

LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR BLOQUEADA, TRATADA MEDIANTE TÉCNICA DE MC LAUGHLIN-KOKKALIS

Dra. M^a Pilar Muniesa Herrero¹ / Dra. Marta Osca Guadalajara¹ / Dr. Angel Castro Sauras²

¹ Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Jefe de servicio de área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La luxación posterior glenohumeral bilateral es una lesión poco frecuente que representa entre el 0,5 y 3 % de las luxaciones glenohumorales.

Hasta el 50% de las luxaciones glenohumorales posteriores pueden pasar desapercibidas durante semanas e incluso meses, denominándose a partir de la tercera semana luxaciones bloqueadas. En aquellos casos que el defecto óseo origine un bloqueo de la cabeza humeral con la glena, es necesario recurrir a técnicas reconstructivas como la Técnica de McLaughlin-Kokkalis que permiten salvar la cabeza humeral sin recurrir a la artroplastia de hombro.

PALABRAS CLAVE

Luxación glenohumeral posterior, Técnica Mc Laughlin

ABSTRACT

Bilateral posterior glenohumeral dislocation is a rare injury which represents between 0.5 and 3% of the glenohumeral dislocations.

Up to 50% of subsequent glenohumeral dislocations may go unnoticed for weeks or even months, denominating from the third week blocked dislocations. In cases where the bone defect originates a blockade of the humeral head in the glenoid, it is necessary to resort to reconstructive technique as the McLaughlin-Kokkalis that save the humeral head without resorting to shoulder arthroplasty technique.

KEY WORDS

Posterior glenohumeral dislocation, McLaughlin-kokkalis technique

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior glenohumeral bilateral es una lesión poco frecuente que representa entre el 0,5 y 3 % de las luxaciones glenohumorales¹.

La escápula presenta una angulación de unos 45º con respecto a la pared posterior de la cavidad torácica, con la glenoides en situación posterior a la cabeza humeral⁶. Debido a esta particularidad anatómica es menos probable el desplazamiento posterior de ésta ante un traumatismo.

La luxación glenohumeral bilateral posterior aparece en varones jóvenes tras traumatismos de elevada intensidad, contracturas musculares bruscas o secundariamente a crisis convulsivas por cuadros de hipoglicemia⁴, descargas eléctricas o

terapia de electroshock², enfermedades neuromusculares y psiquiátricas, síncope o epilepsia. Dentro de su rareza no es infrecuente la bilateralidad³.

Durante las crisis comiciales la extremidad superior se encuentra en posición de aducción, rotación interna y flexión. Esta situación ayudada por una contracción masiva presiona la cabeza humeral contra acromion y fosa glenoidea, dándose

las condiciones necesarias para la luxación posterior⁵.

En algunas situaciones en las que la contracción muscular es continua, los músculos subescapular e infraespinoso producen una tensión que tiene como resultado fracturas asociadas de la cabeza humeral de localización inferomedial³.

El principal signo durante la palpación del paciente suele ser la posición posterior de la epífisis proximal del humero, debemos tener en cuenta que la presencia de hematoma, el derrame articular o la contracción del deltoides puede dificultar la palpación⁹.

En lo referido a la inspección del paciente la extremidad se suele encontrar en aducción y rotación interna⁶. A su vez encontramos la imposibilidad del paciente para realizar la rotación externa.

El estudio radiológico debe constar de una proyección AP en la cual encontramos una serie de signos indirectos:

1. Rotación interna excesiva de la cabeza humeral
2. Ausencia de la media luna formada por el borde inferior de la cavidad glenoidea y la cabeza humeral
3. Superposición excesiva en la proyección oblicua de la cabeza humeral con respecto a la glenoides.

CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años de edad ingresada por episodio de convulsión tónico-clónica en el contexto de ACV hemisférico izquierdo, como secuela presenta afasia motora que dificulta la comunicación y exploración clínica. Transcurridas tres semanas es remitida al servicio de Traumatología por dolor en ambos hombros.

A la exploración, se observa deformidad si-

métrica en ambas cinturas escapulares con pérdida de los relieves óseos anatómicos. Presenta dolor a la palpación del húmero proximal bilateralmente e impotencia funcional para la abducción y rotación externa. La exploración neurovascular es normal.

- Rx simple: luxación posterior glenohumeral bilateral con lesión de Hill-Sachs invertida asociada (Fig. 1).

- TC: luxación humeral izquierda con impactación de la cabeza en el reborde inferior de la glenoides y deformidad; luxación humeral derecha, fractura subcapital y fractura porción inferior glenoides derecha.

Tratamiento

Se realizó reducción cerrada bajo sedación observando en el estudio radiológico de control congruencia articular en hombro derecho y persistencia de luxación posterior en hombro izquierdo.

Se decidió tratamiento conservador (Ortesis en Abducción y rotación neutra) en la fractura/luxación de la articulación glenohumeral derecha e intento de reconstrucción del defecto óseo en el hombro izquierdo.

Se estimó que el defecto humeral era del 30-40% de la superficie por lo que se refrescaron los bordes del defecto, se realizó trasposición del tendón subescapular y tuberosidad menor para rellenar el defecto anteromedial de la cabeza (Hill Sachs invertido) y se fijó ésta al defecto con dos anclajes bio corkscrew FT de 5,5 y sutura fiberwire (Técnica de McLaughlin, modificación descrita

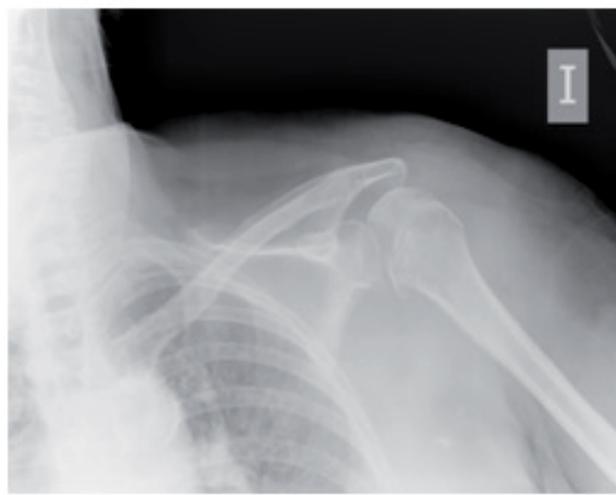
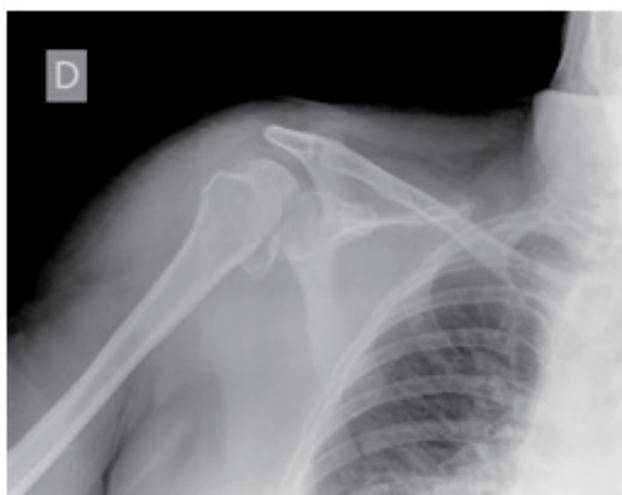


Fig.1. RX AP hombro derecho y hombro izquierdo.

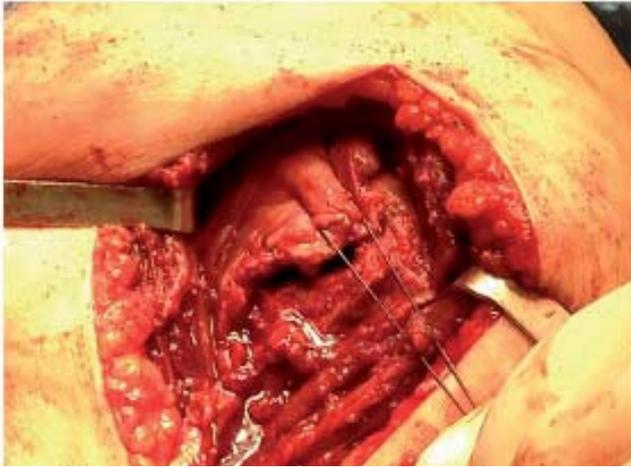


Fig.2. Imagen intraoperatoria reconstrucción defecto óseo.

por Kokkalis).

Se comprobaron la esfericidad y la ausencia de bloqueo de la cabeza con la glena durante todo el arco de rotación y finalmente, se comprobó la estabilidad articular bajo escopia.

La paciente se mantuvo inmovilizada durante cuatro semanas, iniciándose rehabilitación progresivamente. Trascorridos 3 meses desde la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra asintomática y presenta una flexión de 80º,



una extensión de 10º, una rotación interna hasta L2 y una rotación externa de 45º. No ha sufrido ningún nuevo episodio de luxación. La Rx simple muestra una articulación congruente (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Se trata de un caso de inestabilidad glenohumeral posterior desapercibida, tratada 3 semanas después del episodio. Son lesiones que a menudo pasan infradiagnosticadas ya que los



Fig.3. Radiografía de control a los 3 meses postintervención, Articulación congruente.

signos clínicos no son demasiado evidentes y las radiografías simples son de difícil interpretación¹¹.

Ante un paciente con episodio de crisis comicial que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional de ambas extremidades superiores encontrándose estas en posición de adducción y rotación interna, la primera patología en la que deberíamos pensar es la luxación genohumeral posterior bilateral.

Más del 50% de las luxaciones posteriores pasan desapercibidas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico.

En aquellos casos en los que existe un defecto óseo menor del 40% que origina bloqueo de la cabeza humeral con la glena, existe la posibilidad de mantener las estructuras articulares sin recurrir a la artroplastia mediante el relleno del defecto mediante la técnica de McLaughlin, modificación descrita por Kokkalis¹¹⁻¹³.

En el caso presentado, se optó por la reconstrucción del defecto en un intento de salvar la cabeza en una paciente con manguito viable y con demanda funcional no demasiado alta.

BIBLIOGRAFIA

1. Mathis RD. Bilateral shoulder dislocation: an unusual occurrence. *J Emerg Med* 1990;8:41-3.
2. Marty B, Simmen HP, Kach K, Trentz O. Bilateral anterior dislocation fracture after an epileptic seizure. A case report. *Unfallchirurg* 1994;97:382-4.
3. Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual cause. *Br J Sports Med* 1998;32:71-2.
4. Litchfield JC, Subhedar VY, Beevers DG, Patel HT. Bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycaemia. *Postgrad Med J* 1988;64:450-2.
5. Ribbans WJ. Bilateral anterior dislocation of the shoulder following a grand-mal convulsion. *Br J Clin Pract* 1989;43:181-2.
6. Gali F, Molina A, Felipe D, Andolz M. Bilateral luxation of the shoulder and epiphyseal detachment caused by an electrical discharge. *Med Clin* 1986;87:820.
7. Gazdzik T. A case of recurrent bilateral shoulder dislocation in a patient with Felty's syndrome. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 1996;61:531-3.
8. Cosgán PS, Binns MS, Wallace WA. Undiagnosed bilateral anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 1990;21: 409.
9. Dlimi F, Rhanim A, Lahlou A. Bilateral anterior dislocation of the shoulders at the start of a backstroke competition. *J Orthop Traumatol*. 2012 Mar;13(1):47-9. Epub 2012 Feb
10. Tripathy SK, Sen RK, Aggarwal S, Dhaş SS, Tahasildar N. Simultaneous bilateral anterior shoulder dislocation: report of two cases and review of the literature. *Chin J Traumatol*. 2011 Oct 1;14 (5):312-5.
11. Provencher M, Frank R, LeClere L, Metzger P, Ryu J, Bernhardson A, Romeo A. The Hill-Sachs Lesion: diagnosis, classification and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2012; 20: 242-52.
12. Zinon T, Kokkalis, MD; Andreas F. Mavrogenis, MD; Efstathios G. Ballas, MD; Panayiotis J. Pagelopoulos, MD, DSc; Aristides B. Zoubos, MD. Bilateral Neglected Posterior Fracture–Dislocation of the Shoulders. *Orthopedics*. October 2012 - Volume 35 • Issue 10: e1537-e1541.
13. Zinon T, Kokkalis, MD; Andreas F. Mavrogenis, MD; Efstathios G. Ballas, MD; John Papanastasiou, MD; Panayiotis J. Papageopoulos, MD. Modified McLaughlin Technique for Neglected Locked Posterior Dislocation of the Shoulder. *Orthopedics*. July 2013 - Volume 36 • Issue 7: e912-e916.