

## **Transferencia del Glúteo Máximo a la Inserción del Glúteo Medio:**

### **Descripción de una Técnica Quirúrgica.**

Bernardo Aguilera–Bohórquez<sup>1</sup>, Jhony W. Márquez<sup>2</sup>, Juan Gómez-Hoyos<sup>3</sup>, Pablo  
Corea-Gallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Preservación de la Cadera, Clínica Imbanaco Grupo Quirón Salud, Cali,  
Colombia

<sup>2</sup>Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Procadera / Clínica Las Américas AUNA, Medellín, Colombia.

#### **Autor de Correspondencia**

Bernardo Aguilera–Bohórquez

Carrera 38<sup>a</sup> 5<sup>a</sup>-100, Torre A, Consultorio 105.

E-mail: [baguilerabohorquez@gmail.com](mailto:baguilerabohorquez@gmail.com)

## **Transferencia del Glúteo Máximo a la Inserción del Glúteo Medio:**

### **Descripción de una Técnica Quirúrgica.**

#### **Introducción**

La ruptura irreparable de la inserción del músculo glúteo medio y/o mínimo o la lesión del nervio glúteo inferior que proporciona la inervación motora de estos músculos, afectan la estabilidad de la cadera y tienen un impacto negativo durante la marcha.<sup>1-3</sup> En los casos de rupturas masivas al igual que en la denervación completa del músculo, la reinserción al trocánter mayor (TM) no es una opción óptima de tratamiento. En este artículo se propone realizar la transferencia parcial de la porción superior del glúteo máximo al TM tratando de simular la inserción al glúteo medio, a través de un abordaje convencional postero lateral, lo que permite que pueda ser reproducible por la mayoría de los cirujanos de cadera. Aunque este enfoque permite la restauración del mecanismo abductor y alivio del dolor, debe ser considerado como una cirugía de salvamento debido a la alta probabilidad de una marcha de trendelenburg residual.<sup>2</sup>

#### **Descripción de la Técnica Quirúrgica**

Previo a la cirugía se debe determinar el tipo de insuficiencia del glúteo medio por medio de resonancia magnética (RMN), que puede ser por causa mecánica (evidencia de edema), desinserción del glúteo medio o alteración neurológica (evidencia de infiltración grasa del cuerpo muscular).

Con el paciente en decúbito supino más soportes de cadera y protección de prominencias óseas, se realiza la demarcación del abordaje postero lateral de Kocher-Langenbeck, que va en línea recta desde la espina iliaca postero superior (EIPS) hasta el ápex del TM. Posteriormente, esta línea se une a una segunda que se origina desde el TM paralelo al eje de la diáfisis femoral en dirección de la rodilla con una longitud total de 10-12 cm. Durante la preparación con los campos quirúrgicos es importante dejar la extremidad libre y tener un espacio amplio de trabajo para realizar maniobras activo-asistidas durante el procedimiento.

Se realiza una primera incisión desde la EIPS en dirección al TM hasta llegar al tracto de la banda iliotibial (BIT) con la extremidad en extensión y teniendo como referencia anatómica la punta del TM. La segunda incisión se hace paralela a la metáfisis y diáfisis femoral sobre la fascia lata hasta llegar a la intersección con el músculo glúteo mayor. Posteriormente, se planifica el grado y tamaño exacto del colgajo que se tomará del tercio superior del músculo. Con la zona afectada expuesta y tomando como referencia la zona calva del TM, se realiza una incisión central en forma de T en su extremo distal con el fin de relajar el vientre muscular y poder exponer la zona receptora del TM. En este punto se debe proteger el nervio ciático debido a que es frecuente encontrar adherencias y tejido cicatrizal, sin colocar retractores en el espacio subglúteo.

Se continúa con la realización de un colgajo de espesor total del tercio superior del vientre muscular en dirección de las fibras musculares del glúteo máximo, realizando una disección roma cautelosa para evitar lesionar la arteria glútea

superior, debido a que dará el mayor porcentaje de irrigación. En la rotación del colgajo, su longitud debe permitir llegar hasta la huella de la inserción del glúteo medio sin una tensión exagerada para permitir su adecuado funcionamiento y/o evitar necrosis del colgajo. Se utilizan suturas no absorbibles de alta resistencia con técnica de Krakow para lograr mejorar la fuerza tensil durante la plastia al TM.

Se procede a preparar el TM con una decorticación de la zona calva para eliminar cualquier tejido cicatrizal dejando un lecho de hueso limpio y sangrante que sirva como huella para la transferencia muscular. Se realizan túneles con brocas de 3.5 mm tanto en su cortical anterior como cortical posterior. Se recomienda realizar 3 túneles anteriores y tres túneles posteriores con el objetivo de no debilitar la resistencia del TM. Luego, se deben colocar 3 suturas de polietileno de alta densidad (FiberWire N°2) a través del colgajo en los bordes anterior y posterior. Se procede con la colocación de una sutura de tracción para facilitar la manipulación y mantener la posición adecuada de la transferencia. Se introducen las suturas definitivas de polietileno dentro de los túneles para un total de 6 nudos con puntos cardinales alrededor del TM. En este momento es importante mantener la fuerza de tracción del colgajo y la pierna en posición de abducción para evitar la sobre rotación del colgajo. Durante el procedimiento es importante tratar de reparar cualquier esbozo de fibras musculares del glúteo medio antes de hacer la transferencia del segmento del glúteo máximo. En caso de ser necesario, se puede considerar realizar un segundo colgajo para reconstruir la inserción del glúteo mínimo. Se

sugiere realizar maniobras dinámicas de abducción (10° a 20°) y flexión (30° a 40°) de la cadera para corroborar la fuerza tensil.

Luego, se cierra el vientre del colgajo al vasto lateral como un refuerzo de la plastia utilizando hilo Ethibond N°2. Se debe tener precaución de no cerrar el extremo proximal para no comprometer la rotación del colgajo muscular. Al finalizar, valorar según hemostasia la colocación de un sistema de drenaje a presión negativa e iniciar el cierre por planos con la precaución de no dejar terceros espacios que puedan ser causantes de acúmulos de hematomas residuales. El protocolo postoperatorio incluye marcha protegida con ayuda externa hasta la 4ta semana, no abducciones activas hasta la 8ta semana, y se inician ejercicios de fortalecimiento.

## **Resultados**

Se presenta el caso de un paciente de 60 años con antecedente de fractura de cadera. Como consecuencia de múltiples procedimientos quirúrgicos, sufre una ruptura irreparable de la inserción del glúteo medio, manifestando dolor severo y restricción de la función. En el examen físico se identificó marcha de trendelenburg y disminución de la abducción de la cadera. En las radiografías y RMN se evidenció daño completo del TM con ausencia de la inserción del glúteo medio. Finalmente, se decide realizar el procedimiento descrito anteriormente, sin complicaciones. Después de dos años de seguimiento, el paciente se encuentra sin dolor con una abducción de 60°. Aunque la marcha mejoró, el signo de trendelenburg persiste sin comprometer su funcionalidad.

## Discusión

La transferencia de una porción del glúteo máximo a la inserción del glúteo medio para la restauración de la acción abductora de la cadera ofrece mejoría del dolor y estabilidad durante la marcha, especialmente en el contexto de reparaciones fallidas como una opción de salvamento. A diferencia de la propuesta realizada por Inclan et al.<sup>2</sup>, la estabilidad biomecánica del colgajo se logra por medio de túneles óseos y suturas en el TM sin requerir del uso de anclas. Además, la exposición abierta permite realizar maniobras dinámicas para obtener una tensión adecuada de la transferencia muscular. Es importante realizar una planificación estandarizada con el fin de evitar posibles complicaciones como fractura del TM, dolor residual por sobretensión o marcha de trendelenburg.

## Referencias

1. Nazal MR, Abraham PF, Conaway WK, et al. Endoscopic Repair of Full-Thickness Gluteus Medius and Minimus Tears—Prospective Study With a Minimum 2-Year Follow-Up. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2020;36(8):2160-2169. doi:10.1016/j.arthro.2020.04.025
2. Inclan PM, Schwabe MT, Song BM, et al. Gluteus Maximus Transfer for Hip Abductor Deficiency. *Arthrosc Tech*. 2023;12(5):e671-e676. doi:10.1016/j.eats.2023.01.002

3. Whiteside LA. Surgical Technique: Transfer of the Anterior Portion of the Gluteus Maximus Muscle for Abductor Deficiency of the Hip. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470(2):503-510. doi:10.1007/s11999-011-1975-y