

Luxación posterior bilateral de la articulación escapulohumeral

R. AGUIRRE GARCÍA, E. VILLANUEVA GARCÍA, J. A. LOZANO REQUENA y T. BAS HERMIDA

Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario «La Fe». Valencia.

Resumen.—Se presenta un caso de un hombre de 51 años, que tras sufrir una crisis convulsiva presentó dolor e impotencia funcional en ambos hombros. Tras realizar estudio radiográfico y TAC, se comprobó la existencia de una luxación escapulohumeral bilateral. El paciente fue tratado con reducción cerrada e inmovilización del miembro en abducción y rotación externa con un yeso toracobraquial.

BILATERAL POSTERIOR DISLOCATION OF THE SCAPULOHUMERAL JOINT

Summary.—A case of bilateral posterior dislocation of the scapulo-humeral joint occurring in a 51-year-old men after a convulsive attack is reported. Immediately after convulsions, the patient referred pain and functional disability in both shoulders and bilateral scapulo-humeral dislocation was confirmed by conventional radiographs and CT-scan. Treatment consisted of closed reduction and immobilization of the upper extremity in abduction and external rotation with a thoraco-braquial plaster cast.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción clínica de una luxación posterior de la articulación glenohumeral fue realizada en 1839 (1).

La luxación posterior del hombro es una lesión poco frecuente que representa entre el 1,5% y el 4,3% del total de luxaciones de dicha articulación (2-4). La bilateralidad en este tipo de lesiones es menos frecuente, habiéndose publicado un número escaso como luxaciones aisladas o asociadas a fracturas (5-8).

La luxación posterior del hombro presenta la particularidad de ser la luxación del cuerpo humano que más pasa desapercibida, con un 50% de casos no diagnosticados de entrada (9, 10).

Correspondencia:

Dr. R. AGUIRRE GARCÍA
Servicio de Traumatología y Ortopedia
Hospital de Rehabilitación «La Fe»
Avenida de Campanar, 21
46009 Valencia

CASOS CLÍNICOS

Varón de 51 años, que acude a Urgencias por presentar dolor en ambos hombros irradiado hacia miembros superiores. Encontrándose previamente bien, sufrió un cuadro de sudoración profusa y visión borrosa, seguido de una crisis convulsiva, no recordando nada más de lo ocurrido.

A la exploración se encontraba consciente y orientado, sudoroso y en un estado de nerviosismo afectado por el dolor en ambos hombros que no calmaba con la administración de analgésicos. En la inspección se apreció una tumefacción importante en el hombro derecho acompañada de impotencia funcional, con ambos miembros superiores en posición de adducción y rotación interna, palpándose en la parte posterior del hombro izquierdo la cabeza humeral, sugiriendo una luxación posterior glenohumeral.

Tras practicar estudio radiográfico simple se diagnosticó de luxación posterior con avulsión de un fragmento óseo en el hombro derecho (Fig. 1) y de una luxación posterior en el hombro izquierdo (Fig 2), confirmándose el diagnóstico mediante TAC (Fig. 3).

Bajo anestesia general se procedió a la reducción de ambas luxaciones e inmovilización en un yeso toracobraquial manteniendo ambos miembros en rotación externa y ligera abducción. Posteriormente se realizó estudio ra-



Figura 1. Radiografía del hombro derecho donde se aprecia una posición en rotación interna del húmero con un fragmento óseo en la zona inferomedial.



Figura 2. Estudio radiográfico del hombro izquierdo donde se aprecian la ausencia de la imagen en media luna por superposición de la cabeza en el reborde glenoideo.

diográfico (Figs. 4 y 5) y TAC (Fig. 6) confirmándose la correcta reducción de ambas luxaciones.

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

DISCUSIÓN

La luxación posterior traumática aguda de la articulación glenohumeral es una entidad poco frecuente y de un diagnóstico clínico-radiológico difícil, pasando frecuentemente desapercibida (10-13).

Un traumatismo recibido sobre la cara anterior del hombro puede ser la causa de una luxación unilateral, pero una crisis convulsiva ocurrida en un paciente epiléptico o una descarga eléctrica son las causas de una luxación o fractura-luxación posterior bilateral (11). Algunos autores consideran la presencia de una luxación bilateral como patognomónico de una crisis convulsiva (2, 14-16).

La posición típica del hombro durante una convulsión es en adducción, rotación interna y flexión. Una contracción masiva de la cintura escapular, fuerza la cabeza humeral contra el acromión y la fosa glenoidea, produciendo las fuerzas necesarias para pro-

vocar la luxación (11). Si la contracción convulsiva continúa, se produce una típica fractura localizada en el cuello humeral originada por la contracción de los músculos subescapular e infraespinoso (14).

Es característico de la luxación posterior del hombro el asociarse con una fractura de la superficie articular de la cabeza humeral, dando lugar a la avulsión de un pequeño fragmento óseo localizado en la zona inferomedial (2, 11).

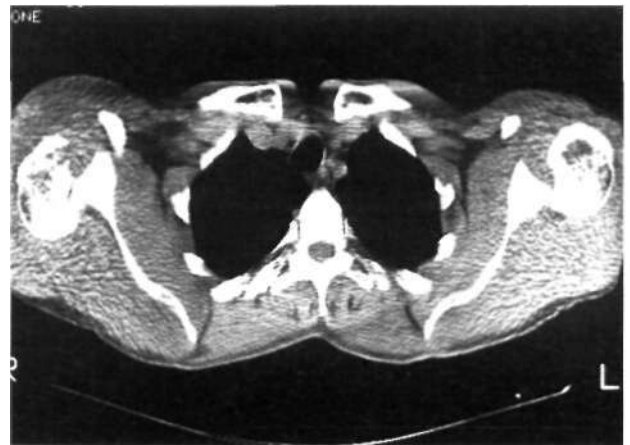


Figura 3. Imagen de TAC que confirma la presencia de una luxación posterior bilateral.



Figuras 4 y 5. Control radiográfico tras realizar la reducción, comprobándose una buena congruencia articular.

En la luxación posterior aguda el miembro superior se coloca en adducción y rotación interna. La única evidencia clínica de luxación es la palpación de la cabeza humeral en una localización posterior, aunque puede inducir a error la espasticidad del deltoides, el hematoma o el derrame que dificultan la palpación (11).

Un signo importante en la exploración física de los pacientes es la incapacidad para realizar la rotación externa del miembro superior (10, 12).

En la proyección anteroposterior en un hombro luxado posteriormente se han descrito varios signos indirectos (10, 17, 18).

— Situación en rotación interna de la cabeza humeral.

— Ausencia de la imagen en media luna que se observa debido a la superposición de la parte medial de la cabeza humeral con el reborde posterior de la glenoides.

— Excesiva superposición de la cabeza humeral sobre la glenoides, pero para valorar ese signo es necesario realizar una radiografía anteroposterior correcta, con una situación oblicua del paciente, for-

y con una rotación externa moderada del brazo. En esta situación debe visualizarse la interlínea por superposición de los dos rebordes glenoides.

Para confirmar el diagnóstico debe realizar una radiografía en proyección axilar, colocando el miembro superior en 20°-30° de adducción, con el chasis por encima del hombro y el tubo de Rx a nivel de la cadera (11, 12, 19). Otra proyección aconsejada en estos casos es la denominada axial en abducción, en la que el paciente se coloca de pie o sentado



Figura 6. Confirmación mediante TAC de la reducción obtenida.

al borde de la mesa, inclinándose dorsalmente unos 30° con la placa colocada encima de la mesa y en la vertical del hombro y el tubo situado encima del hombro y perpendicular a la placa (19).

Una vez confirmado el diagnóstico, se realiza una reducción precoz (11). Bajo anestesia general se tracciona cuidadosamente del miembro siguiendo la dirección de la diálisis humeral, en adducción y dando rotación externa (7, 10). Si es estable, se puede inmovilizar en posición de adducción y rotación interna como si se tratase de una luxación anterior, y si hay inestabilidad, se inmoviliza en un yeso toracobraquial en abducción y rotación externa (7), o se realiza una fijación con agujas de Kirschner desde el acromión a la cabeza humeral (13).

En caso de luxaciones irreductibles, es necesario realizar una reducción abierta. Esta irreductibilidad puede deberse a la interposición de la porción larga del biceps (22).

En luxaciones diagnosticadas tardíamente, luxaciones inveteradas, recidivantes o habituales se han descrito diversas técnicas: Transferencia del tendón del subescapular (2), transferencia del troquín, artroplastia o hemiartroplastia (12), osteotomías (21), utilización de un bloque óseo posterior (22) y artrodesis (23).

Como comentario final, pensamos que se trata de una lesión poco frecuente que suele pasar desapercibida en los Servicios de Urgencias. Hay que sospecharla en pacientes que hayan sufrido una crisis convulsiva y presenten una actitud del miembro superior en adducción y rotación interna, con imposibilidad de realizar una rotación externa. La confirmación diagnóstica se realizará con una radiografía en proyección axilar, colocando el miembro en 20° - 30° de abducción, practicando posteriormente una reducción cerrada bajo anestesia general e inmovilizando el miembro como si se tratase de una luxación anterior si es estable, y si existe inestabilidad en posición de abducción y rotación externa.

Bibliografía

1. **Cooper A.** On the dislocation of the humeri upon the dorsum scapulae and upon fractures near the shoulder joint. *Guy's Hosp Rep* 1839; 4: 265-84.
2. **McLaughlin HL.** Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1952; 34-A: 284-90.
3. **Nobel W.** Posterior traumatic dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1962; 44-A: 523-38.
4. **Rowe CR.** Prognosis in dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1956; 38-A: 957-77.
5. **Gómez Rarrera E, Beltrán Bengoechea J, De las Heras J, Castán Sarasa J.** Fractura-luxación escapulohumeral posterior, bilateral e inveterada. *Rev Ortop Traum* 1990; 34: 675-79.
6. **Proubasta Renart I, Itarte Pujals J, Palacio H de Mendoza A.** Luxación posterior bilateral de hombros. *Acta Chir Catal* 1986; 7: 47-50.
7. **Roig Boronat JL, Proubasta Renart I.** Luxación posterior simultánea de la articulación escapulohumeral. *Rev Orthop Traum* 1988; 32: 39-41.
8. **Nicola FG, Ellman H, Eckardt J, Finerman G.** Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder treated with a modification of the McLaughlin procedure. *J Bone Joint Surg* 1981; 63-A: 1175-77.
9. **Moseley HF.** *Shoulder lesions*. 3rd. ed. Edinburg and London: Churchill Livingstone 1969; 172-7.
10. **Prat Dalfo J, Font Vila F, Granero Xiberta J, Forn Ros C.** Luxaciones posteriores de hombro. Pautas diagnósticas y terapéuticas. *Rev Ortop Traum* 1987; 31: 237-44.
11. **Vastamaki M, Solonen K.** Posterior dislocation and fracture-dislocation of the shoulder. *Acta Orthop Scand* 1980; 51: 479-84.
12. **Hawkins RJ, Neer CS, Pianta RM, Mendoza FX.** Locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-A: 9-18.
13. **Wilson JC, McKeever FM.** Traumatic posterior (retroglenoid) dislocation of the humerus. *J Bone Joint Surg* 1949; 31-A: 160-72.
14. **Neer CS.** Displaced proximal humerus fractures. *J Bone Joint Surg* 1970; 52-A: 1077-89.
15. **Carew-McColl M.** Bilateral shoulder dislocations caused by electric shock. *Br J Med Prac* 1981; 34: 251.
16. **Shaw JL.** Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder and other trauma caused by convulsive seizures. *J Bone Joint Surg* 1971; 53-A: 1437-40.
17. **McLaughlin HL.** Locked posterior subluxation of shoulder; Diagnosis and treatment. *Surg Clin North Am* 1963; 43: 1621-2.
18. **Neviasser JR.** Posterior dislocation of shoulder; Diagnosis and treatment. *Surg Clin North Am* 1963; 43: 1623-30.
19. **Vilaret F, Nardi J, Suso S.** Diagnóstico radiológico de la luxación posterior de hombro. *Rev Ortop Traum* 1977; 21: 471-6.
20. **Velghe A, Humblet P, Lesire MR, Liselele D.** Luxation postérieure récente de l'épaule: Irréductibilité par interposition du long biceps. *Rev Chir Orthop* 1988; 74: 782-5.
21. **LefPorteous MJ, Miller AJ.** Humeral rotation osteotomy for chronic posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-B: 468-9.
22. **Mowery CA, Garfin SR, Rooth RE, Rothman RH.** Recurrent posterior dislocation of the shoulder: Treatment using a bone block. *J Bone Joint Surg* 1985; 67-A: 777-81.
23. **Mouterde P, Pere C.** Luxations anciennes de L'épaule. *Ann Chir* 1977; 31: 119-24.