

Luxación glenohumeral posterior traumática: Reporte de caso

Traumatic posterior glenohumeral dislocation: A case report

Isabel Silva-Ocas^{1,2,a}, Víctor Zamora-Mostacero^{2,a}, Juan Vargas-Ferrer^{2,a}, Mildred Silvestre-Castro^{2,a}, Jesús Rios-Mauricio^{3,b}, Sandro Rodríguez-Vasquez^{4,b}

RESUMEN

Introducción. La luxación glenohumeral posterior (LGHP) es una lesión de diagnóstico poco frecuente que se asocia a traumatismos de alta energía, deporte, convulsiones y electrocuciones. Con frecuencia el diagnóstico es omitido debido a que en la mayoría de veces no se observa deformidad llamativa en la articulación lesionada y las radiografías iniciales son similares a la del hombro ileso. Presentamos el caso de un varón de 30 años que ingresó al servicio de emergencia tras una caída sobre el hombro izquierdo sin deformidad articular observable. Se le realizó un radiografía anteroposterior y transtorácica concluyendo en el diagnóstico de LGHP. La lesión fue tratada mediante reducción incruenta bajo anestesia general. A los 4 años de seguimiento no presenta secuelas y conserva movilidad articular sin dolor.

Keywords: Luxación del hombro posterior; diagnóstico; reducción cerrada (Source: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Introduction. The posterior glenohumeral dislocation (PGD) is misdiagnosed frequently. This is associated with high-energy trauma, sports, seizures and electrocutions. The diagnosis is often omitted because of in most of the cases a striking deformity is not seen in the injured joint. Also, initial x-ray images are very similar to those from an uninjured shoulder. A 30-year-old man was admitted to the emergency room after falling onto his left shoulder, no joint deformity was observed. Anteroposterior and transthoracic X-ray showed PGD. Closed reduction was performed under general anesthesia. At 4-year follow-up, the patient has no sequelae and preserves joint mobility without pain.

Keywords: Shoulder Dislocation, Shoulder Dislocation/diagnosis, closed reduction (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

El hombro es la articulación mayor que se luxa con más frecuencia y representa hasta el 50% de todas las luxaciones⁽¹⁾. Esto se debe a que la discrepancia de tamaño entre la cavidad glenoidea y la cabeza humeral

otorga a la articulación un gran rango de movilidad y a la vez le confiere una especial vulnerabilidad a la luxación⁽²⁾. Las luxaciones glenohumerales posteriores (LGHP) ocupan el segundo lugar en incidencia de las luxaciones escapulo-humerales con una frecuencia de 2-5%⁽³⁾. Se asocian a eventos traumáticos como caídas, accidentes de tránsito, electrocución, deportes y algunas condiciones patológicas como epilepsia⁽⁴⁾.

Identificar una LGHP representa un verdadero reto en la primera evaluación del paciente, debido a que generalmente no se observa alguna deformidad llamativa en la articulación lesionada y las radiografías iniciales son muy similares a las de un hombro ileso^(3,5). El diagnóstico es realizado de manera tardía en el 50-79% de los casos, lo que conlleva a la frecuente presentación de complicaciones ocasionadas por los esfuerzos del paciente al aumentar el arco de movilidad que se ve limitado en esta condición a un rango de movimiento de 10 a 60° en rotación interna y sin posibilidad de rotación externa^(3,4).

Se presenta el caso de un varón de 30 años de edad con una LGHP por traumatismo, diagnosticada tempranamente, tratado mediante reducción incruenta y sin complicaciones a los 4 años de seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 30 años sin historial médico relevante.

1. Unidad de generación de evidencias y vigilancia epidemiológica - Scientia Clinical and Epidemiological Research Institute. Trujillo, Perú.
 2. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.
 3. Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, Perú.
 4. Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Regional Docente de Trujillo, Trujillo, Perú.
 a. Médico cirujano.
 b. Médico asistente de traumatología y ortopedia.

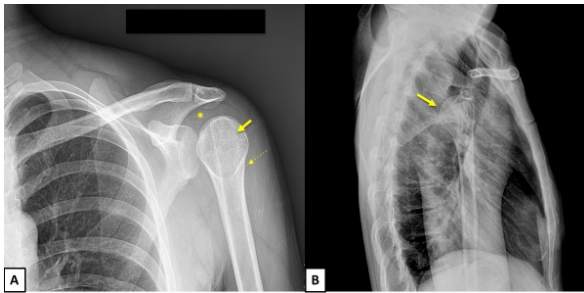


Figura 1

Radiografías de la luxación glenohumeral posterior izquierda. A) Proyección anteroposterior (AP): se visualiza separación mayor a 6mm de la cabeza humeral del reborde glenoideo (asterisco), signo de "bombilla de luz" (flecha) y la pérdida del perfil del cuello humeral (flecha punteada). B) Proyección transtorácica: Cabeza del húmero desplazada hacia atrás de la cavidad glenoidea (flecha).

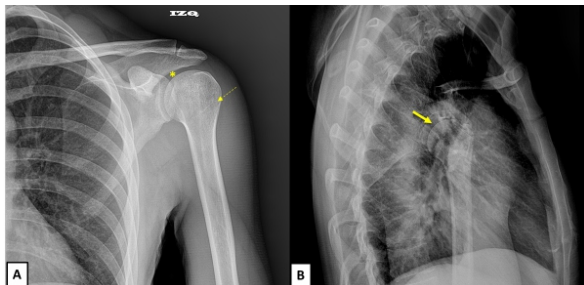


Figura 2

Radiografías post-reducción. A) Proyección anteroposterior (AP): cabeza humeral próxima al reborde glenoideo (asterisco), perfil del cuello humeral (flecha punteada). B) Proyección transtorácica: Cabeza del húmero en relación normal con la cavidad glenoidea (flecha)

Durante actividad deportiva sufrió caída con impacto en la región anterior de hombro izquierdo desde un metro de altura e inmediatamente presentó dolor y limitación en la movilización de la articulación afectada. Acudió al servicio de emergencia, donde al examen se observó el brazo izquierdo en rotación interna sin signos de deformidad articular. Al evaluar la movilización del hombro izquierdo se evidenció abducción limitada acompañada de dolor intenso. En la radiografía de tórax anteroposterior (AP) se visualizó una imagen "quística" en la cabeza del húmero, separación de la cabeza humeral del reborde glenoideo y pérdida del perfil del cuello humeral (Figura 1A). Se interpretó como LGHP y se realizó una radiografía transtorácica, en la cual se observó desplazamiento posterior de la cabeza humeral respecto a la cavidad glenoidea (Figura 1B), lo cual confirmó el diagnóstico. Se aplicó una maniobra de reducción incruenta mediante tracción, abducción y rotación interna en sala de operaciones, bajo anestesia general. En las radiografías de control AP y transtorácica, inmediatamente después de la reducción, se observó la

cabeza humeral en su posición normal dentro de la cavidad glenoidea (Figura 2). Se inmovilizó el hombro izquierdo con vendaje Velpau y fue dado de alta. El paciente acudió a consulta ambulatoria una semana después para retirar el vendaje y colocación de cabestrillo. La consulta de control realizada 6 semanas después demostró recuperación total del rango de movilidad. A los 4 años de seguimiento no ha presentado complicaciones y conserva movilidad articular sin dolor.

DISCUSIÓN

La LGHP afecta principalmente a varones entre 21 y 40 años de edad⁽⁶⁾. La causa principal son los accidentes traumáticos de la extremidad superior en hiperextensión mediante un mecanismo directo en el cual la aplicación de una fuerza sobre la región anterior del hombro, provoca el desplazamiento posterior de la cabeza del húmero fuera de la cavidad glenoidea⁽⁷⁾. Se ha descrito también un mecanismo indirecto producido por una carga axial con el miembro en flexión, aducción y rotación interna⁽⁸⁾. En el caso presentado el mecanismo de producción fue de tipo directo, como resultado de un impacto en sentido AP de la articulación glenohumeral por una caída de un metro de altura.

El diagnóstico de la LGHP traumático es un reto debido, entre otros factores, a su baja incidencia, así como a la falta de deformidad llamativa del contorno del hombro afectado. Se han reportado casos en los que la demora del diagnóstico ha sido incluso hasta de 10 años⁽⁹⁾. En nuestro paciente, la rotación interna y abducción limitada del hombro, acompañados de un dolor intenso fueron los únicos hallazgos del examen clínico. Sin embargo, el mecanismo de la lesión nos llevó a realizar un estudio radiológico.

En la LGHP, la proyección radiológica AP puede mimetizar a una radiografía normal. No obstante, aunque sutiles, se debe prestar atención a los siguientes signos: pérdida de la continuidad del arco escápulo-humeral (línea de Moloney)⁽⁵⁾, separación de la cabeza humeral del reborde glenoideo en más de 5mm conocido con el signo de la cavidad glenoidea "vacante"⁽¹⁰⁾; una imagen quística (signo de "bombilla de luz")⁽⁵⁾ en la cabeza humeral y la desaparición del perfil del cuello del húmero, estas dos últimas imágenes son características de la rotación interna⁽¹¹⁾, tal como se observó en la radiografía de nuestro paciente. Generalmente, la proyección AP es la única que se solicita en las salas de emergencia por lo cual muchas veces el diagnóstico pasa desapercibido tienen en cuenta los signos descritos.

Para la confirmación del diagnóstico, se recomienda realizar por lo menos una proyección adicional a la AP por lo que con frecuencia se solicita una proyección lateral. La desventaja de esta proyección es que causa

incomodidad y dolor en el paciente^(3,11). Una alternativa es la proyección transtorácica la cual es más fácil obtener⁽¹¹⁾, sin embargo, raramente son de calidad suficiente para demostrar la interrupción del arco escapulo-humeral de una LGHP⁽¹²⁾. En vista de los signos radiológicos descritos en la proyección AP de nuestro paciente, se solicitó una radiografía transtorácica para la confirmación del diagnóstico, evidenciándose el desplazamiento posterior de la cabeza del húmero en relación a la cavidad glenoidea. No se optó por la proyección lateral, debido al intenso dolor de la articulación comprometida.

La elección del tratamiento se realiza en función de la cronicidad de la LGHP, las lesiones agudas (menos de seis semanas) se manejan mediante reducción cerrada o incruenta bajo relajación muscular adecuada^(5,10) y en ocasiones se puede precisar de sedación con monitoreo de la vía aérea⁽¹⁾. Posterior a la reducción se debe mantener inmovilizada la articulación con cabestrillo para completar la recuperación⁽¹³⁾. En el presente caso, se realizó la reducción cerrada precoz de la articulación bajo anestesia general, mediante tracción, abducción y rotación interna de la articulación. Debemos tener en cuenta que la re-luxación es frecuente en la LGHP, por lo que el seguimiento postoperatorio del paciente es de suma importancia^(4,10).

La LGHP se debe considerar como posibilidad diagnóstica cuando se presenta el antecedente de traumatismo de hombro sin deformaciones evidentes y dolor articular con limitación del rango de movimiento. Por lo cual se recomienda el uso de la proyección transtorácica para confirmar el diagnóstico y así evitar el desarrollo de complicaciones. El presente caso muestra que el rápido diagnóstico y manejo adecuado conllevan a una satisfactoria recuperación del paciente sin recidivas a los 4 años de seguimiento.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zamorano C C, Muñoz Ch S, Paolinelli G P. Inestabilidad glenohumeral: Lo que el radiólogo debe saber. *Rev Chil Radiol* [Internet]. 2009;15(3):128-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07071793082009000300006&lng=en&nrm=iso&tng=en
2. Beltran J, Kim DH-M. MR imaging of shoulder instability injuries in the athlete. *Magn Reson Imaging Clin N Am* [Internet]. 2003;11(2):221-38. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064968903000230>
3. Jacobs RC, Meredyth NA, Michelson JD. Posterior shoulder dislocations. *BMJ* [Internet]. 2015;350(jan28

- 2): h75-h75. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h75>
4. Robinson CM, Seah M, Akhtar MA. The Epidemiology, Risk of Recurrence, and Functional Outcome After an Acute Traumatic Posterior Dislocation of the Shoulder. *J Bone Jt Surgery - American Vol* [Internet]. 2011;93(17):1605-13. Disponible en: <http://journals.lww.com/00004623-201109070-00006>
5. Kowalsky MS, Levine WN. Traumatic Posterior Glenohumeral Dislocation: Classification, Pathoanatomy, Diagnosis, and Treatment. *Orthop Clin North Am* [Internet]. 2008;39(4):519-33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0030589808000333>
6. Rosas-Medina JA. Luxación glenohumeral posterior traumática no detectada. *Acta Ortopédica Mex* [Internet]. 2017;31(4):196-201. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000400196
7. Kelly MJ, Holton AE, Cassar-Gheiti AJ, Hanna SA, Quinlan JF, Molony DC. The aetiology of posterior glenohumeral dislocations and occurrence of associated injuries. *Bone Joint J* [Internet]. 2019;101-B(1):15-21. Disponible en: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/10.1302/0301-620X.101B1.BJJ-2018-0984.R1>
8. Rumbaut M, Cañizares D, García E, Reynaldo C, Uranga J. Lesiones de Mc Laughlin y Bankart invertida tras luxación posterior de la articulación escaulo-humeral asociada a fractura diafisaria de húmero. *Caso Clínico. Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2007;6(5):1-15.
9. Xu W, Huang L-X, Guo JJ, Jiang D-H, Zhang Y, Yang H-L. Neglected posterior dislocation of the shoulder: A systematic literature review. *J Orthop Transl* [Internet]. 2015;3(2):89-94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214031X15000194>
10. Gubern Salisachs L. La luxación posterior del hombro. *Rev Ortop y Traumatol* [Internet]. 2006;50(6):406-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0482598506752993>
11. Alvarez J, Fernandez I, Murcia A. Luxación Posterior de Hombro. *Rev Esp Cir Ost*. 1991;26(151):33-40.
12. Kontakis GM, Stavarakakis IM, Sperelakis I V. Acute Posterior Dislocations and Posterior Fracture-Dislocations of the Shoulder. En: *Sports Injuries* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 73-81. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-36569-0_24
13. Scott S. Shoulder dislocation and reduction. *UpToDate*. 2019. p. 1-25. .

Correspondencia

Silva-Ocas, Isabel

Dirección: Urb. Manuel Arévalo MzB39 Lt16 Iletp, La Esperanza, Trujillo, Perú

Teléfono: 950887245

Correo: isilvao@scientiaceri.com

Revisión de pares

Recibido: 12/03/2020

Aceptado: 15/05/2020