

---

## Comentario

El artículo del Dr. Garaizábal Bastos fue presentado en el año 1955, durante las IV Jornadas Nacionales de la SECOT, en Asturias, apenas diecisiete años después del clásico trabajo de Bankart en el *British Journal of Surgery*. Al leerlo uno se da cuenta de que quien lo escribe sabe bien de lo que está hablando, y de que, sin ninguna duda, representa la experiencia de un científico sincero. Es además un compendio muy clarificador de la patología de la inestabilidad de hombro, con conceptos que hoy en día parecen obvios, pero que en aquella época todavía no estaban nada bien esclarecidos.

La descripción de los hallazgos intraoperatorios en las luxaciones recidivantes es impecable. Se insiste en que la mayoría de sus enfermos tenía un defecto en el labrum, bien fuera un arrancamiento, una rotura o una desaparición aparente del mismo, y que sólo es posible identificar si se realiza una inspección intraarticular a través de la apertura capsular. Hoy sabemos bien que éste es el factor determinante de la inestabilidad en la mayoría de nuestros enfermos, aquellos englobados en la denominada inestabilidad unidireccional postraumática. Menciona además que en dos de sus casos no existía tal lesión y anticipa que la causa de su inestabilidad podría estar en el exceso de laxitud capsular. Innegable la lucidez del comentario, 15 años antes del clásico trabajo de Neer y Foster sobre la inestabilidad multidireccional<sup>1</sup>. Así, de un modo sencillo, describe las dos categorías de inestabilidad a las que con más frecuencia nos enfrentamos. Con alguna frecuencia los dos hallazgos patológicos coinciden y no es raro encontrar lesiones de Bankart asociadas a cápsulas redundantes que precisan un tratamiento combinado.

Los párrafos dedicados a la técnica quirúrgica revelan la preferencia del autor por la reconstrucción anatómica de la lesión. Describe en detalle la colocación del paciente y la vía de abordaje utilizada para llegar cómodamente al borde anterior de la glena, realizando una osteotomía de la coracoides para ampliar la exposición. Detalla, posteriormente, su técnica para perforar la glena y reforzar la cápsula me-

dial, insistiendo en la dificultad técnica de esta operación y recomendando el uso de dos orificios «uno arriba y otro abajo» en vez de los cuatro descritos por Bankart. Desde luego, con algunas variaciones, se asemeja bastante a lo que hacemos hoy en día en la cirugía abierta. El paso del tiempo y la evolución en el diseño del instrumental nos han permitido realizar lo mismo mediante una cirugía abierta menos agresiva, en la que se puede reparar anatómicamente el labrum, preservar en algunos casos la inserción del subescapular, trabajando a su través, y desplazar posteriormente la cabeza humeral mediante el retractor de Fukuda. Así, por una incisión de apenas 4 cm podemos realizar esta cirugía. El factor determinante de inestabilidad postraumática anterior es la lesión de la porción anteroinferior del labrum glenoidal, y es esa zona la que debemos esforzarnos en reparar. El conocimiento preciso de la anatomía patológica de la inestabilidad ha permitido que la última década haya sido testigo de la consolidación de la cirugía artroscópica como alternativa a las técnicas clásicas. Actualmente los resultados publicados por diferentes grupos sobre la reconstrucción artroscópica de las lesiones del labrum son en todo comparables a las técnicas abiertas, con el innegable beneficio para el enfermo en los primeros tres meses tras la cirugía<sup>2,3</sup>. Lo mismo podríamos decir de las inestabilidades por laxitud capsular, en las que la artroscopia desempeña cada vez un papel más relevante, replicando de forma intraarticular el clásico plicaje de Neer<sup>4</sup>. Es nuestra impresión que la próxima década verá la consolidación de la artroscopia como técnica de elección para el tratamiento de la inestabilidad de hombro en detrimento de los métodos más clásicos.

Es gratificante detenerse en la exposición de los resultados del Dr. Garaizábal. Es meticuloso en la descripción de cada uno de sus enfermos, en la reincorporación a su actividad deportiva o laboral, en la recaída, y en lo que él puede considerar un buen o mal resultado. En un momento en el que la mayoría de nuestras investigaciones se soportan sobre firmes bases estadísticas que validan nuestras conclusiones, se echa de menos el análisis concreto de los casos. La

totalidad de los casos ilustrados en el trabajo muestran un déficit de rotación externa, aunque «ninguno ha sentido la ligera disminución en la rotación externa». Este déficit es atribuible a la asociación de una plicatura del subescapular al estilo Putti-Platt en todos sus casos. Hoy en día somos tremendamente meticolosos para evitar esta complicación en la cirugía abierta y también en la artroscopia, cuando asociamos una plicatura capsular a la reparación de Bankart.

Sin duda, a lo largo de los cincuenta años que han transcurrido desde la publicación del trabajo del Dr. Garaizábal Bastos, se ha avanzado de forma especialmente significativa en el diagnóstico y tratamiento del hombro inestable. Hoy identificamos en nuestras consultas enfermos en los que podemos saber cuál es la causa y la dirección de su inestabilidad. Tenemos métodos diagnósticos que nos permiten confirmar nuestra sospecha de forma fiable, y disponemos de técnicas quirúrgicas artroscópicas que nos muestran la lesión o lesiones existentes y permiten su corrección. Con todo, es muy probable que no mucha gente hace medio

siglo tuviera la experiencia y la claridad de ideas reflejadas en este clásico de nuestra Revista.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neer CS 2nd, Foster CR. Inferior capsular shift for involuntary inferior and multidirectional instability of the shoulder. A preliminary report. *J Bone Joint Surg Am.* 1980;62:897-908.
2. Pelet S, Jolles BM, Farron A. Bankart repair for recurrent anterior glenohumeral instability: results at twenty-nine years follow-up. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15:203-7.
3. Carreira DS, Mazzocca AD, Oryhon J, Brown FM, Hayden JK, Romeo AA. A prospective outcome evaluation of arthroscopic Bankart repairs: minimum 2-year follow-up. *Am J Sports Med.* 2006;34:771-7.
4. Treacy SH, Savoie FH 3rd, Field LD. Arthroscopic treatment of multidirectional instability. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999;8:345-50.

S. Antuña

*Servicio de Cirugía Ortopédica A  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.*