

LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA DE HOMRBO.

OBJETIVO: SALVAR LA CABEZA

Paulete García A, Corchado Villalba C, Martín Mata M.J (Hospital Universitario Cáceres - Cáceres)

INTRODUCCIÓN

La luxación inveterada del hombro representa el 2% de las luxaciones de hombro, aparecer ante convulsiones o accidentes de tráfico; siendo una de sus principales complicaciones el infradiagnóstico. Se denomina luxación inveterada aquella que lleva más de 3 semanas de evolución y no es posible su reducción cerrada. En este tipo de luxaciones la lesión principal se encuentra en la cabeza humeral. El tratamiento viene determinado por el según el grado de afectación de la cabeza, lesiones asociadas y edad del paciente.

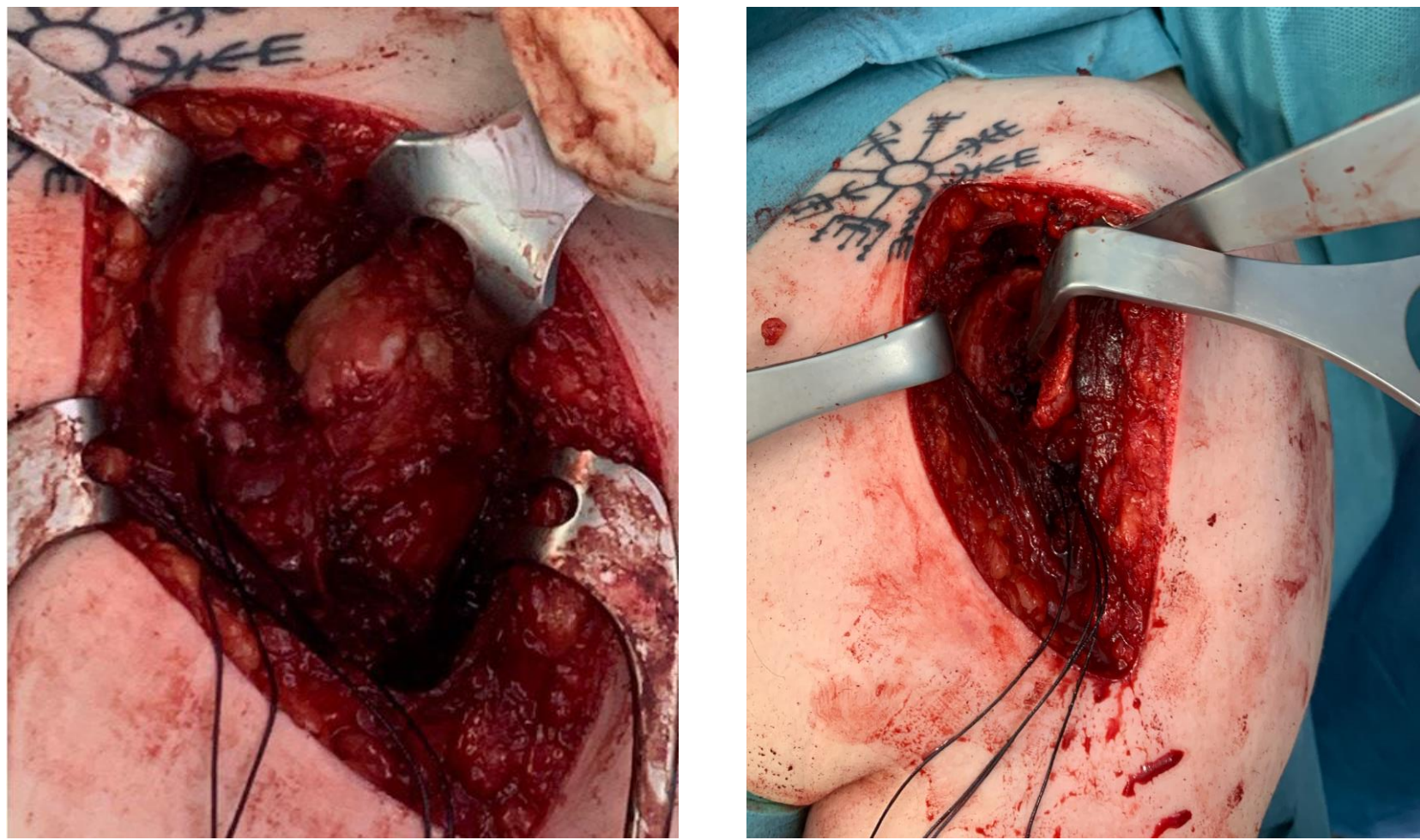
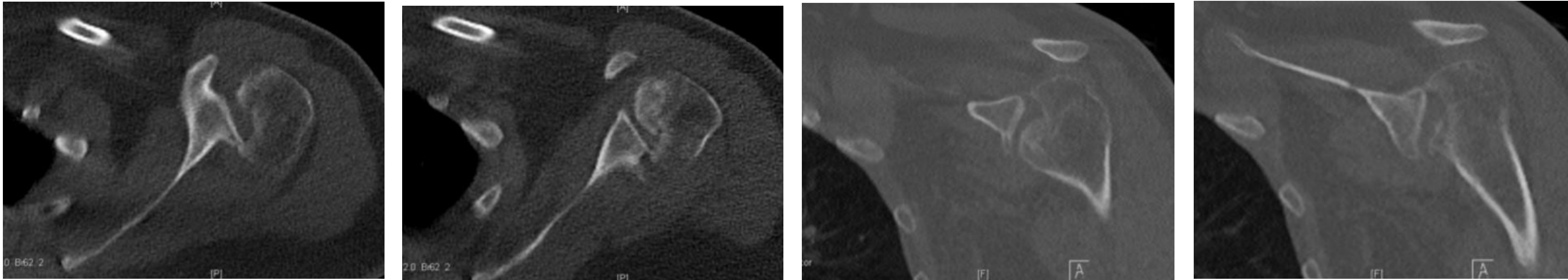
OBJETIVOS

Establecer criterios radiográficos evitando el infradiagnóstico de luxaciones posteriores de hombro. Así como, en luxaciones inveteradas, valorar opciones terapéuticas como aloinjerto estructural o artroplastia hombro, teniendo en cuenta bibliografía previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

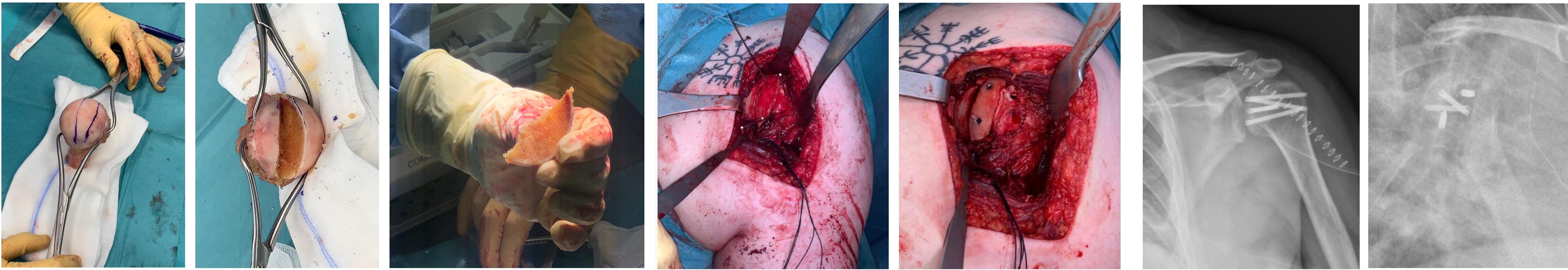
Varón 40 años, profesor de autoescuela, sufre caída fortuita con traumatismo sobre hombro izquierdo, presentando dolor e impotencia funcional. La radiografía muestra fractura no desplazada húmero proximal con extensión metafisaria, optando por tratamiento conservador e inmovilización con cabestrillo, revisándolo en consultas externas.

A las 3 semanas (del traumatismo) postraumáticas, tras no desplazamiento, se inician ejercicios pendulares. A las 6 semanas, presenta signos radiográficos de consolidación, limitación funcional con 40º flexión y 30º abducción activa; derivando al paciente a rehabilitación. Tras mes y medio rehabilitando, y 5 meses postfractura, es remitido nuevamente sospechando NAV cabeza humeral, presentando activamente dificultad para llegar a nuca, RI alcanza nalga, abducción 45º y flexión 60º. Pasivamente consigue a 90º abducción, 45º RE y 40º de RI en aducción. Ante la persistencia de limitación funcional, dolor a movilización, actitud en RI del brazo, sospecha de NAV y ausencia de mejoría, se solicita TAC y RMN. Las pruebas indican fractura cuello anatómico medial asociando luxación posterior, ascenso de cabeza, pérdida densidad ósea, fractura Hill-Sachs inversa, lesión Bankart óseo inverso y líquido PLB sin NAV ni lesión manguito rotador.



RESULTADOS

Con el diagnóstico de luxación posterior inveterada, tiempo desde la lesión y defecto óseo presente se realiza reducción abierta y aloinjerto estructural de cabeza humeral de banco mediante abordaje deltopectoral, posteriormente tenotomía PLB y subescapular, sección LGHS, capsulotomía inferior y liberación del receso axilar. Ganado espacio y limpiada la superficie glenoidea reducimos la cabeza, observando defecto en porción anterior (15mmx50mm), rellenándolo con aloinjerto tallado de cabeza humeral izquierda y fijada (fijándola) con tornillos canulados 4mm Arthex®. Se inmoviliza con cabestrillo en abducción, permitiendo la F/E del codo.



A las 3 semanas se retira cojín abductor. Tras 11 semanas postquirúrgicas la movilidad es similar a situación previa, insistiendo en mantener rehabilitación. A los 4 meses postquirúrgicos, radiográficamente no se observa reabsorción del injerto ni movilización de tornillos, conservando la superficie articular. La movilidad activa es abducción 90º, flexión 90º, llega a nuca y nalga, a 90º de abducción la RE es 45º y en aducción 25º. Aunque la situación funcional ha mejorado no es óptima, se mantendrá rehabilitación. Si la movilidad disminuye o se produce reabsorción del injerto, se procederá al rescate con artroplastia de hombro.

CONCLUSIONES

El principal problema de las luxaciones posteriores sigue siendo su infradiagnóstico. El tratamiento está orientado según el defecto resultante en la cabeza humeral, indicando el aloinjerto estructurado ante defectos >30-40% en pacientes jóvenes. Los resultados con aloinjerto estructural son controvertidos, ya que es frecuente la reabsorción, no consolidación del injerto o reintervención por molestias del material de osteosíntesis. Además de fracaso con la necesidad de conversión a artroplastia de hombro. Es por ello que se requieren más estudios futuros.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz-Díaz L.G, Magallanes-Durán E, Martínez-Pérez R. Luxación posterior inveterada de hombro asociada a lesión de Hill-Sachs reversa tratada con modificación de la técnica de McLaughlin. Acta ortop. mex vol.33 no.5 Ciudad de México sep./oct. 2019. Epub 13-Ago-2021
2. Iglesias-Garayo J.J, Rodríguez-Garrido A.I. Tratamiento quirúrgico de la luxación posterior inveterada de hombro. Gaceta de Bilbao. Vol.104.Núm 3.pág 106-110 (Enero 2007). Disponible DOI: [10.1016/S0304-4858\(07\)74585-7](https://doi.org/10.1016/S0304-4858(07)74585-7)
3. Barclay F, Arcuri F, Nacul I. Luxación Posterior de Hombro Bloqueada Inveterada. ARTROSCOPIA. VOL. 19, Nº 2: 118-122 | 2012
4. Cevallos Andrade A, Torres Torres V, Quispillo Moyota F, Casa Casa G, Torres Dávila B. Luxación posterior inveterada de hombro. Revista SEOT. Vol. 9 Núm. Fascículo 1. 2020