

HOSPITAL GENERAL Y CLÍNICO. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
CÁTEDRA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
Prof. A. LÓPEZ ALONSO

RESIDENCIA SANITARIA «NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA»
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
Dr. M. MONTEQUI

Valoración de diversos parámetros patogénicos clínicos y terapéuticos en un grupo de pacientes portadores de luxación recidivante de hombro

M. A. DIEZ ALCALDE, S. RODRIGUEZ HERNANDEZ, M. MONTEQUI SANTIAGI
y A. LOPEZ ALONSO

RESUMEN

Los autores estudian en 43 pacientes afectados de luxación recidivante de hombro distintos parámetros clínicos y morfológicos predisponentes, concluyendo que la afección es más frecuente en el varón (46 por 100), de edades comprendidas entre los 18 y los 27 años (55'5 por 100), luxación previa (70 por 100) y alteraciones morfológicas predisponentes (10 por 100).

La técnica preferida fue la de Putti-Plat, y el hallazgo más constante la luxitud del sistema cápsulomuscular anterior.

Descriptores: Luxación recidivante de hombro; parámetros clínicos. Luxación recidivante de hombro; parámetros morfológicos.

SUMMARY

43 patients diagnosed with recurrent anterior dislocation of the shoulder are analyzed by the authors in their predispositional clinical and morphological parameters.

The authors conclude that the recurrent anterior dislocation of the shoulder is more frequent in men (46%), age range 18 to 27 (55%), previous traumatical dislocation (70%) and predisponent morphology (10%).

The Putti-Plat's technique was the chosen surgical treatment, and the most usual operating finding was anterior laxity of the capsule and muscle.

Key words: Recurrent anterior dislocation of the shoulder; clinical parameters. Recurrent anterior dislocation of the shoulder; morphological parameters.

Introducción

Numerosos son los factores fisiopatológicos que se citan en la literatura para intentar interpretar el porqué la articulación escapulo humeral, presenta tanta facilidad para luxarse de una manera recidivante.

Se han referido factores de índole *familiar* (en el 25-30 por 100 de pacientes con luxación recidivante de hombro, reza este antecedente), *traumático* (hasta un 86 por 100), *anatómico* (incompetencia del sistema retentivo capsular anterior, incompetencia glenoidea, etc.), *desequilibrio muscular* (teoría funcional), etc. De la misma forma, las opciones de actualización terapéutica han variado en base al tiempo, al autor, a la interpretación fisiopatológica de la enfermedad, indicándose intervenciones que actúan sobre la *cápsula*; otras sobre la *musculatura*; las hay de *refuerzo ligamentoso*; otras que

intentan crear un *tope óseo* y en fin, aquellas que tienen como intención cambiar la orientación de la cabeza humeral o de la glenoides, mediante *osteotomías* (ver cuadro n.º 1).

El objetivo de este trabajo consiste en valorar una serie de parámetros fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos en 43 pacientes portadores de luxación recidivante de hombro.

Material y método

Hemos realizado un estudio sobre 43 pacientes portadores de luxación recidivante de hombro, pertenecientes a los servicios de Traumatología y Ortopedia del Hospital General y Clínico de Tenerife y de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen de Candelaria», sobre un total de 10.000 historias consultadas, pertenecientes a los años 1972-1984 (en el Hospital General y Clínico) y 1979-1984 (en la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen de Candelaria»).

CUADRO 1

Año	Autor	Fundamento	Modificaciones
1918	Eden	Creación tope óseo	1948. Alvik: Hueso trasplantado a parte anterior de escapula.
1932	Hybinette	Anterior	1960. Pag: Espiga ósea que abraza cabeza humeral. 1966. Danis: Relleno óseo.
1923	Bankart	Reconstrucción ap. cápsulo ligamentoso	1955. Du Toit: Fijar escapula. 1969. Moseley: Utiliza placa atornillada.
1929	Nicola	Bíceps óseo Elemento de retención	
1945	Magnuson Stack	Reconstrucción plano muscular anterior	1980. Karadimas: Lleva musculatura hacia abajo y tuberosidad mayor.
1948	Gallie	Creación de un sistema de retención	
1948	Putti-Platt	Reconstrucción capsular	1971. Lambdin: Sutura con alambre. 1976. Truchly: Tratar tendón y cápsula como un todo.
1951	Boychev	Trasladar cora corbraquial y pectoral menor	
1952	Dickson	Transposición pectoral menor	
1958	Bristow Helfet	Reconstrucción plano muscular	1970. May: Sutura coracoides a margen anterior de borde glenoideo.
	Weber	Osteotomía derotadora	

Los parámetros para nosotros estudiados han sido:

A) Parámetros clínicos

1. Sexo.
2. Edad.
3. Profesión.
4. Antecedentes.
 - 4.1. Antecedentes epilépticos.
 - 4.2. Antecedentes medicamentosos.
 - 4.3. Antecedentes con luxación traumática aguda.
 - 4.4. Antecedentes de alcoholismo.
 5. Tipo de luxación.
 - 5.1. Derecha.
 - 5.2. Izquierda.
 - 5.3. Bilateralidad.
6. Variedad luxativa.
 - 6.1. Anterior.
 - 6.2. Subluxación anterior.
 - 6.3. Subluxación posterior.
 - 6.4. Posterior.
7. Crisis luxativas desde el inicio de la primera.
8. Dolor.
9. Deformidad intererisis.
10. Autoprovocación.
11. Complicaciones.
 - A. Húmero varo.
 - B. Hipoplasia del borde anterior glenoideo.
 - C. Impronta en cara posterior del troquíter.
 - D. Escotadura postero-externa.
 - E. Sin alteración.

B) Parámetros diagnósticos: manejando Rxs A P y axiales, para valorar húmero varo, lesión de Hill-Sachs, etc.

C) Parámetros de tratamiento

1. Intervención quirúrgica realizada.
 - 1.1. Vía de abordaje.
 - 1.2. Hallazgos intraapertura.
 - 1.2.1. Lesión Barkart.
 - 1.2.2. Hipoplasia del borde anterior glenoideo.
 - 1.2.3. Laxitud capsular.

Resultados

En los 43 casos estudiados por nosotros en pacientes portadores de luxación de hombro, hemos obtenido los siguientes resultados:

En cuanto al parámetro *sexo*, en nuestra casuística aparece el 86 por 100 de varones. La edad de los pacientes, tomando como parámetro edad, la fecha de la intervención quirúrgica de los operados, que desde los 9 a los 66 años, de los cuales un 55 por 100 tenían entre 18 y 27 años.

Para el parámetro *profesión*, los resultados por nosotros obtenidos arrojan, para las mujeres un 50 por 100 de amas de casa y un 50 por 100 de estudiantes. Entre los hombres destacan los estudiantes con un 24 por 100 y profesiones eminentemente manuales (pintores, agricultores) con un 8 por 100 cada una.

En cuanto a los *antecedentes*, el antecedente más frecuente en nuestra muestra era la *luxación traumática aguda* con un 69 por 100. El lado más frecuente fue el derecho con un 69 por 100. El 88 por 100 de las luxaciones recidivantes eran anteriores puras. Estudiando las *crisis luxativas* desde el inicio de la primera, hasta el momento de la intervención, el 44 por 100 de nuestros pacientes tenían entre 5 y 15 episodios.

En nuestra serie sólo aparecieron *complicaciones* en el 11 por 100 de los pacientes. De éstas destacó en un 40 por 100 de los casos la paresia. Solamente un 45 por 100 de los pacientes presentaban *alteraciones radiológicas*, entre éstas destacaba la presencia de húmero varo, con un 20 por 100 de pacientes.

El 86 por 100 de nuestros pacientes fue tratado quirúrgicamente, de ellos un 88 por 100 se les realizó una intervención de Putti-Platt. Entre los hallazgos intraoperatorios, destaca con un 40 por 100 la presencia de laxitud capsular.

Discusión

En base a los resultados por nosotros obtenidos, hemos visto que la media de edad, en la que, en la serie presentada se han intervenido a nuestros enfermos, ha sido de 28 años y cuatro meses.

Este dato concuerda con las revisiones de SMEDT (45) que sitúa la edad entre 20 y 30 años.

DRIESSEN (14), GAUCHEY (8) y VALENTI (48) en las series por ellos presentadas encuentran una media de 26 años, siendo para SCHMITTER (43) de 27 años y nueve meses y para ALHEZ PENINA (2) de 29 años.

NIELSEN (34) encuentra en su serie cifras de hasta 30 años.

Por el contrario, el trabajo de KARADIMAS (24) da una media de 23 años, el de LOMBARDO (29) de 24 y el de CONFORTY (10) de 31.

En cuanto al parámetro sexo, en nuestra serie hemos encontrado que el 86 por 100 son hombres y el 14 por 100 son mujeres. Este dato está en concordancia con los trabajos de PEKKA (36), SAMILSON (41) y MORREY (33), que en sus series aportan cifras entre el 80-90 por 100 de hombres. Menores porcentajes dan CAUGHEY (8) y VALENTI (48) que sitúan su porcentaje de varones en el 75 por 100, mientras que los trabajos de ALAEZ PENINA (2) y TOOTH (46) dan porcentajes de alrededor del 95 por 100.

En lo que respecta al parámetro antecedentes, el epiléptico, aparece en el 2 por 100 de nuestros pacientes, lo que está en consonancia con el trabajo de VALENTI (48), que señala una tasa de epilepsia del 4 por 100, mientras que para SMEDT (45) la cifra es del 7 por 100.

El 6 por 100 de nuestros pacientes, mostraban antecedentes medicamentosos, lo que coincide con el trabajo de COZEN (14), que describe la aparición de luxación recidivante de hombro tras administración de determinados fármacos.

En cuanto al antecedente de luxación traumática aguda nuestros datos arrojan un porcentaje del 69 por 100, que concuerda con los trabajos de CAUGHEY (8), HOVELIUS (20), KARADIMAS (24), MORREY (33), JAMILSON (41), TRUCHLY (47) y VALENTI (48), que sitúan sus porcentajes entre el 55 por 100 y el 85 por 100. Estas cifras parecen un poco alejadas de los otros autores, como NIELSEN (34), PEKKA (36) y SMEDT (45), que sitúan sus porcentajes entre el 95 y el 100 por 100.

En nuestra serie, el 2 por 100 de las luxaciones eran bilaterales. Esto coincide con las cifras de SAMILSON (41) (5 por 100) y VALENTI (8 por 100), estando muy alejada de las cifras de KOPPERT (25), que da un 36 por 100 de bilateralidad.

Las complicaciones que presentan los enfermos portadores de luxación recidivante de hombro de nuestra serie, aparecieron

sólo en el 11 por 100 de los pacientes, cifras algo superiores a las de KOPPERT (25) (18 por 100), BROSTROM (6) (15 por 100) y AHLGREN (1) (20 por 100). En nuestra serie, la complicación más frecuente fue la paresia y el dolor en reposo, mientras que para autores como TOOTH (46) y ROWE (39), la complicación más frecuente fue la tendinitis bicapital. Para KOPPERT (25) y BROSTROM (6) la complicación más frecuente de la luxación recidivante de hombro es la limitación de movimientos, que para nosotros tiene un porcentaje bajo (12 por 100).

AHLGREN (1), describe en su serie, que las parestesias aparecen en el 85 por 100 de los pacientes que tenían complicaciones, mientras que nosotros damos un porcentaje más bajo, de un 12 por 100.

ROWE (39), describe como complicación de la luxación, la compresión del plexo braquial, hecho que no se observa en ninguno de nuestros pacientes ni en otros autores consultados.

Por último, SAMILSON (41), describe la artropatía glenohumeral, en sus distintos grados, desde artrosis leve a importante, relacionándolo sobre todo con el tipo de luxación. Así, él postula que se produce un mayor grado de artrosis si la luxación recidivante de hombro es posterior.

Para el diagnóstico de la luxación recidivante de hombro, hemos usado parámetros radiológicos, en concreto radiografías anteroposterior y axial de hombro. BEAUCHAMP (4) en su trabajo, afirma que utilizando la artrotomografía de hombro, hay una mayor correlación entre los datos radiológicos y las lesiones que se encuentran en el acto quirúrgico. También VALENTI (48) utiliza a veces la artrografía de hombro para demostrar la presencia de recreo capsular anterior en los casos de luxación recidivante del mismo.

En nuestra serie encontramos que un 20 por 100 de los pacientes tenían humerus varus, dato coincidente con el de SAMILSON (41) (20 por 100), pero que está bastante alejada de la cifra que da ROWE (38) (77 por 100).

La hipoplasia del borde anterior glenoideo aparece en nuestros enfermos en el 4 por 100 de los casos, cifra muy parecida a la que da SAMILSON (41) (10 por 100); superior a la de MORREY (33) (3 por 100), pero muy alejada de la de GOMAR (18), que encuentra la lesión en un 73 por 100 de casos.

Por último, la escotadura postero externa o lesión de Hill-Sachs aparece en nuestra serie con una frecuencia del 11 por 100. El único autor que se acerca a nuestra cifra es MORREY (33) que da una cifra del 16 por 100. KARADIMAS (24) y CHRISTENSEN (12) dan cifras mayores (32 por 100) y (29 por 100) respectivamente y otros autores dan cifras mucho mayores. Para TRUCHLY (47) aparece en un 74 por 100 y para ADAMS (45) aparece en el 80 por 100 de los casos si se busca.

En cuanto al parámetro tratamiento, al 13 por 100 de nuestros pacientes, no se les trató o se les trató conservadamente. ROWE (39) en su estudio afirma que el tratamiento conservador, basado en la realización de ejercicios de resistencia muscular fracasará en el 90 por 100 de los casos.

En nuestra serie, de los operados, a 33 pacientes se les practicó una técnica de Putti-Platt simple, en tres ocasiones se efectuó una combinación de Bankart-Putti-Platt y a un paciente se le practicó una operación de Putti-Platt modificada por Osmond-Clarke.

En el apartado del tratamiento, es donde se plantean mayores discusiones, ya que se ha demostrado que no existe una operación perfecta, y se han descrito más de 100 intervenciones para la corrección definitiva de la luxación.

La técnica de Eden-Henbinette, que crea un tope óseo anterior, es defendida por autores como BONIN (5) al que esta técnica le ha dado un 77 por 100 de resultados excelentes. La modificación de ALVIK, referida en su serie por LERUD (28) arroja unos resultados similares con un 74 por 100 de resultados excelentes, un 20 por 100 de re-

sultados buenos y sólo un 6 por 100 de resultados regulares.

BARCSA (3) en su trabajo analiza la modificación de Pap para la operación de Eden-Hybinette, no encontrando ninguna recidiva post-intervención y comenta que sus pacientes reanudaron su trabajo entre 7 y 10 semanas después de la operación.

La técnica de Magnusson-Stack de reconstrucción del plano muscular anterior, es utilizada por autores como KARADIMAS (24), que afirma que es un método muy sencillo, quedando una ligera limitación de la rotación externa. Hay un 87 por 100 de resultados excelentes, con sólo 2 por 100 de resultados insatisfactorios. CAUGHEY (8), en su serie refiere un 94 por 100 de pacientes satisfechos con la operación. Las inestabilidades posteriores a la intervención, este autor las achaca a la presencia de la lesión de BANKART (desinserción del labrum glenoideo).

La operación descrita por BANKART de reconstrucción del labrum glenoideo ha sido utilizada por numerosos autores. Los porcentajes de resultados excelentes, entre el 70 por 100 y el 85 por 100 son aportados por CHRISTENSEN (12), VIDAL (51), ROWE (38) y LOMBARDO (29). Los resultados adversos están entre el 2 por 100 y el 10 por 100 para CHRISTENSEN (12), ROWE (38), MORREY (33) y HOVELIUS (20).

LOMBARDO (29) refiere una tasa del 6 por 100 de resultados regulares para la luxación recidivante de hombro.

Todos los autores aportan datos sobre la restricción de la rotación externa. Para HOVELIUS (20) es de 16. VIDAL (51) refiere que el 20 por 100 de los pacientes tienen una disminución de la rotación lateral. ROWE (38) eleva el porcentaje al 31 por 100.

La variante de la técnica habitual descrita por DU TOIT, es estudiada por distintos autores. EVANS (16), MANN (31) y MIRKIN (32), en sus series no encuentran ninguna recidiva. Solamente MIRKIN (32) apunta que

un 10 por 100 de los pacientes presenta ligera restricción de la rotación externa.

El procedimiento de Putti-Platt es uno de los procedimientos más usados y estudiados. ADAMS (45), TRUCHLY (47) y SMEDT (45), en sus estudios no encuentran ninguna recidiva. Otros autores como LAMBDIN (27), SANDERS (42), dan un porcentaje de recidivas menor del 5 por 100. MORREY (33) da una cifra de recidivas del 12 por 100 y ya HOVELIUS (19) da una tasa del 19 por 100 de los cuales el 95 por 100 recaía en pacientes menores de 25 años.

En todos los casos parece haber una pérdida de la rotación externa, aunque los autores consultados dan unas cifras diferentes. Para ADAMS (45) queda una cierta limitación, así como para SMEDT (45), HOVELIUS (19) da una cifra de 6 de media de limitación de la rotación externa. Para TRUCHLY (47) la pérdida de la rotación externa es del 20 por 100, añadiéndose igualmente un 5 por 100 de limitación de la abducción. Para SANDERS (42) la limitación de la rotación externa alcanza a menos del 50 por 100 de los pacientes.

BROSTOM (6) en su estudio, llega a la conclusión de que si el hombro está inmovilizado durante cinco semanas hay un 30 por 100 menos de rotación externa y 10 por 100 menos de rotación interna. Si el hombro no está más de 2 semanas inmovilizado no hay pérdida de rotación interna.

VALENTI (48), en su estudio, indica que la modificación de Osmond Clarke para la técnica de Putti-Platt arroja un 58 por 100 de reducción de la rotación externa en los pacientes intervenidos. PEKKA (36), en su estudio, compara la técnica de Eden Hybinette con la de Putti-Platt. El encuentra que el Putti-Platt arroja unos resultados más satisfactorios que el Eden Hybinette (76 por 100 contra el 73 por 100), así como una menor reducción de la rotación externa (43 por 100 contra 53 por 100). Sin embargo, la tasa de recidivas es mayor en el Putti-Platt

(14 por 100) que en el Eden-Hybinette (7 por 100).

Otra de las técnicas más usadas es la de BRISTOW, que consiste en el trasplante de los músculos bíceps y coracobraquial. En las series consultadas, autores como MACKENZIE (30), NIELSEN (34) y SCHMITTER (43) no encuentran recidivas. Este último autor, recomienda la intervención en las luxaciones anteriores recidivantes de hombro traumáticas, sobre todo en pacientes jóvenes o atletas. LOMBARDO (29) habla en su estudio de un 2 por 100 de recidivas, KANE (23) da la cifra de un 4 por 100 y HOVELIUS (19) y CAROL (7) dan una cifra del 6 por 100 de recurrencias. Como fallos quirúrgicos se citan, por NIELSEN (34) un 5 por 100 de casos en los que no hay unión del tornillo entre subescapular y escápula. Si se produce la emigración del trasplante en más de un centímetro y medio, según HOVELIUS (19) los resultados son peores. IFKHITAR (22) y FRANKEN (17), describen como complicaciones de la técnica, respectivamente un pseudoaneurisma de la arteria axilar y una lesión del nervio músculo-cutáneo. Esta última también es descrita por HOVELIUS (19). La rotación externa, también parece estar disminuida para los diferentes autores: para MACKENZIE (30) sólo queda una ligera limitación de la rotación, así como para NIELSEN (34). Para CAROL (7), COLLINS (9) y LOMBARD (29), la reducción es del 11-12 por 100. Según este último autor con esta técnica es difícil la recuperación de atletas para la competición. KANE (23) en su serie no encuentra una limitación de la rotación lateral.

WAAL (52) en su estudio, establece una comparación entre los métodos de Bristow y Putti-Platt. Según este autor, después de una operación de Bristow, hay una menor tasa de recidiva y los pacientes tienen una menor tasa de recidiva y los pacientes tienen una menor limitación de la rotación externa, que los pacientes intervenidos con un Putti-Platt.

La operación descrita por Weber, la osteotomía rotacional, es estudiada por varios autores, llegando a distintas conclusiones.

Para DRIESSEN (14) y KRIETZLER (26), las recidivas de esta intervención están entre el 10 por 100 y el 14 por 100. Para OLIVER (35) no aparecen recidivas y está indicada la citada intervención en los casos de borde anterior glenoideo deficiente, especialmente si hay reparación frustrada de tejido blando. Para VERSTAD (50), está indicada cuando hay lesión de Hill-Sachs, con resultados satisfactorios. POUGET (37), describe que con esta técnica, los pacientes no requieren inmovilización post-operatoria. Cuando hay luxación voluntaria, este autor recomienda asociarlo a otro procedimiento.

DEMMER (13) compara dicha técnica con la de Eden-Hybinette y deduce que ésta, requiere una mayor inmovilización. La osteotomía de Weber produce un menor discomfort postoperatorio.

Hay otros autores que recomiendan la asociación de estos procedimientos entre sí, en enfermos determinados.

Esta teoría es defendida por SISK (44) que postula que para cada hombro, hay que utilizar la técnica correctora de la lesión encontrada en el acto quirúrgico. Si aparece más de una lesión o aparece la lesión de Hill-Sachs, este autor recomienda el uso de un procedimiento combinado.

ENGLISH (15) recomienda combinar el uso de una osteotomía glenoidea con un procedimiento Putti-Platt.

VAN MOL (49) afirma que combinando una intervención de tope óseo con una reinsertación del subescapular obtiene buenos resultados.

ROWE (39) recomienda en los casos de luxación voluntaria de hombro, combinar un procedimiento de Nicola con una operación de Bankart. El encuentra que este tipo de intervención produce resultados excelentes.

Otros procedimientos menos usados, han sido utilizados por diferentes autores. CON-

FORTY (10) y ALAEZ PENINA (2) analizando la operación de Boytcher, encuentran recidivas en el 1 por 100 de casos. ALAEZ PENINA (2) afirma que esta técnica no impide la asociación con otras técnicas y está indicada en los casos en los que no está indicada la operación de Bankart. El tiempo de inmovilización está entre 4 y 12 semanas.

Para RUGTVEIT (40) la técnica de Dickson, da un buen resultado sobre todo en luxaciones posteriores. HUCKSTEP (21) describe su propia técnica utilizando clavos de titanio. Esta técnica necesita una menor incisión, una menor actuación sobre la masa muscular y no necesita inmovilización post-operatoria.

Fijándonos en los hallazgos intraoperatorios, en nuestra serie encontramos en un 40 por 100 de casos la presencia de laxitud de la cápsula articular, cifra muy parecida a la que dan ROWE (38) (54 por 100) y MORREY (33) (40 por 100). Por contra CHRISTENSEN (12) da una cifra bastante inferior, un 4 por 100.

Por último, el desprendimiento del labrum glenoideo, aparece en nuestra serie en un 5 por 100 de casos, cifra muy alejada de la que dan otros autores.

PEKKA (36) en su estudio, da una cifra del 33 por 100. ROWE (38, 39) en dos estudios distintos da cifras del 53 por 100 y 80 por 100. HOVELIUS (20) en su estadística arroja un 50 por 100. TRUCHLY (47) da una cifra del 74 por 100 y CHRISTENSEN (12) en su serie, da el mayor porcentaje de presencia del desprendimiento del labrum, un 83 por 100.

Por último TOOTH (46) en un estudio sobre la subluxación recidivante de hombro refiere que todos los hombros con subluxación, en su estudio presentan un desprendimiento del labrum.

Los autores de este trabajo, no pueden discutir los aspectos de los resultados funcionales a largo plazo, por no haber podido realizar seguimiento de los pacientes.

Conclusiones

1. Se presenta un estudio de 43 pacientes portadores de luxación recidivante de hombro, sobre una muestra de 10.000 historias consultadas, pertenecientes a los años 1972-1984 del Hospital General y Clínico, y 1979-1984 de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social, Nuestra Señora de la Candelaria.

2. En función a los resultados por nosotros obtenidos, la enfermedad incidió preferentemente en el varón, representando el 86 por 100 del total de la muestra.

3. La edad de la máxima incidencia de la luxación recidivante de hombro, viene referida al período comprendido entre 18 y 27 años (55 por 100), lo cual viene a estar en consonancia con un hecho universalmente aceptado.

4. El antecedente episodio de luxación traumática aguda es el más reiterativamente evidenciado en la serie consultada (30 de los 43 pacientes), estando este dato en valores discretamente más altos que en otras muestras revisadas. Por el contrario, el antecede-

dente epiléptico, medicamentoso y de alcoholismo, es menos frecuente en nuestra muestra.

5. Desde el punto de vista radiológico, ciertas alteraciones «constitucionales», como son húmero varo, hipoplasia del borde anterior glenoideo y escotadura póstero externa, las hemos evidenciado sólo en nueve casos de la muestra.

6. En lo que hace referencia al tratamiento de los 37 enfermos intervenidos, en 33 se practicó la intervención de Putti-Platt, en tres pacientes la de Bankart y en un paciente se realizó la operación de Osmond-Clarke modificada.

7. En el 40 por 100 (15 casos) y erigiéndose como el hallazgo intraoperatorio más constante se evidenció una hiperlaxitud de la cápsula articular, creyendo los autores en base a este dato, que posiblemente el factor patogénico más significativo de la enfermedad que nos ocupa sea la insuficiencia del sistema retentivo capsular anterior: no entrando los autores a matizar sobre el técnico papel del desprendimiento del labrum (lección de Bankart).

BIBLIOGRAFIA

1. AHLGREN, O. (1980): Recurrent posterior dislocation of the shoulder joint. Diagnostic, management and therapy in seven cases. *Acta Orthopædia Scandinava*. Vol. 51, n.º 2, pág. 382.
2. ALAEZ PENINA, J.; OLLER DAURELLA, J.; OLLER IZQUIERDO y MONTANER VERGES, J. (1983): Tratamiento de la luxación recidivante escapulo humeral anterior, según el método de Boytchev. Resultados. *Revista de Ortopedia y Traumatología*. 271B, n.º 5, pág. 569.
3. BARCSA, C. y KALMER, L. (1972): Résultats éloignes de la greffe osseuse selon Pap, dans la luxation récidivante de l'épaule. *Beitr. Orthop. Traumat.*, n.º 12, pág. 712.
4. BEAUCHAMP, C. P. y LOONER, R. L. (1984): Arthrotomography of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66-B, pág. 303.
5. BONIN, J. C. (1973): Traitement opératoire de la luxation récurrente et antérieure de l'épaule. *Royal Society of Medicine*, n.º 66, pág. 755.
6. BROSTROM, L. A.; OKSON, E. y WALLESTEN, R. (1984): Shoulder function in patients with recurrent dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædia Scandinava*. Vol. 55, fasc. 1, pág. 95.
7. CAROL, E. J.; FALKE, L. H.; KORTMAN y ROEFFEN, J. (1984): Treatment of recurrent dislocation of the shoulder by the Bristow procedure. *Acta Orthopædia Scandinava*. Vol. 55, n.º 4, pág. 485.
8. CAUGHEY, M. A. y GRAY, D. M. (1983): Results of the Magnusson-Stock procedure for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 65-B, pág. 518.

9. COLLINS, J. J. (1983): Bristow operation for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 65-B, pág. 101.
10. CONFORTY, B. (1974): Boytchev's procedure for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 56-B, pág. 386.
11. COZEN LEWIS, N. (1977): Pentazocine injection as a causative factor in dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 59-A, pág. 979.
12. CHRISTENSEN, S. E.; CETTI, R. y KROMENN, B. (1984): A modified Bankart procedure for recurrent dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 55, fasc. 3, pág. 390.
13. DEMMER, P. J. (1984): Operative treatment of recurrent dislocation of the shoulder. Comparison of Eden-Hybinette reconstruction and Weber's rotation osteotomy. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66-B, pág. 448.
14. DRIESSEN, A.P.P.M. y WAKERMAN (1984): Treatment of habitual shoulder dislocation by Weber's derotational osteotomy. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 55, pág. 485.
15. ENGLISH (1973): Recurrent posterior dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 55-B, pág. 662.
16. EVANS, D. C. (1974): Recurrent dislocation of the shoulder a review of stapling procedure in thirty-nine cases. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 56-B, pág. 590.
17. FRANKEN, T. H. (1984): Injury of the musculocutaneous nerve as a complication of operations for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66-B, pág. 449.
18. GOMAR, F. (1980): Traumatología. Publicaciones Médicas y Científicas. 1.ª Edición. Valencia.
19. HOVELIUS, L.; AKERMARK, C.; ALBERKSTSON, B.; BERG, E.; HERBERTS, P.; KORNER, L.; LUNDBERT, B. y WREDMARK, T. (1984): Results after 2-5 years with the Bristow-Latarjet procedure for recurrent anterior dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 55, fasc. 1, pág. 108.
20. HOVELIUS, L.; THORLING, J. y FREDIN, H. (1979): Recurrent anterior dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 61A, pág. 566.
21. HUCKSTEP, R. L. (1983): Recurrent dislocation of the shoulder treated by titanium staple and screw fixation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*.
22. IFTIKHAR, T.; KAMINSKI, R. y SILVAI, I. (1984): Neurovascular complications of the modified Bristow procedure. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66A, pág. 951.
23. KANE, W. J. (1973): Bristow repair in recurrent anterior dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 55A, pág. 880.
24. KARADIMAS, J.; RENTIS, G. y VAROUCAS, G. (1980): Repair of recurrent anterior dislocation of the shoulder using transfer of the subscapular tendon. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 62A, pág. 1147.
25. KOPPERT, G. y HAWKINS, R. J. (1980): Recurrent dislocation shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 62B, pág. 127.
26. KREIETZLER, Jr. H. (1974): Scapular osteotomy for posterior shoulder dislocation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 56A, pág. 197.
27. LAMBDIN, C. S.; YOUNG, S. B. y UNSICKER, C. L. (1971): A modified Bankart-Putti Platt shoulder capsulorrhaphy. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 53A, pág. 1237.
28. LERUD PER, J.; LANGELAND, N. (1982): The Alvik modification of the Eden-Hybinette operation for the recurrent dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 53, fasc. 3, pág. 505.
29. LOMBARDO, S. J.; KERLAN, R. K.; JOBE, F. W.; CONTER, V. S.; BLAZINE, M. E. y LOMBARDO, C. L. (1976): The modified Bristow procedure for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 58A, pág. 256.
30. MACKENZIE DONALD, B. (1980): Bristow Helfet operation for recurrent anterior dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 62B, pág. 273.
31. MANN, R. A.; WEST, W. F. y BARNER, M. (1974): Johannesburg stapling for repair of recurrent dislocating shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 56A, pág. 198.
32. MIRKIN LEO (1977): Simple Bankart's stapling for recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 59B, pág. 516.
33. MORREY, B. F. y JAMES, J. S. (1976): Recurrent anterior dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 58A, pág. 252.
34. NIELSEN, A. B. y NIELSEN, K. (1982): The modified Bristow procedure for recurrent anterior dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, n.º 53, pág. 229.
35. OLIVER, J. H. y HASTINGS, D. E. (1980): Glenoid osteotomy in the treatment of recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 62B, pág. 128.

36. PAAVOLAINEN PEKKA; JAN MAGNUS; BJÖR-KENNHEIM; AHORNO JUHANI; STÄTIS PAR (1984): Recurrent anterior-dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, n.º 55, pág. 556.
37. POUGET, G. (1984): Recurrent posterior dislocation of the shoulder treated by glenoid osteotomy. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66B, pág. 140.
38. ROWE, G.; PATEL, D. y SOUTHMARED, W. W. (1977): The Bankart procedure. A study of the late results. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 59B, pág. 122.
39. ROWE, C. C. y ZARINS, V. (1981): Recurrent subluxation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 63A, pág. 863.
40. RUGTVEIT ARNE (1977): Recurrent posterior shoulder dislocation treated by the transposition of pectoralis minor to the anterior bicipital ridge. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 48, n.º 2, pág. 232.
41. SAMILSON, R. L. y PRIETO, V. (1983): Dislocation arthropathy of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 61A, pág. 456.
42. SANDERS, R. J. (1984): Treatment of recurrent anterior dislocation of the shoulder by the Bankart and Putti Platt techniques. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 55, n.º 4, pág. 485.
43. SCHMITTER, E.; IVERSON, M. y GOWEY, R. J. (1974): Bristow procedure for treatment dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 56A, pág. 1312.
44. SISK, D. T. y LYNCK, M. (1975): Recurrent anterior dislocation of the shoulder. Which operation? *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 57A, pág. 1032.
45. SMEDT, A.; HOOGMARTENS, M. y MULIER, J. C. (1975): Recurrent anterior dislocation of the glenohumeral joint. *Acta Orthopædica Belgica*, tomo 41, fasc. 2, pág. 215.
46. TOOTH, R. M. (1973): Recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 55B, pág. 228.
47. TRUCHLY, G. y THOMPSON, W. L. (1976): Experience with modified Putti procedure in 302 consecutive case of anterior recurrent dislocation of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 58A, pág. 735.
48. VALENTI, J. R.; LLOMBART, R.; GURPIDA, C. y ORAIFO, A. (1981): Luxación recidivante de hombro. *Revista de Ortopedia y Traumatología*. 25 IB, n.º 1, pág. 99.
49. VAN MOL, P. J.: Recurrent anterior dislocation of the shoulder. *Arch. Chir. Neerl.* XXIV, n.º 2, pág. 229.
50. VESTAD, E. (1979): Rotational osteotomy for recurrent dislocation of the shoulder. *Arch. Orthopædica Scandinava*, vol. 50, n.º 6, pág. 803.
51. VIDAL, J.; ORT, G.; DENIS, P.; REBOUL, C.; MARNAY, T. y DEGUILLAUME, P. (1984): The Bankart procedure: Its reliability among sportmen. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 66B, pág. 140.
52. WAAL MALEFIT, J. de; OOMS, A. J. y REUS, TH. J. R. VAN (1984): Comparison of the Bristow and Putti Platt techniques for treatment of recurrent dislocation of the shoulder. *Acta Orthopædica Scandinava*, vol. 55, pág. 485.