabeuf los aparta fácilmente y deja ver en la profundidad la cara anterior de la articulación glenohumeral, parcialmente cubierta

Recibido el 13-4-1999. Aceptado luego de la evaluación el 12-5-1999.

Correspondencia:

Dr. S. FAZZINI
Hospital Juan A. Fernández
Servicio de Ortopedia
Cervino 3356
(1425) Capital Federal



Figura 1. Posición del paciente mantenida por un ayudante y trazado de la incisión.

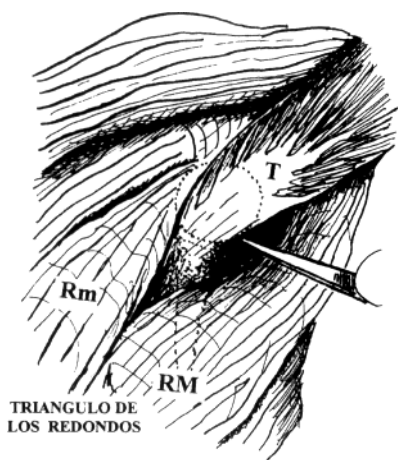


Figura 2. Acceso retroaxilar entre el redondo mayor y el tríceps, libre de elementos neurovasculares. Rm: redondo menor; RM: redondo mayor.

por el músculo subescapular (cuyas fibras, en esta posición, tienen la misma dirección que las del redondo mayor). La inserción ósea del tendón del tríceps nos guía al reborde glenoideo anteroinferior. Se debe tener presente que, cuando es necesaria una mayor exposición inferior, a un par de centímetros por debajo del punto de inserción del tríceps cruza la rama posterior de los vasos escapulares inferiores, que en este caso debe ser ligada.

La articulación aparece cubierta por el músculo subescapular, que a este nivel no tiene adherencias al plano óseo y fácilmente permite colocar, por debajo de él, un separador angosto de Hohmann que, siguiendo la cara anterior de la glena, toma punto de apoyo en su hora 12. De este modo queda expuesta toda la superficie preglenoidea. Se procede a realizar la capsulotomía siguiendo la interlínea articular, teniendo presente que el nervio circunflejo y sus vasos cruzan oblicuamente la cápsula hacia el cuello humeral; en su origen está protegido por el espesor de la masa

muscular del subescapular, que carga el separador de Hohmann y en el trayecto que va en contacto con la cápsula se ubica a unos 4 cm por encima de la interlínea articular.

Se coloca luego un separador de Hohmann dentro de la articulación para cargar la cápsula y el músculo subescapular, y se procede a la exploración intraarticular. Este acceso no permite visualizar lesiones SLAP, pero, si fuese necesario, permite ver el defecto óseo posterior (Hill-Sachs); si se amplía la incisión cutánea un par de centímetros hacia atrás, entonces se accede a la cápsula posterior siguiendo el hiato entre el tríceps y el redondo menor (vía de Dupont y Evrard).¹⁰

Se libera de tejidos fibrosos la cara anteroinferior de la glena y se hace cruenta la zona del receso preglenoideo. Se procede a la colocación de anclajes óseos en el mismo reborde glenoideo y, si se carece de anclajes, se confeccionan fácilmente los clásicos orificios óseos de reinserción sin necesidad de instrumental especial. La reinserción capsular se realiza con la tensión establecida por la posición en elevación y rotación neutra del miembro, que es la tensión justa para no limitar la movilidad.

Posoperatorio

Drenaje aspirativo de rutina. No hay cierre de planos, porque el hiato entre el tríceps y el redondo mayor cierra espontáneamente. Cierre de piel. El miembro es colocado en un arnés tipo Velpeau o Vietnam.

La actividad isométrica del músculo es permitida desde un comienzo; a las 48 horas se retira el drenaje y se inspecciona la herida; si la evolución es normal, se autorizan movimientos activos de abducción hasta 30°, manteniendo el brazo en rotación interna estricta. Progresivamente se permite una mayor abducción hasta alcanzar los 90° a los 15 días de la cirugía. A partir de entonces se permiten ejercicios de elevación y desde la tercera semana comienzan los de rotación externa, de amplitud progresiva. Aproximadamente en la quinta semana, el paciente logra colocar las manos en la nuca.

Comentarios

La limitación de esta vía es que sólo permite realizar capsuloplastias, injertos óseos preglenoideos (Eden-Hybinette) y osteotomías de reorientación de la glena. Sus ventajas son el acceso a la cápsula anteroinferior sin tenotomías ni interposición de vasos y nervios en el trayecto, reducción considerable del tiempo operatorio, sangrado mínimo, posibilidad de realizar plásticas capsulares posteriores, muy poco dolor posoperatorio y movilidad controlada precoz.

Debemos señalar la diferencia con la vía del triángulo de los redondos, de Dupont y Evrard,¹⁰ descrita para el tratamiento de las fracturas del pilar y el cuello glenoideo, que sigue el hiato entre el redondo menor y el tendón del tríceps y que sólo permite acceder a la cápsula glenohumeral posterior. También debemos marcar las diferencias con la vía que Thomas²⁶ denominó retroaxilar, propuesta para

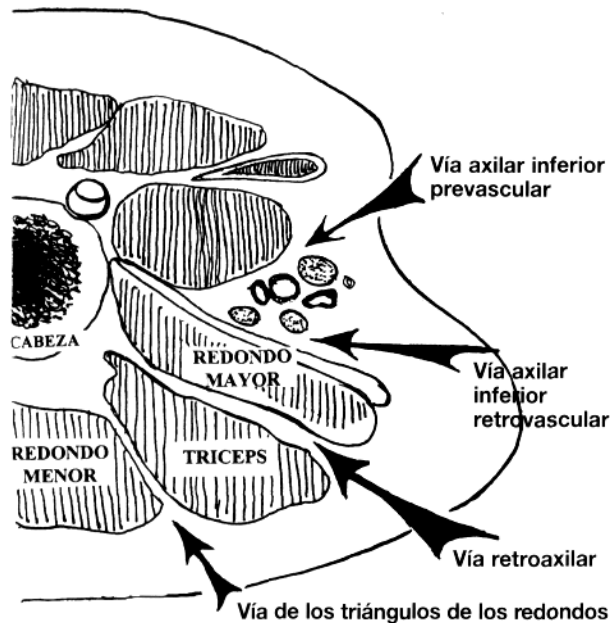


Figura 3. Diferencias con otras vías.

el tratamiento de la luxación inveterada y recidivante anterior, que sigue la cara axilar del tendón del dorsal ancho y que llega también sin tenotomías a la cápsula articular; en realidad, se trata de un abordaje axilar inferior de tipo retrovascular (Fig. 3).

Hemos revisado la bibliografía nacional,^{7,8,12,13,15,22,24,25,27,28} los textos clásicos de técnicas operatorias^{2-5,9,11,17,18,21} y las principales publicaciones extranjeras,^{1,6,10,14,16,19,20,22,26} sin encontrar referencia a la utilización de este acceso para la reinserción capsular. Moseley,²⁰ al señalar las relaciones de la cápsula con el circunflejo, menciona una vía posteroinferior que sigue el trayecto entre el tríceps y el redondo mayor aclarando que no es buena para exponer el reborde glenoido anteroinferior y muestra un dibujo anatómico con la exposición del nervio. Firpo¹¹ también se refiere a este acceso posteroinferior, señalándolo para la exposición del nervio circunflejo, pero, independientemente de la autoría, la idea de esta presentación preliminar ha sido mostrar la considerable simplificación del acceso para la operación de Bankart y lo cómodo que resulta realizarla por esta vía *retroaxilar*. La evolución de los casos operados será motivo de una futura comunicación.

Referencias bibliográficas

1. Abbott, LC y cols.: Surgical approaches to the shoulder joint. *J Bone Jt Surg (A)*, 31: 235, 1949.
2. Bauer, R; Kerschbaumer, F, y Poisel, S: *Vías de abordaje quirúrgico en ortopedia y traumatología*. Barcelona, Ed. Doyma; 1988.
3. Cadenat, FM: *Las vías de penetración de los miembros*. Barcelona: Jims; 1969.
4. Crenshaw, AH: *Campbell's Operative Orthopaedics*, (7ed, Vol. I. St. Louis, Editorial Panamericana; 1980.
5. Codman, EA: *The shoulder*. Boston: Thomas Todd; 1934.
6. Darrach, W: Surgical approaches for surgery of the extremities. *Am J Surg*, 67: 237, 1945.
7. De Anquin, CE: Tratamiento de la luxación recidivante del hombro. Bloqueo osteocapsular por vía transacromial. *Bol Trab Soc Arg Ortop Tmumatol*, XXIII: 209-306, 1958.
8. Debeyre, J, y Patte, D: Voies d'abord de l'articulation scapulo-humérale, París, Encyclopedie Médico-Chirurgicale: 44240;1974.
9. DePalma, AF: *Cirugía del hombro*. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana; 1985.
10. Dupont, R, y Evrard, H: Sur une voie d'accès postérieure de l'omoplate. Son application en traitement des fractures du pilier de cet os en particulier. *J Chir (París)*, 528-534, 1932
11. Farabeuf, LH: *Precis de manuel opératoire*. París: Masón et Cié; 1909.
12. Finochietto, R, y Fernández, LL: *Hombro: Incisión normal*. La Prensa Médica Argentina; 49: 2512-13, 1940.
13. Firpo, CAN: Vías de abordaje quirúrgico a la región del hombro. *El Día Médico* 36, 550, 1964.
14. Gardner, RC: Simple, rapid and esthetic exposure of the shoulder joint. *SCO*, 137: 99, 1973.
15. Groiso, J: Abordaje axilar transverso. Operación de Sever - L'episcopo. *Bol y Trab Soc Arg Ortop Traumatol*, 36:298-308, 1971.
16. Harty, M, y Joyce, JJ: Surgical approaches to the shoulder. *Orthop Clin North Am*, 6: 553, 1975.
17. Henry, AK: *Exposures of Long Bones and Other Surgical Methods*. Bristol, Inglaterra: John Wright & Sons; 1927.
18. Kirschner-Zenker: Técnica operatoria general y especial. Tomo X. Barcelona: Labor; 1964.
19. Leslie, JT, y Ryan, TJ: The anterior axillary incision to approach the shoulder joint. *J Bone Jt Surg (A)*, 44: 1193, 1962.
20. Moseley, HF: *Recurrent Dislocation of the Shoulder*. Edinburgo: Livingstone Ltd.; 1961.
21. Nicola, T: *Cirugía ortopédica*. Barcelona, Edit. Jims; 1967.
22. Rotella, JM: Abordaje transubescapular de la articulación glenohumeral. *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol*, 62: 272-275, 1997.
23. Rowe, CR, y Yee, LBK: A posterior approach to the shoulder joint. *J Bone Jt Surg (A)*, 26: 580, 1944.
24. Sabadotto, EL: Abordaje anterior del hombro simplificado. *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol*, 52: 274, 1992.
25. Saráchaga, R: Abordaje transpectoral del hombro. *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol*, 54: 153-165, 1989.
26. Thomas, TT: Habitual or recurrent dislocation of the shoulder. *Surg Gynecol Obstet*, 18: 107-115, 1914.
27. ZancoIH, EA: El abordaje axilar en el tratamiento de las secuelas de la parálisis obstétrica del hombro. Soc. Arg. de Ortop. y Traumat., V Jornadas Rioplatenses de Ortop. y Traumat., 425-430, 1969.
28. Zancolli, EA; Listingart, M, y Fazzini, S: Resultados alejados de la operación de Bankart y el abordaje ántero-axilar transpectoral. Actas y Trabajos del VII Congreso Arg. de la Soc. Arg. de Ortop. y Traumat., Tomo IV, Rosario, Pcia. de Santa Fe, 1969.