

LUXACIÓN GLENOHUMERAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. V. Díaz Martínez / J. J. Ballester Gimenez / J.A. Blanco Llorca / M.T. Espallargas Doñate / A. Fuertes Vallcorba / M. Guillen Soriano

Servicio de Traumatología Hospital Obispo Polanco. Teruel

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior glenohumeral es una lesión poco frecuente que representa entre el 1,5% y el 4,3% de las luxaciones glenohumerales¹.

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 mayoría de traumatismos leves resultan en meros desgarros capsulares o pequeños arrancamientos óseos glenoides.

La luxación glenohumeral bilateral posterior aparece en varones jóvenes tras traumatismos de elevada intensidad, contracturas musculares bruscas⁵ 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.

Hasta el 50% de las luxaciones glenohumerales posteriores pueden pasar desapercibidas durante semanas e incluso meses, denominándose a partir de la tercera semana luxaciones bloqueadas⁷. Ello es debido a que las imágenes radiológicas son poco demostrativas pudiendo parecer, en ausencia de sospecha clínica, compatibles con la normalidad y haciendo que sean de peor pronóstico que las luxaciones glenohumerales anteriores.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 50 años remitido al servicio de urgencias por posible crisis comicial con dolor en ambos hombros irradiado hacia extremidades superiores.

Se indica episodio de pérdida de consciencia, actualmente recuperada, destacando leve agitación psicomotriz.

El paciente aqueja estrés emocional en los últimos días debido a la presión laboral a la que está sometido. Niega consumo de alcohol u otras sustancias estupefacientes

AP: Hipercolesterolemia

Medicación Habitual: Simvastatina 10 mg (0-0-1). No alergias medicamentosas conocidas

A la exploración física, el paciente se encuentra consciente y orientado, con ligera agitación y sudoración, dolor en ambos hombros que no calma con la administración de analgésicos menores.

En la inspección, el paciente presenta tumefacción e impotencia funcional en ambas extremidades superiores, encontrándose las mismas en posición de adducción y rotación interna.

A la palpación del paciente pueden intuirse ambas cabezas humerales en la región posterior del hombro, lo cual orienta a hacia una posible luxación glenohumeral posterior.

Se practica estudio radiológico simple con proyecciones AP y transtorácica (Fig. 1), evidenciándose luxación glenohumeral posterior de ambos hombros.

Figura 1.





Figura 2.

Tras varios intentos infructuosos de reducción en el servicio de urgencias se decide la reducción en quirófano bajo anestesia general, con control radiológico por escopia. Se realizan controles radiológicos (Fig. 2).

Tras la reducción, y previa comprobación de la estabilidad articular se procede a inmovilización con cabestrillo en posición de aducción y rotación interna.

La evolución cursó con normalidad retirándose la inmovilización pasadas 3 semanas e iniciando los ejercicios de rehabilitación.

DISCUSIÓN

La articulación glenohumeral es la más expuesta a luxaciones, representado hasta el 50% del total¹. Principalmente se debe a las características de sostén de las partes blandas de esta

articulación, que proporcionan una mayor movilidad en detrimento de su estabilidad.

El sexo masculino presenta una mayor incidencia de luxaciones glenohumerales, siendo indirectamente proporcional el número de episodios de relajación a la edad del paciente. Asimismo en los pacientes de mayor edad se encuentra una asociación aumentada de fracturas, principalmente de troquíter².

La baja incidencia de la luxación glenohumeral posterior además de la dificultad para su diagnóstico tanto clínico como radiológico, hacen que el número de episodios que pasan desapercibidos sea relativamente frecuente⁸.

Las luxaciones glenohumerales posteriores unilaterales suelen producirse por traumatismo de alta energía en la región anterior del hombro. Mientras que las luxaciones bilaterales se suelen producir por crisis convulsivas o descargas eléctricas. Llegando a considerarse patognomónicas, por algunos autores, en el caso de las crisis comiciales⁵.

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 húmero, 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 glenoidea.

El tratamiento de la luxación glenohumeral posterior suele ser la reducción bajo anestesia general con maniobras de tracción en el eje del miembro y rotación externa.

Una vez realizada la reducción se pueden presentar dos situaciones: que la reducción sea estable, siendo tributaria de inmovilización con cabestrillo manteniendo la extremidad en adducción y rotación interna durante tres semanas, o que sea inestable, siendo la praxis más adecuada la inmovilización con un yeso toracobraquial en abducción y rotación externa o una fijación de la articulación con agujas Kirschner⁹.

Ante una luxación irreductible habría que pensar en la interposición de la porción larga del bíceps siendo necesaria la reducción abierta¹⁰.

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 glenohumeral posterior bilateral.

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

BIBLIOGRAFÍA

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. Costigan 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 9.
10. Tripathy SK, Sen RK, Aggarwal S, Dhatt 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.