

El llamado Complejo de Buford. A propósito de un caso.

C. Vidal, A. Martínez, J. Vaquero, L. Hernández*

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

**Servicio de Radiología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

Correspondencia:

Dr. Carlos Vidal Fernández

Servicio de COT

Hospital Gregorio Marañón

c/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid.

La ausencia completa del labrum glenoideo en el cuadrante antero-superior del hombro, asociada a un ligamento glenohumeral medio cordonal (LGHM), constituye la variante anatómica denominada Complejo de Buford. Se presenta un caso de hombro doloroso, clínicamente diagnosticado de tendinopatía del manguito rotador grado II de Neer. El diagnóstico de Complejo de Buford se realizó mediante resonancia nuclear magnética (RMN), confirmándose el mismo mediante artroscopia del hombro. Se realizó descompresión subacromial anterior artroscópica según técnica de Ellman, sin actuar sobre las estructuras del complejo cápsulo-ligamentoso de la articulación escápulo-humeral. Se presenta la iconografía del caso (RMN y artroscopia). Realizamos una revisión de la bibliografía existente sobre esta variante anatómica del hombro, llamando la atención sobre un posible tratamiento innecesario de la misma.

Palabras clave: Artroscopia, Complejo de Buford, labrum glenoideo, ligamento glenohumeral medio, hombro.

The so-called Buford's Complex. Report of a case. Complete absence of the glenoid labrum in the anterosuperior quadrant of the shoulder, in association with a string-like median glenohumeral ligament constitutes the anatomic variant termed Buford's Complex. We report a case of painful shoulder, which had been clinically diagnosed as a Neer grade II rotator cuff tendinopathy. The diagnosis of Buford's Complex was established through MR scan and confirmed through arthroscopy of the shoulder joint. Anterior subacromial decompression was performed arthroscopically using the Ellman technique, without involving the structures of the capsulo-ligamentary complex of the glenohumeral joint. The iconography of the case (MR scan and arthroscopy) is presented. We have reviewed the existing literature on this anatomic variant of the shoulder, and underscore the risk of a possible unnecessary therapy of the same.

Key words: Arthroscopy, Buford's Complex, glenoid labrum, median glenohumeral ligament, shoulder.



El Complejo de Buford es una variante de la anatomía capsuloligamentosa del hombro, descrita por este autor⁽¹⁾ en 1994 por primera vez. Se trata de un hallazgo anatómico consistente en la ausencia completa del labrum glenoideo en el cuadrante antero-superior del hombro asociado a un ligamento glenohumeral medio (LGHM), a modo

de cordón, que desde el borde superior del labrum (en la base de la inserción del tendón del bíceps), cruza el tendón del subescapular, para insertarse en el húmero.

La importancia de esta malformación, viene dada porque el conocimiento de su existencia evitará confundirla, tanto en los estudios por imagen⁽²⁾ como en el momento de la artroscopia⁽¹⁾,



Figura 1. RMN: Corte coronal en el que se aprecia el ligamento glenohumeral medio sin continuidad con la glenoides. Obsérvese la ausencia de rodete en este corte.

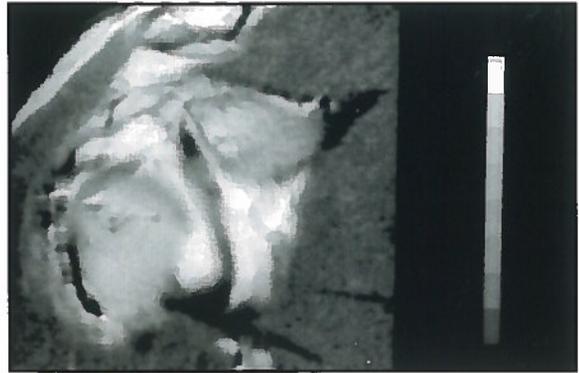


Figura 2. RMN: Corte sagital en el que se aprecia el aspecto cordonal del ligamento glenohumeral medio.

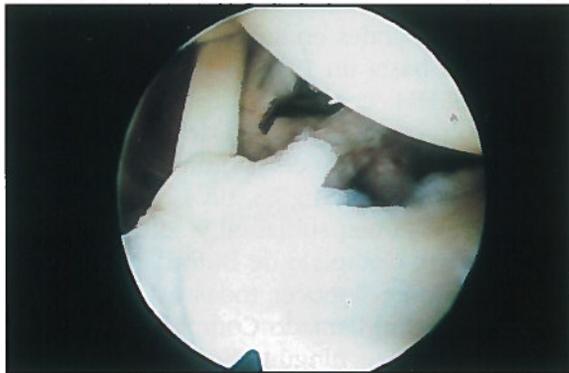


Figura 3. Aspecto artroscópico de la variante anatómica en la que se ve la inserción craneal del ligamento cordonal en la glenoides, cercana a la inserción del tendón bicipital.

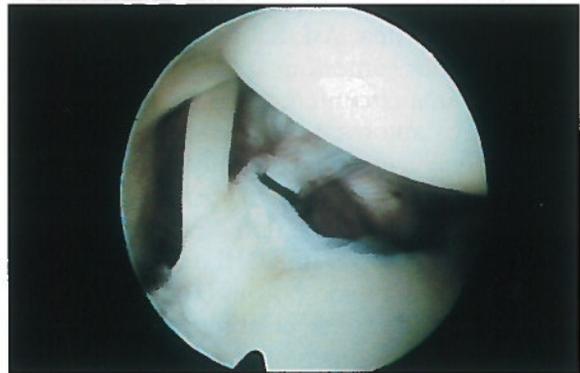


Figura 4. La tracción con el gancho del ligamento glenohumeral medio pone en evidencia la ausencia de rodete glenoideo en esa cara, así como el tendón del subescapular.

con lesiones patológicas (despegamientos del labrum, agujeros sublabrales, etc.), así como con otras variantes anatómicas. Lo deseable es el reconocimiento de esta variante por parte del radiólogo, lo que evitará una cirugía innecesaria⁽²⁾, pero si ésta pasa desapercibida, el traumatólogo debe diferenciarla de una avulsión del rodete glenoideo antero-superior, porque un tratamiento quirúrgico del mismo puede conducir a un cuadro de dolor y pérdida de la movilidad del hombro.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 37 años, diagnosticada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, de un cuadro de tendinitis del supraespinoso grado II de Neer en el hombro

derecho; no había respondido a los diversos tratamientos médicos ni fisioterapéuticos habituales durante un período de 6 meses.

A la exploración, el arco de movilidad era completo aunque doloroso entre 80-120°; las maniobras de exploración del conflicto del espacio subacromial eran positivas. El estudio radiológico simple no mostraba una disminución del espacio subacromial. Se practicó RMN en la que se evidenció una tendinitis del supraespinoso, apreciándose en la articulación escápulo-humeral una ausencia del rodete glenoideo antero-superior, así como un LGHM cordonal (Figuras 1 y 2).

El estudio artroscópico de la articulación glenohumeral evidenció la ausencia de rodete glenoideo en el cuadrante antero-superior y la presencia de un ligamento glenohumeral medio, con forma de cordón, que se insertaba cra-

nealmente en la glenoides en la base de la inserción del tendón bicipital, confirmándose el diagnóstico de Complejo de Buford sugerido por las imágenes de la RMN (Figuras 3 y 4). A nivel del espacio subacromial se verificó una bursitis y una tendinitis del supra e infraespino, con integridad anatómica de los mismos, procediéndose a una descompresión subacromial anterior según técnica de Ellman.

DISCUSIÓN

A nivel del labrum glenoideo de la articulación escápulo-humeral pueden presentarse múltiples variantes anatómicas que deben ser diferenciadas de una lesión patológica.

Detrisac⁽³⁾ ha descrito 5 variantes en función de donde se localice un labrum meniscoide o en forma de cuña. Así, habría una cuña superior, posterior, anterior, antero-superior y labrum en cuña circunferencial.

Para otros autores⁽⁴⁾ sería más importante determinar qué ligamento contribuye de forma más importante a la configuración anatómica del labrum. Así, distinguen un tipo I (34%), con un labrum constituido por un LGHI, un tipo II (11%) que estaría constituido por un LGHM y LGHS, y un tipo III (55%) donde el labrum estaría conformado por los 3 ligamentos, asociándose este último tipo a un mayor riesgo de lesión.

Otros trabajos hablan de la presencia de agujeros sublabrales que comunican con la bursa o de surcos en la inserción del complejo cápsulo-ligamentoso⁽⁵⁻⁷⁾.

Johnson⁽⁷⁾ demostró mediante artroscopia la presencia de un desarrollado labrum anterior con un surco entre éste y el cartilago articular de la glenoides.

McNiesh y Callaghan⁽⁵⁾ identificaron un foramen sublabral mediante artrografía debido a la

aparición del contraste entre el labrum y la glenoides. Cooper y cols.⁽⁸⁾ determinaron en un estudio realizado sobre cadáveres que puede existir un defecto de la unión del labrum a la glenoides en el cuadrante antero-superior. Este hallazgo no debe ser considerado como evidencia de patología o inestabilidad⁽¹⁾.

Existen múltiples variantes anatómicas, pero para hablar del llamado "Complejo de Buford" debe constatarse la asociación de los dos elementos fundamentales que lo constituyen: un LGHM cordonal y continuo asociado a la ausencia del labrum antero-superior.

Los estudios realizados en cadáver^(9,10) han demostrado múltiples patrones, tanto en la disposición anatómica como en las inserciones de los ligamentos glenohumerales. Si bien el 66%⁽⁸⁾ presentan la disposición típica de los ligamentos glenohumerales en superior, medio e inferior, habría hasta un 19% de cadáveres que tenían un LGHM "cordonal".

Para Buford⁽¹⁾, la incidencia de todas estas variaciones anatómicas del labrum glenoideo se sitúa en torno a un 13,5%, un 12% correspondería a un foramen sublabral y sólo un 1,5% a un verdadero Complejo de Buford.

Es importante conocer todas estas variantes y, en especial el llamado Complejo de Buford, ya que no existe ningún signo clínico ni exploratorio que nos haga pensar en él, teniendo en cuenta, además, que las imágenes que nos muestra la RMN pueden inducir al radiólogo a pensar que se trata de un despegamiento del reborde glenoideo⁽²⁾.

El tratamiento de esta variante anatómica del hombro es innecesario, lo que nos llevó a actuar únicamente en el espacio subacromial, sin efectuar gesto quirúrgico alguno en el labrum glenoideo que pudiera provocar rigidez y restricción del arco de movilidad del hombro.

BIBLIOGRAFÍA

- Williams, M.; Snyder, S.; Buford, D.: The Buford Complex. The "Cord-like" middle glenohumeral ligament and absent anterosuperior labrum complex: a normal anatomic capsulolabral variant. *Arthroscopy*, 1994; 10, nº 3: 241-247.
- Tirman, P.; Feller, J.; Palmer, W.; Carroll, K.; Steinbach, L.; Cox, I.: The Buford Complex. A variation of normal shoulder anatomy: MR arthrographic imaging features. *A.J.R.*, 1996; 166: 869-873.
- Detrisac, D.; Johnson, L.: Arthroscopic shoulder anatomy; pathologic and surgical implications. *Thorafore, N.J. Slack*, 1986: 69-89.
- DePuy, J.; Steiner, M.E.: Isolated shoulder labral tears: treatment and correlation with labral anatomy. *Orthop Trans*, 1990; 14: 244.
- McNiesh, L.; Callaghan, J.: CT arthrographic of the shoulder: variations of the glenoid labrum. *A.J.R.*, 1987; 149: 963-966.
- Palmer, W.; Caslowitz, P.; Chew, F.: MR arthrography of the shoulder: normal intraarticular structures and common

- abnormalities. A.J.R., 1995; 164: 141-146.
7. Johnson, L.: Arthroscopic surgery: principles and practice. 3ª ed. Mosby, St. Louis, 1986.
8. Cooper, D.E.; Arnoczky, S.P.; O'Brien, S.J.; Warren, R.F.; DiCarlo, E.; Allen, A.A.: Anatomy, histology and vascularity of the glenoid labrum: an anatomical study. J Bone Joint Surg, 1992; 74: 46-52.
9. Morgan, C.; Rames, R.; Snyder, S.: Anatomical variations of the glenohumeral ligaments. Presentado en la 58 Reunión de la A.A.O.S., California, 1991.
10. Habermeyer, P.; Schuller, U.; Wiedermann, E.: The intraarticular pressure of the shoulder: an experimental study on the role of the glenoid labrum in stabilizing the joint. Arthroscopy, 1993; 9: 17-21.
-