

---

# CARTA AL EDITOR

---

El artículo “Defecto óseo glenoideo crítico en inestabilidad de hombro. Métodos de medición y su valor en la práctica diaria”<sup>1</sup> publicado por Barclay y cols. en el anterior número de la revista no puede ser de mayor actualidad en la patología de inestabilidad glenohumeral de hombro.

Ha existido una divergencia académica en el manejo de esta condición entre las tres escuelas más importantes (EE. UU., Europa y Asia), donde el centro de la discusión está en la cuantificación del defecto óseo crítico y su consecuencia natural: la elección del tipo de cirugía a realizar. Bien lo dicen los autores, esta decisión debería ser el resultado de un análisis de varios factores y no exclusivamente de la cuantificación de un porcentaje. La cirugía artroscópica de Bankart ha sido la gran damnificada, en esencia porque los conceptos iniciales de porcentajes de pérdida ósea sobre el 25%,<sup>2</sup> incluyeron en sus estudios muchos pacientes artroscópicos que hoy sabemos tienen altos porcentajes de recidivas en los seguimientos después de los cinco años. Estos pacientes con desenlaces inaceptables<sup>3-5</sup> están incluidos en las estadísticas generales. Por tanto, la comparación de resultados en términos de recidivas entre técnicas de tejidos blandos versus óseas es desigual,<sup>6</sup> ya que hay una gran variabilidad en la técnica artroscópica (Bankart) que incluyen el número de anclajes y suturas, *remplissage* asociado, plicaturas anteriores y posteriores, enfrentadas a un procedimiento que en esencia es el mismo desde sus inicios (Latarjet). Veremos pronto los resultados de comparar ambas técnicas con pacientes artroscópicos mejor seleccionados y con técnicas modernas estandarizadas.

La medición de los defectos óseos ha sido bien revisada en el artículo y concuerdo con que todos los sistemas tienen un grado importante de subjetividad y variabilidad técnica para que sean reproducibles, con altos grados de confiabilidad interobservador. Es complejo saber hoy si esa sofisticación en diferencias tan pequeñas (13.5%<sup>7</sup> versus 15%,<sup>8</sup> por ejemplo) es significativa en la toma de decisiones en inestabilidad de hombro, en especial cuando se revisan los porcentajes de pacientes llevados a Latarjet en Francia comparados con otros países, independiente de los defectos óseos (72% versus 8%, respectivamente),<sup>9</sup>

Al menos hoy sabemos que la evidencia es consecuente en asegurar que defectos por encima del 25% tienen tasas inaceptablemente altas de recidivas para cirugías de tejidos blandos (Bankart abierta o artroscópica). Sin embargo, defectos menores a este porcentaje nos ponen a valorar otros factores asociados con la edad, actividad, hiperlaxitud y deporte. El espectro de porcentajes “críticos” (aquel porcentaje que es el punto de quiebre para toma de decisiones) es amplio y está basado en estudios clínicos y cadavéricos. Van desde el 0%<sup>10</sup> (Giles Walch: “*There is no suggestion in the literature that patients who have recurrent dislocation with an intact anterior glenoid rim are poor candidates for the Latarjet procedure*”) hasta el 25%.<sup>11</sup> No obstante, cada vez hay más evidencia que el porcentaje está alrededor del 15% ± 2%.<sup>7,8,12-13</sup> En este sentido, la recomendación del consenso del comité de hombro de ISAKOS en cabeza del Dr. DiGiacomo<sup>12</sup> es una excelente guía que valora no solamente los defectos óseos en porcentajes actuales, sino que tiene en cuenta los demás factores, no menores en importancia, asociados con el paciente.

Este artículo no habla de la medición de los defectos humerales (intervalo de Hill-Sachs) y su importancia en la valoración bipolar del problema.<sup>14</sup> Un único valor es incompleto en esta ecuación y la sumatoria de ambos defectos debe ser tomada en cuenta. En este sentido, tenemos los mismos retos de medición adecuada y valoración de su impacto en la toma de decisiones. Por eso la importancia de saber medir estos defectos de manera correcta a través de métodos que midan áreas en megapíxeles, los cuales tienen más confiabilidad.<sup>15</sup>

Finalmente, me identifico plenamente con la experiencia de los autores en que el defecto *per se* no es un número único que mueva el dial hacia el tipo de cirugía a escoger.

Volver al principio básico de examinar al paciente, preguntarle por sus expectativas, valorar y medir todos los estudios, conocer el deporte que practica, su trabajo y así tomar, con base en la evidencia actual, la mejor decisión.

Paulo José Llinas Hernández

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barclay F; Moores F; Pazos F; Arcuri F. Defecto óseo glenoideo crítico en inestabilidad de hombro. Métodos de medición y su valor en la práctica diaria. *Artroscopia*; 2022; 29(3): 91-6.
2. di Giacomo G; Itoi E; Burkhart SS. Evolving concept of bipolar bone loss and the hill-sachs lesion: From “engaging/non-engaging” lesion to “on-track/off-track” lesion. *Arthroscopy*, 2014; 30(1): 90-8. DOI:10.1016/j.arthro.2013.10.004.
3. Murphy AI; Hurley ET; Hurley DJ; Pauzenberger L; Mullett H. Long-term outcomes of the arthroscopic Bankart repair: a systematic review of studies at 10-year follow-up. *J Shoulder Elbow Surg*, 2019;

- 28(11): 2084-9. DOI:10.1016/j.jse.2019.04.057.
4. Thomazeau H; Langlais T; Hardy A; et al. Long-term, prospective, multicenter study of isolated Bankart repair for a patient selection method based on the instability severity index score. *Am J Sports Med*, 2019; 47(5): 1057-61. DOI:10.1177/0363546519833920.
  5. Zimmermann SM; Scheyerer MJ; Farshad M; Catanzaro S; Rahm S; Gerber C. Long-term restoration of anterior shoulder stability: A retrospective analysis of arthroscopic Bankart repair versus open Latarjet procedure. *J Bone Joint Surg Am*, 2016; 98(23): 1954-61. DOI:10.2106/JBJS.15.01398.
  6. Ernstbrunner L; de Nard B; Olthof M; et al. Long-term results of the arthroscopic Bankart repair for recurrent anterior shoulder instability in patients older than 40 years: a comparison with the open Latarjet procedure. *Am J Sports Med*, 2020; 48(9): 2090-6. DOI:10.1177/0363546520931090.
  7. Dickens JF; Owens BD; Cameron KL; et al. The effect of subcritical bone loss and exposure on recurrent instability after arthroscopic Bankart repair in intercollegiate American football. *Am J Sports Med*, 2017; 45(8): 1769-75. DOI:10.1177/0363546517704184.
  8. Gowd AK; Liu JN; Cabarcas BC; et al. Management of recurrent anterior shoulder instability with bipolar bone loss: a systematic review to assess critical bone loss amounts. *Am J Sports Med*, 2019; 47(10): 2484-93. DOI:10.1177/0363546518791555.
  9. Thomazeau H; Courage O; Barth J; et al. Can we improve the indication for Bankart arthroscopic repair? A preliminary clinical study using the ISIS score. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2010; 96(8): S77-83. DOI:10.1016/j.otsr.2010.09.007.
  10. Walch G. What I've learned? *J Shoulder Elbow Surg*, 2019; 28(6): 1214-6. DOI:10.1016/j.jse.2019.02.018.
  11. Burkhart SS; DeBeer JF; Tehrany AM; Parten PM. Quantifying glenoid bone loss arthroscopically in shoulder instability. *Arthroscopy*, 2002; 18(5): 488-91. DOI:10.1053/jars.2002.32212.
  12. di Giacomo G; Pugliese M; Lie DTT; et al. How to handle minor and major bone loss in the shoulder? Current concepts. *J ISAKOS*, 2020; 5(3): 117-22. DOI:10.1136/JISAKOS-2019-000378.
  13. Shin SJ; Kim RG; Jeon YS; Kwon TH. Critical value of anterior glenoid bone loss that leads to recurrent glenohumeral instability after arthroscopic Bankart repair. *Am J Sports Med*, 2017; 45(9): 1975-81. DOI:10.1177/0363546517697963.
  14. Provencher MT; Frank RM; LeClerc LE; et al. The Hill-Sachs lesion: Diagnosis, classification, and management. *J Am Acad Orthop Surg*, 2012; 20(4): 242-52. DOI:10.5435/JAAOS-20-04-242.
  15. Provencher MT; Bhatia S; Ghodadra NS; et al. Recurrent shoulder instability: Current concepts for evaluation and management of glenoid bone loss. *J Bone Joint Surg*, 2010; 92(SUPPL. 2): 133-51. DOI:10.2106/JBJS.J.00906.