



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.278-287

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1271>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 278-287



Tratamiento artroscópico de la lesión de Bankart

Arthroscopic treatment of Bankart's lesion

Tratamento artroscópico da lesão de Bankart

**Laura Daniela Sosa Fierro¹; María Paz Torres Villacís²; Edwin Fabricio Morales Guerrero³;
Myriam Karina Aucacama Chuquitarco⁴**

RECIBIDO: 10/10/2023 **ACEPTADO:** 23/11/2023 **PUBLICADO:** 22/02/2024

1. Médica Cirujana; Médico General en Consultorio Médico Privado; Quito, Ecuador; ldanielasosaf981@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0008-2199-0820>
2. Médica General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; paztorres13@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3601-9251>
3. Médico Cirujano; Médico General en Funciones Hospitalarias en el Hospital General del Sur del Quito IESS; Quito, Ecuador; efmorales@udlanet.ec; <https://orcid.org/0000-0001-6311-8186>
4. Médico; Médico en Funciones Hospitalarias en el Hospital General Latacunga; Latacunga, Ecuador; myriamkarina1990@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-9289-0286>

CORRESPONDENCIA

Laura Daniela Sosa Fierro
ldanielasosaf981@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

La lesión de Bankart es una lesión del labrum glenoideo, que es un anillo de cartilago que rodea la cavidad glenoidea del hombro. Esta lesión es común en deportes de contacto y se produce cuando el hombro se disloca o se sale de su lugar. El tratamiento artroscópico es una técnica ampliamente usada en este tipo de lesiones. En cuanto a su tasa de recurrencia que, es variable, se encuentra entre cero y 35%. En consecuencia, el propósito de la presente investigación es plasmar algunas generalidades acerca del tratamiento artroscópico de la lesión de Bankart. El enfoque metodológico de la investigación es una revisión bibliográfico – documental, apoyado por diversas bases de datos, para la obtención de información relevante en base al tema de estudio. La cirugía artroscópica de Bankart es considerada el estándar de oro en el tratamiento de la lesión de Bankart, sobre todo en caso de inestabilidad sin lesión ósea, con alto grado de satisfacción del paciente y con excelentes resultados objetivos. Implica una posición en forma de silla de playa o posición de decúbito lateral. Inicialmente se debe identificar los puntos anatómicos, realizar una artroscopia diagnóstica y se procede a la re inserción y sutura del labrum desgarrado y los ligamentos del hombro utilizando anclajes para proporcionar estabilidad. Actualmente, se encuentran disponibles numerosas técnicas para la fijación de las lesiones de Bankart, no obstante, una gran parte implica el uso de anclajes de sutura para reparar el tejido del labrum hasta la cavidad glenoidea.

Palabras clave: Tratamiento, Artroscopia, Lesión, Bankart, Cirugía.

ABSTRACT

Bankart lesion is an injury to the glenoid labrum, which is a ring of cartilage that surrounds the glenoid cavity of the shoulder. This injury is common in contact sports and occurs when the shoulder dislocates or moves out of place. Arthroscopic treatment is a widely used technique in this type of injuries. As for its recurrence rate, which is variable, it is between zero and 35%. Consequently, the purpose of the present investigation is to express some generalities about the arthroscopic treatment of Bankart's injury. The methodological approach of the research is a bibliographic - documentary review, supported by various databases, to obtain relevant information based on the topic of study. Arthroscopic Bankart surgery is considered the gold standard in the treatment of Bankart lesion, especially in cases of instability without bone injury, with a high degree of patient satisfaction and excellent objective results. It involves a position in the form of a beach chair or lateral decubitus position. Initially, the anatomical points must be identified, a diagnostic arthroscopy must be performed, and the torn labrum and shoulder ligaments must be reinserted and sutured using anchors to provide stability. Currently, numerous techniques are available for fixation of Bankart lesions, however, a large portion involves the use of suture anchors to repair tissue from the labrum to the glenoid.

Keywords: Treatment, Arthroscopy, Injury, Bankart, Surgery.

RESUMO

A lesão de Bankart é uma lesão do labrum glenoide, que é um anel de cartilagem que rodeia a cavidade glenoide do ombro. Esta lesão é comum em desportos de contacto e ocorre quando o ombro se desloca ou sai do lugar. O tratamento artroscópico é uma técnica muito utilizada neste tipo de lesões. Quanto à sua taxa de recorrência, que é variável, situa-se entre zero e 35%. Consequentemente, o objetivo da presente investigação é expressar algumas generalidades sobre o tratamento artroscópico da lesão de Bankart. A abordagem metodológica da investigação é uma revisão bibliográfica - documental, apoiada em várias bases de dados, para obtenção de informação relevante com base no tema de estudo. A cirurgia artroscópica de Bankart é considerada o gold standard no tratamento da lesão de Bankart, especialmente nos casos de instabilidade sem lesão óssea, com um elevado grau de satisfação dos doentes e excelentes resultados objectivos. Envolve uma posição em forma de cadeira de praia ou decúbito lateral. Inicialmente, é necessário identificar os pontos anatómicos, realizar uma artroscopia diagnóstica e reinserir e suturar o labrum roto e os ligamentos do ombro com âncoras para dar estabilidade. Atualmente, existem inúmeras técnicas disponíveis para a fixação das lesões de Bankart, no entanto, uma grande parte envolve a utilização de âncoras de sutura para reparar o tecido desde o labrum até à glenoide.

Palavras-chave: Tratamento, Artroscopia, Lesão, Bankart, Cirurgia.

Introducción

La lesión de Bankart corresponde a una desinserción del labrum anteroinferior glenoideo secundaria a un evento traumático de inestabilidad anterior del hombro (1). La inestabilidad anterior de hombro es prevalente, sobre todo, en jóvenes y atletas con alta demanda funcional (2).

Cuando esta lesión se acompaña de una fractura del mismo borde anterior glenoideo, corresponde a una lesión ósea de Bankart (BB) (3). La incidencia de la lesión BB es descrita entre un 8,6% y un 41% en un primer evento de luxación, y asciende a 50% a 86% en pacientes con eventos recurrentes (4).

La técnica artroscópica más frecuente en el tratamiento de esta patología es la cirugía de Bankart, considerada por muchos años el estándar de oro, que ha demostrado tasas de éxito muy altas en la mayoría de los pacientes (5).

En consecuencia, el propósito del presente estudio es plasmar algunas generalidades acerca del tratamiento artroscópico de la lesión de Bankart.

Materiales y Métodos

La presente investigación se llevó a cabo mediante una metodología de revisión documental bibliográfica. Para la búsqueda de información se utilizaron diversas bases de datos, entre las que figuran: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet, ELSEVIER, Cochrane, entre otras. Se llevó a cabo una búsqueda aleatoria y consecutiva, usando las expresiones o descriptores siguientes: *“lesión de Bankart”*, *“lesión de Bankart + tratamiento artroscópico”* y *“cirugía de Bankart”*. Los resultados se filtraron según criterios de idioma, el cual se consideró el español e inglés, relevancia, correlación temática y fecha de publicación en los últimos siete años, con excepción de unos registros de data anterior, pero con contenido vigente y relevante para el presente estudio.

El material bibliográfico recolectado consistió en artículos científicos, en general, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico y demás documentos e informaciones, considerados de interés y con valor de la evidencia científica a criterio del equipo investigador.

Resultados

La artroscopia de hombro es una cirugía en la que se utiliza una pequeña cámara llamada artroscopio para examinar o reparar los tejidos dentro o alrededor de la articulación del hombro. El artroscopio se inserta a través de un pequeño corte (incisión) en la piel (ver Figura 1) (6).

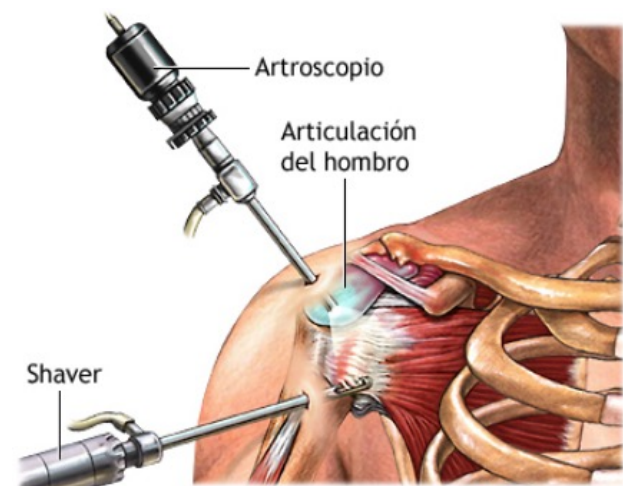


Figura 1. Artroscopia de hombro

Fuente: Tomado de “Artroscopia de hombro” por Enciclopedia Médica A.D.A.M., (2023) (6).

La inestabilidad anteroinferior puede cursar con avulsión capsulolabral y distensión capsular, descrita por Bankart. En estos casos debe manejarse la reparación labral sumado al acortamiento o plicatura de la cápsula, que se realiza generalmente en el borde glenoideo de la cápsula, y para lo cual se han descrito abordajes abiertos y artroscó-

picos y fijación con anclajes. Los abordajes abiertos han reportado menores tasas de luxación, pero con mayor pérdida de la rotación externa, por lo cual son de uso preferible en atletas de contacto, mientras que los artroscópicos permiten mayor movilidad y por eso serían mejor empleados en atletas con actividad repetida sobre la cabeza. La reparación artroscópica tipo Bankart es la más usada actualmente en caso de inestabilidad sin lesión ósea, con alto grado de satisfacción del paciente y con excelentes resultados objetivos (7).

No obstante, El déficit óseo junto con factores como la edad temprana de la primera luxación, un número elevado de luxaciones glenohumerales, la hiperlaxitud ligamentosa y la práctica de deportes de contacto han provocado que los resultados sean menos satisfactorios y muestren una mayor tasa de fracaso postoperatorio (8).

La anestesia general es ideal en artroscopia de hombro ya que permite mucha flexibilidad en las posiciones de decúbito lateral o silla de playa, permite realizar anestesia hi-

potensora para controlar el sangrado, origina relajación muscular y facilita la conversión de la cirugía artroscópica a abierta. La combinación con anestesia regional mejora el control postoperatorio del dolor, minimiza la anestesia general, ayuda a controlar el sangrado postoperatorio y permite un alta más precoz del servicio de recuperación (9).

El propósito de esta reparación es liberar, movilizar y tensar adecuadamente el complejo capsulolabral en la cara anteroinferior de la cavidad glenoidea. La reparación artroscópica de Bankart se realiza con una posición artroscópica estándar en la silla de playa (ver Figura 2) o posición de decúbito lateral, según la experiencia y familiaridad del cirujano. Una discusión sobre las ventajas y desventajas de la silla de playa versus el decúbito lateral está más allá del alcance de esta revisión, pero ha sido bien descrita en la literatura. Después de posicionar al paciente, se identifican los puntos anatómicos del hombro, incluidos los bordes del acromion, la apófisis coracoides, la articulación AC y la clavícula distal (ver Figura 3) (10).



Figura 2. Paciente en posición de silla de playa, el brazo operatorio está sujeto por un soporte de brazo neumático

Fuente: Tomado de “Reparación artroscópica de Bankart para el tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro: indicaciones y resultados” por DeFroda, S.; Bokshan, S.; Stern, E.; Sullivan, K. & Owens, B., (2017) (11).



Figura 3. a Puntos de referencia anteriores del hombro, coracoides (flecha azul), portal anteroinferior y portal anterosuperior (flechas verdes). b Portal posterior (flecha verde), se puede hacer un portal accesorio a las 5 en punto (flecha azul) en línea con el borde posterior de la clavícula (línea de puntos) si hay patología posterior. c Esquina anterolateral (flecha blanca) y posterolateral (flecha verde) del acromion

Fuente: Tomado de “Reparación artroscópica de Bankart para el tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro: indicaciones y resultados” por DeFroda, S.; Bokshan, S.; Stern, E.; Sullivan, K. & Owens, B., (2017) (11).

Posteriormente, se procede a realizar un portal posterior para la inserción de la cámara aproximadamente 2 cm distal y 1 cm medial al borde posterolateral del acromion. En este punto se recomienda realizar una artroscopia diagnóstica para confirmar la presencia de una lesión de Bankart y cualquier patología asociada. Esta debe incluir la evaluación del labrum, el tejido capsular, los tendones del manguito rotador y del bíceps, la cabeza humeral y la evaluación y medición de cualquier lesión de Boman-Hill-Sachs (HS). Se puede realizar una prueba artroscópica de “desplazamiento de carga” para medir la traslación anterior y posterior. Para comunicar la ubicación de una lesión de Bankart, la cavidad glenoidea se puede describir como la esfera de un reloj, donde las 6 en punto representan la cara más inferior de la glenoidea y las 12 en punto la cara más superior. Posterior a la artroscopia diagnóstica, se debe crear un portal anteroinferior bajo dentro del área del intervalo

deltopectorial. La localización con aguja se utiliza para ingresar a la articulación justo encima del tendón subescapular para mejorar la instrumentación glenoidea en la bolsa axilar y en la posición de las 6 en punto de la cavidad glenoidea. Después es necesario crear un portal anterosuperior distal al borde anterosuperior del acromion. La localización con aguja se utiliza para crear el portal inmediatamente lateral al tendón del bíceps dentro del intervalo rotador. Una vez que se han establecido los portales, la lesión debe movilizarse energéticamente con un elevador o covador artroscópico. Luego se desbrida y decortica el área glenoidea donante con una rasuradora artroscópica para permitir una mejor curación de los tejidos blandos (ver Figura 4). La movilidad de la lesión capsulolabral debe abordarse con una pinza de tejido blando, asegurando una excursión superior adecuada para restaurar adecuadamente el parachoques del labrum. Es esencial visualizar el vientre

muscular del subescapular en este paso del caso para garantizar una movilización adecuada del complejo capsulolabral antes de la reparación. La lesión de Bankart debe

estar completamente libre en sentido anterior antes de iniciar con el siguiente procedimiento que es la fijación (ver Figura 5) (12).

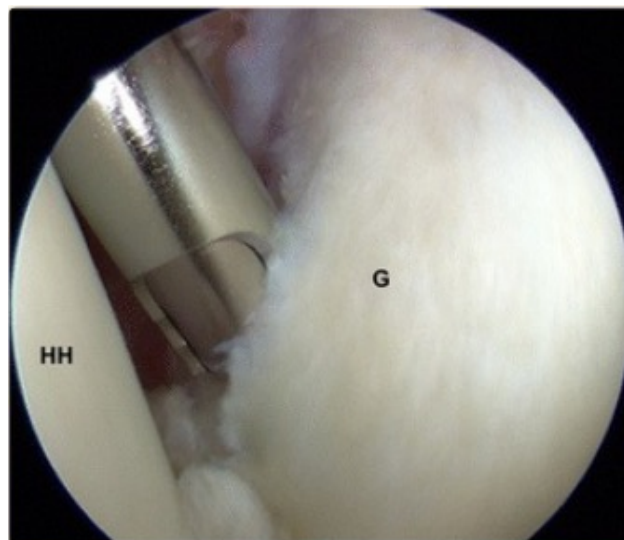


Figura 4. La afeitadora artroscópica se utiliza para desbridar la zona de la lesión, ayudar en la movilización de la lesión de Bankart y decorticar el hueso de la cavidad glenoidea para mejorar la curación antes de la reparación. Glenoides (G), cabeza humeral (HH)

Fuente: Tomado de “Reparación artroscópica de Bankart para el tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro: indicaciones y resultados” por DeFroda, S.; Bokshan, S.; Stern, E.; Sullivan, K. & Owens, B., (2017) (11).

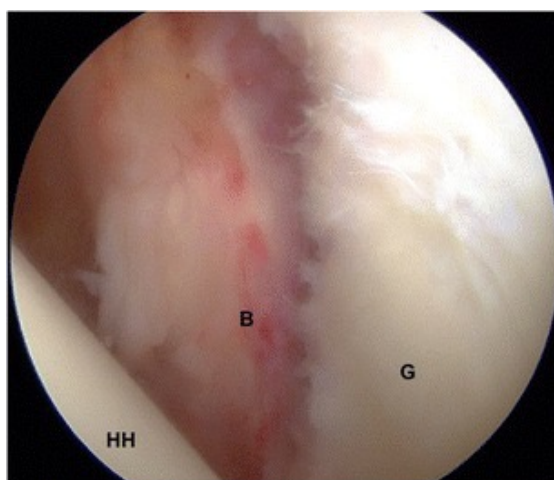


Figura 5. Lesión de Bankart completamente movilizada (B), glenoidea (G), cabeza humeral (HH)

Fuente: Tomado de “Reparación artroscópica de Bankart para el tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro: indicaciones y resultados” por DeFroda, S.; Bokshan, S.; Stern, E.; Sullivan, K. & Owens, B., (2017) (11).

En la actualidad se encuentran disponibles numerosas técnicas para la fijación de las lesiones de Bankart, sin embargo, la mayoría implica el uso de anclajes de sutura para reparar el tejido del labrum hasta la cavidad glenoidea. Igualmente, es importante destacar que si bien el rendimiento bajo carga cíclica es clínicamente importante cuando se consideran las tareas diarias, la carga máxima hasta el fallo puede ser importante a considerar cuando se realizan reparaciones en atletas de contacto. Asimismo, si importar si se practicó una fijación sin nudos versus los nudos atados, los estudios biomecánicos han demostrado que los modos y tasas de falla son equivalentes. Independientemente de la construcción, es importante considerar la cantidad de anclajes de sutura al realizar la reparación Bankart (11).

Cuando se repara el complejo capsulolabral de la glenoides, muchos autores abogan por la reparación en una sola hilera del labrum de 1 a 2 mm sobre la superficie articular, o en el borde articular, después de la liberación y movilización completa desde el cuello glenoideo. Por otra parte, otros autores sostienen que la reparación de la superficie articular no facilita la curación y altera la anatomía nativa del complejo capsulolabral y, en cambio, apoya la reparación en doble hilera (12).

Algunos autores recomiendan la reparación en doble hilera en caso de inestabilidad recurrente, para una luxación por primera vez con alto riesgo de recurrencia, en hombres menores de 25 años, pacientes que han tenido más de tres luxaciones que requieren reducción o atletas de contacto (13).

Una de las técnicas preferidas de los autores es la reparación de una sola fila realizada en posición de silla de playa. Ya se mencionó anteriormente la posición de "silla de playa" la cual permite una fácil orientación tanto para el equipo quirúrgico como para los alumnos, asimismo permite mayor facilidad de tratamiento de alguna patología concomitante del hombro, facilidad de conversión a

cirugía abierta como el procedimiento Latarjet o la reparación de la avulsión humeral del ligamento glenohumeral (HAGL) y la capacidad mejorada para evaluar la articulación glenohumeral a través de un rango de movimiento completo (rango de movimiento). Se introduce un pasador de sutura, típicamente con un ángulo de 45 o 90° hacia el lado ipsilateral, a través del portal anterior inferior y se utiliza para transportar la sutura a través del tejido capsulolabral avulsionado, teniendo cuidado de capturar además al menos 1 cm de tejido capsular al labrum. El portal anterosuperior permite el uso de instrumentación como una pinza artroscópica para reducir el tejido del labrum, así como para la recuperación de la sutura. Los anclajes se colocan de inferior a superior en el borde glenoideo, lo que permite la reducción de la lesión de Bankart, pasando la primera sutura lo más inferior posible aproximadamente en la posición 5:30 o 6:30. Si la visualización es difícil, se puede insertar el endoscopio de 30° en el portal anterolateral o, alternativamente, se puede utilizar un endoscopio de 70° en el portal de visualización posterior para mejorar la visualización para la reparación (11).

Como se mencionó anteriormente, la estabilización artroscópica de la lesión de Bankart es una técnica ampliamente utilizada en la inestabilidad glenohumeral anterior con una tasa de recurrencia que puede variar, según la literatura, entre el cero y el 35%. García et al., en un estudio evaluaron los resultados a medio-largo plazo de la estabilización artroscópica de la lesión de Bankart, por medio de diferentes variables como los datos epidemiológicos, la recidiva de la luxación (subluxación o luxación), la edad del primer episodio, el tipo de actividad deportiva previa a la primera luxación y el número de implantes empleados en la cirugía. Los resultados funcionales fueron evaluados mediante las escalas: Índice de inestabilidad de hombro de Western Ontario (WOSI), Rowe y Walch-Duplay y los resultados radiológicos a través de la escala de Samilson-Prieto. Recogieron datos de

la historia clínica con el fin de evaluar los posibles factores de riesgo. En el estudio, se observó una tasa de reluxación del 9,4% con un seguimiento medio de 83 meses. El 54,3% de los pacientes alcanzó resultados excelentes/buenos en las escalas de valoración funcional. El rango de movilidad fue completo en el 90% de los casos. En un 4,88% se apreció artrosis avanzada en los estudios radiológicos. No se identificaron factores de riesgo relacionados con un peor resultado tras la cirugía. Los autores consideraron que la estabilización artroscópica de la lesión de Bankart mediante anclajes de sutura es la técnica de elección en el tratamiento de la inestabilidad glenohumeral anterior primaria ya que consigue unos índices de recidiva razonables a medio-largo plazo (9%), con un índice de complicaciones bajo (14).

Por su parte, Nakagawa et al., en un estudio de casos y controles investigaron la influencia de las características morfológicas del borde glenoideo en el resultado clínico después de la reparación artroscópica de Bankart sin procedimientos de refuerzo adicionales en atletas masculinos de colisión/contacto, incluidos atletas con un defecto glenoideo grande. Los autores concluyeron que en los atletas masculinos de colisión/contacto, si bien el resultado clínico general fue insatisfactorio, se logró un resultado favorable en los atletas sin un defecto glenoideo preoperatorio y en los atletas con consolidación ósea. El defecto glenoideo disminuyó de tamaño posoperatoriamente debido a la remodelación del fragmento óseo unido, y la tasa de recurrencia fue baja cuando el tamaño final del defecto glenoideo fue del 5% o menos (ver Figura 6) (15).

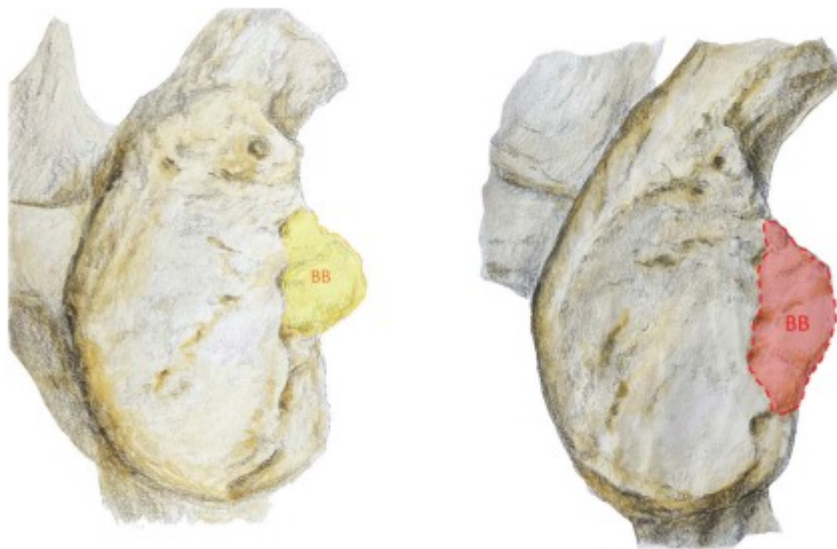


Figura 5. Ilustración de la consolidación del fragmento óseo con relleno óseo alrededor (area roja con líneas punteadas)

Fuente: Tomado de “Lesión de Bony Bankart: Conceptos fundamentales para su comprensión y tratamiento” por Morán, Nicolás (13).

Sebastiá et al, evaluaron la efectividad y seguridad de la técnica artroscópica de Bankart utilizando un solo portal anterior en pacientes con inestabilidad anterior de hombro, mediante un estudio prospectivo de 82 pacientes operados con técnica de Bankart artroscópica de hombro utilizando un solo portal anterior. Comparación con una serie histórica de 69 pacientes tratados con 2 portales anteriores. Fueron evaluados mediante la escala de Rowe, los cuestionarios DASH (*Disability of the Arm, Shoulder and Hand*) y OIS (*Oxford Instability Shoulder*), arcos de movilidad y escalas analógicas visuales para dolor y satisfacción. Tras un seguimiento medio de 36 meses, no había diferencias significativas entre grupos respecto a las valoraciones funcionales, calidad de vida o satisfacción del paciente. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el grupo 1-portal. En el grupo 1-portal hubo 2 pacientes con neuroapraxia y 2 reluxaciones, mientras que en el grupo 2-portales fueron uno y 2, respectivamente. Los peores resultados funcionales se asociaban a la presencia de lesión SLAP tipo III. Los autores concluyeron que ambas técnicas fueron satisfactorias respecto a los resultados funcionales y complicaciones, excepto en la presencia de lesiones SLAP tipo III. Con la técnica de un portal anterior el tiempo quirúrgico fue más corto, y los costes, menores al prescindir de una segunda cánula y de un pasador de hilos (16).

Conclusión

De la revisión se desprende que la cirugía artroscópica de Bankart es considerada el estándar de oro en el tratamiento de la lesión de Bankart, sobre todo en caso de inestabilidad sin lesión ósea, con alto grado de satisfacción del paciente y con excelentes resultados objetivos. La tasa de recurrencia puede variar, según la literatura, entre el cero y el 35%.

Este procedimiento quirúrgico implica una posición en forma de silla de playa o posición de decúbito lateral. Inicialmente se debe

identificar los puntos anatómicos, realizar una artroscopia diagnóstica y se procede a la reinserción y sutura del labrum desgarrado y los ligamentos del hombro utilizando anclajes para proporcionar estabilidad.

En la actualidad se encuentran disponibles numerosas técnicas para la fijación de las lesiones de Bankart, no obstante, una gran parte implica el uso de anclajes de sutura para reparar el tejido del labrum hasta la cavidad glenoidea.

Bibliografía

- Kokubu T, I. N, Mifune Y, Kurosaka M. Reparación artroscópica de bankart óseo mediante tornillo sin cabeza de doble rosca: reporte de un caso. *Case Rep Orthop*. 2012; 2012: p. 1-5.
- Dauzère F, Faraud A, Lebon J, Faruch M, Mansat P, Bonnevalle N. ¿Es riesgoso el procedimiento de Latarjet? Análisis de complicaciones y curva de aprendizaje. *Cirugía de rodilla Traumatología deportiva Artrosc*. 2016; 24(2): p. 557-563.
- Spiegl U, Smith S,TJ, Coatney G, Wijdicks C, Millett P. Comparación biomecánica de técnicas artroscópicas de reparación de una y dos hileras para lesiones óseas agudas de Bankart. *Am J Deportes Med*. 2014; 42(8): p. 1939-1946.
- Nolte P, Elrick B, Bernholt D, Lacheta L, Millett P. The Bony Bankart: consideraciones clínicas y técnicas. *Deportes Med Artrosc Rev*. 2020; 28(4): p. 146-152.
- Montenegro D, Calvo A,LP, Rojas N, Neumann F,SF. Cirugía de Latarjet-Bankart Artroscópico; Evaluación Tomográfica de la Posición del Bloque Óseo. *Artroscopia*. 2020; 27(2): p. 51-56.
- Enciclopedia Médica A:D:A:M. A:D:A:M. [Online].; 2023 [cited 2024 enero 19. Available from: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=618&pid=5&gid=007206&site=eep-aadse3.adam.com&login=EBIX2269>.
- Rivera D, Mantilla J. Cirugía de Latarjet abierta con técnica mini-open: revisión de conceptos actuales. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. 2014; 28(3): p. 85-100.
- Brotat M, Morcillo D, Antón R, Calvo E. Curva de aprendizaje en la técnica de Latarjet. *Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular*. 2023; 30(78): p. 17-24.

- Jaramillo G, Arizmendi A, Largacha M, Al. Guías Colombianas para Artroscopia de Hombro. Conceptos y equipamiento básico. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. 2017; 31(1).
- Peruto C, Ciccotti MG, Cohen S. Posicionamiento de la artroscopia de hombro: decúbito lateral versus silla de playa. *Artroscopia*. 2009; 25(8): p. 891-896.
- DeFroda S, Bokshan S, Stern E, Sullivan K, Owens B. Reparación artroscópica de Bankart para el tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro: indicaciones y resultados. *Curr Rev Musculosqueleto Med*. 2017; 10(4): p. 442-451.
- Moran C, Fabricant P, Kang R, Cordasco F. Estabilización anterior artroscópica de doble fila y reparación de Bankart para el atleta de "alto riesgo". *Tecnología Artrosc*. 2014; 6(1): p. 65-71.
- Morán N. Lesiones Bony Bankart: conceptos fundamentales para entenderlas y tratarlas. *Chilean Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 2022; 63(3): p. 184-194.
- García M, DLCJ, Jiménez J, Occhi B, Boserman M. Reparación capsulolabral artroscópica en la inestabilidad glenohumeral anterior. Resultados a medio y largo plazo. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2021; 65(4): p. 255-263.
- Nakagawa S, Mae T, Yoneda K, Kinugasa K, Nakamura H. Influencia del tamaño del defecto glenoido y del fragmento óseo en el resultado clínico después de la reparación artroscópica de Bankart en atletas masculinos de colisión/contacto. *Am J Deportes Med*. 2017; 45(9): p. 1967-1974.
- Sebastiá E, Martínez S, Vizcaya M, Lizaur A. Estudio prospectivo de efectividad y seguridad de Bankart artroscópico utilizando solo un portal anterior para pacientes con inestabilidad de hombro. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2019; 63(6): p. 431-438.

CITAR ESTE ARTICULO:

Sosa Fierro, L. D., Torres Villacís, M. P., Morales Guerrero, E. F., & Aucacama Chuquitarco, M. K. (2024). Tratamiento artroscópico de la lesión de Bankart. *RECIAMUC*, 8(1), 278-287. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.278-287](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.278-287)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.