

Fractura-luxación posterior bilateral de hombro.

Juan Apellániz Antón, María Garralda del Villar, Rubén Inglán Montes, María Mancho Sagües, Alex Etxezarreta Fernández de Casadevante.

Hospital Universitario de Navarra

Objetivos

Explicar un caso de fractura-luxación posterior bilateral de hombro tratado en nuestro hospital.



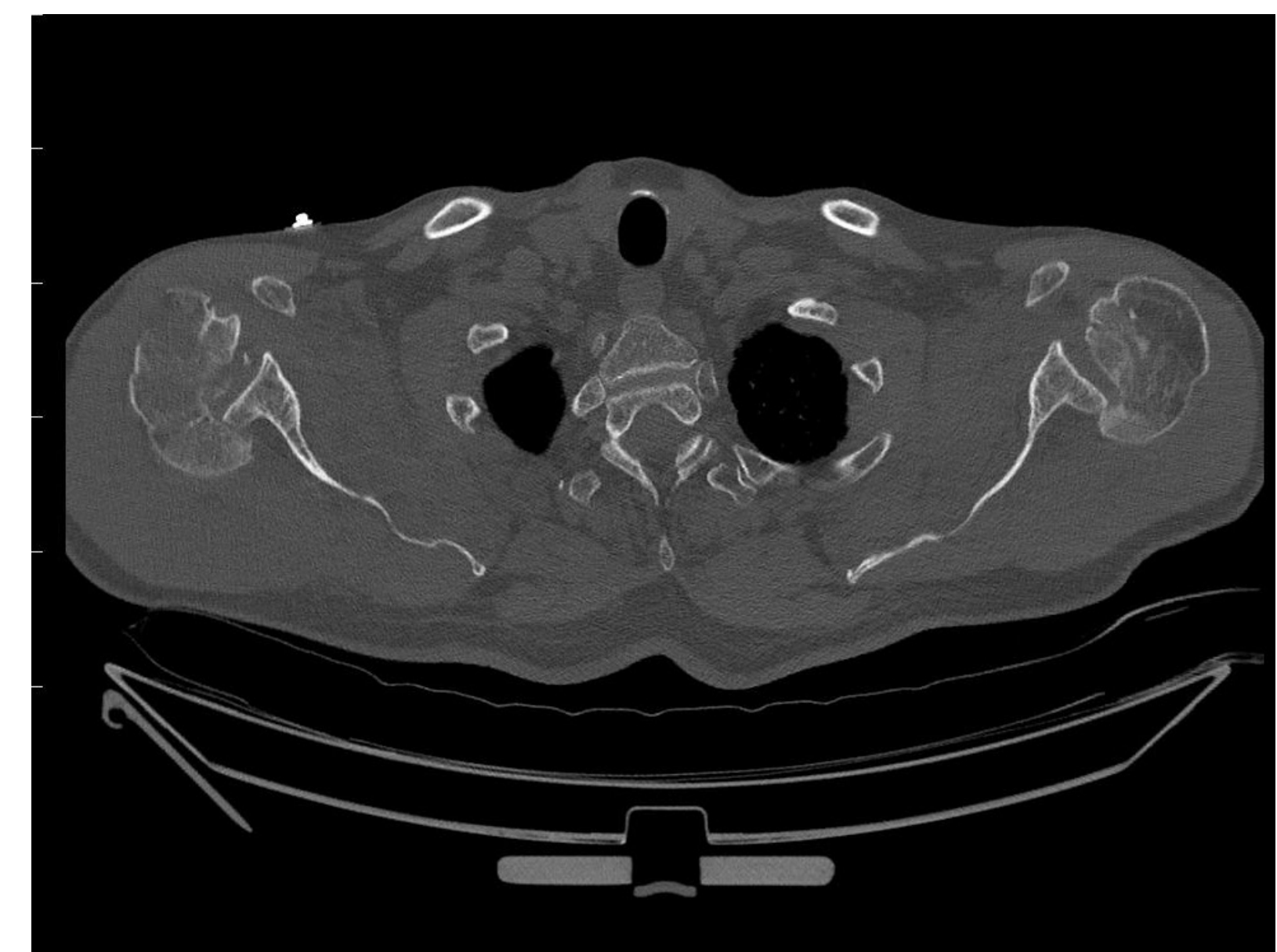
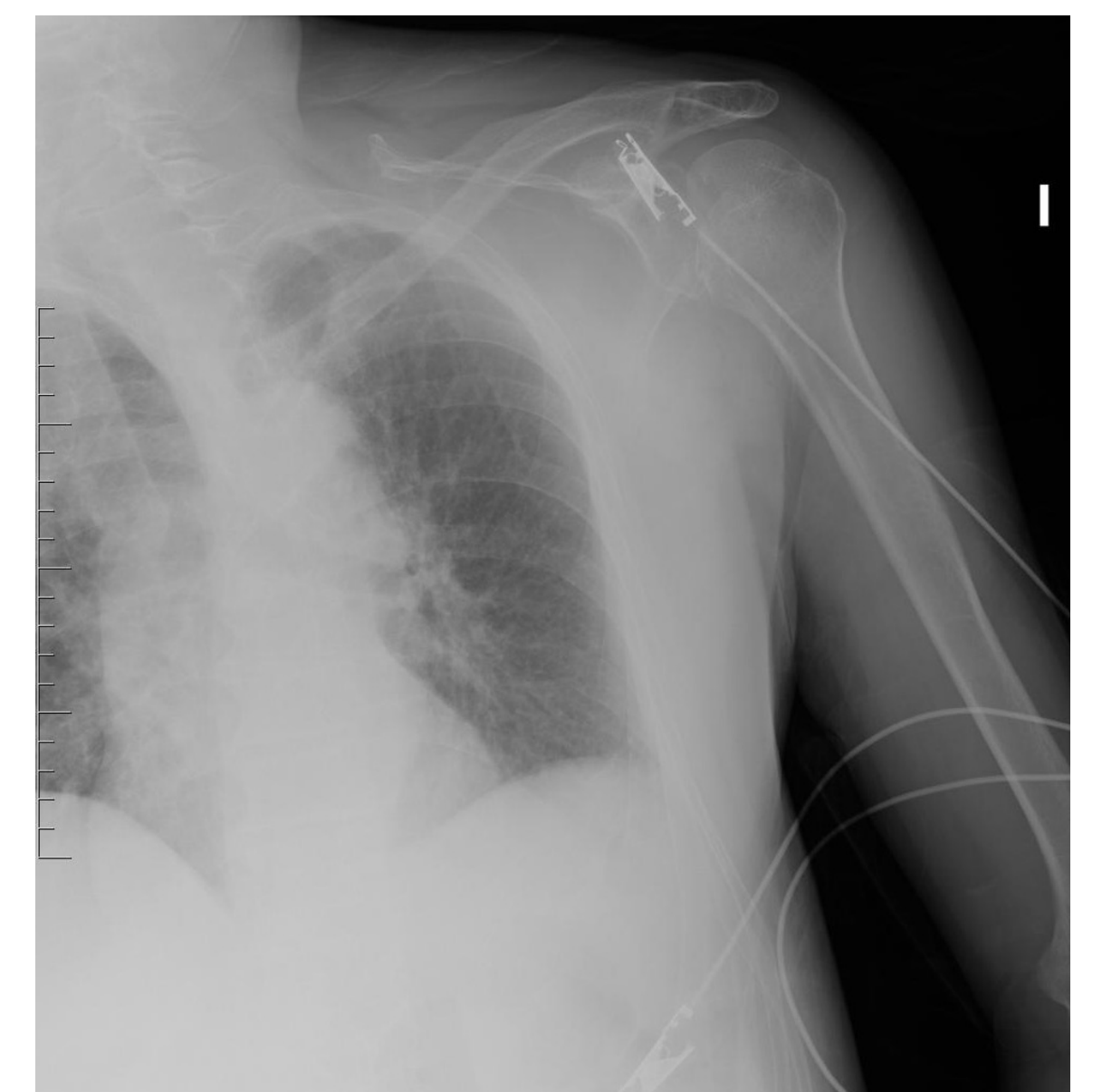
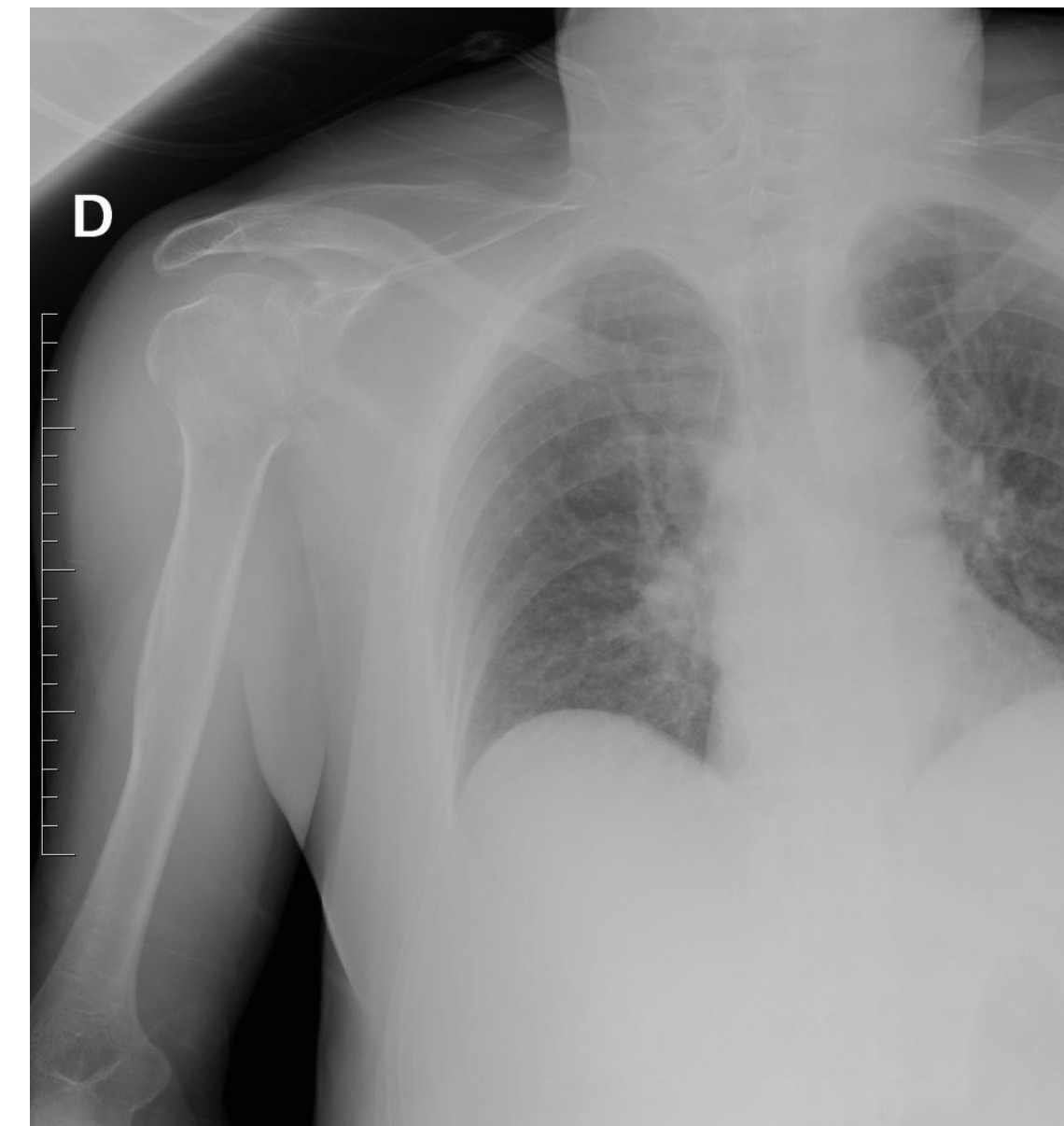
Material y métodos

Varón de 65 años, acude tras pérdida de conocimiento y dolor en ambas extremidades superiores. Se establece como diagnóstico probable crisis convulsiva tonico-clónica con estupor postcrítico.

EF: Deformidad y dificultad para rotación externa de ambas articulaciones glenohumerales.

Se solicitan Rx de hombros bilaterales y se solicita TAC debido a resultados:

- Hombro Derecho: Fractura de la cabeza humeral conminuta, ausencia de congruencia articular, con trazo de fractura en cuello quirúrgico, en cuello anatómica y en ambas tuberosidades. Se objetiva fragmento posterior desplazado en región posterior y medial de la glena.
- Hombro Izquierdo: Fractura de húmero proximal con luxación posterior, con fragmento posterior por detrás de la glena. Trazo de fractura vertical en región posterior de la cabeza y región metafisaria humeral, generando fragmento posterior, así como otro trazo de trayecto transversal con separación del troquín. Pequeño trazo de fractura en región postero-inferior de glena, no desplazada.



Resultados

Dos días más tarde, se interviene de ambos hombros. En hombro derecho se opta por una prótesis invertida a través de abordaje deltopectoral. Se decide metaglena estándar con cabeza 38 y vástago cementado 10,5 con bandeja de 0.

En hombro izquierdo se opta por reducción abierta mediante abordaje deltopectoral y abordaje posterior accesorio, osteosíntesis de cabeza humeral con 3 agujas percutáneas y reanclaje del subescapular con 2 anclajes sobre defecto anterior. Inmovilización con cabestrillos.

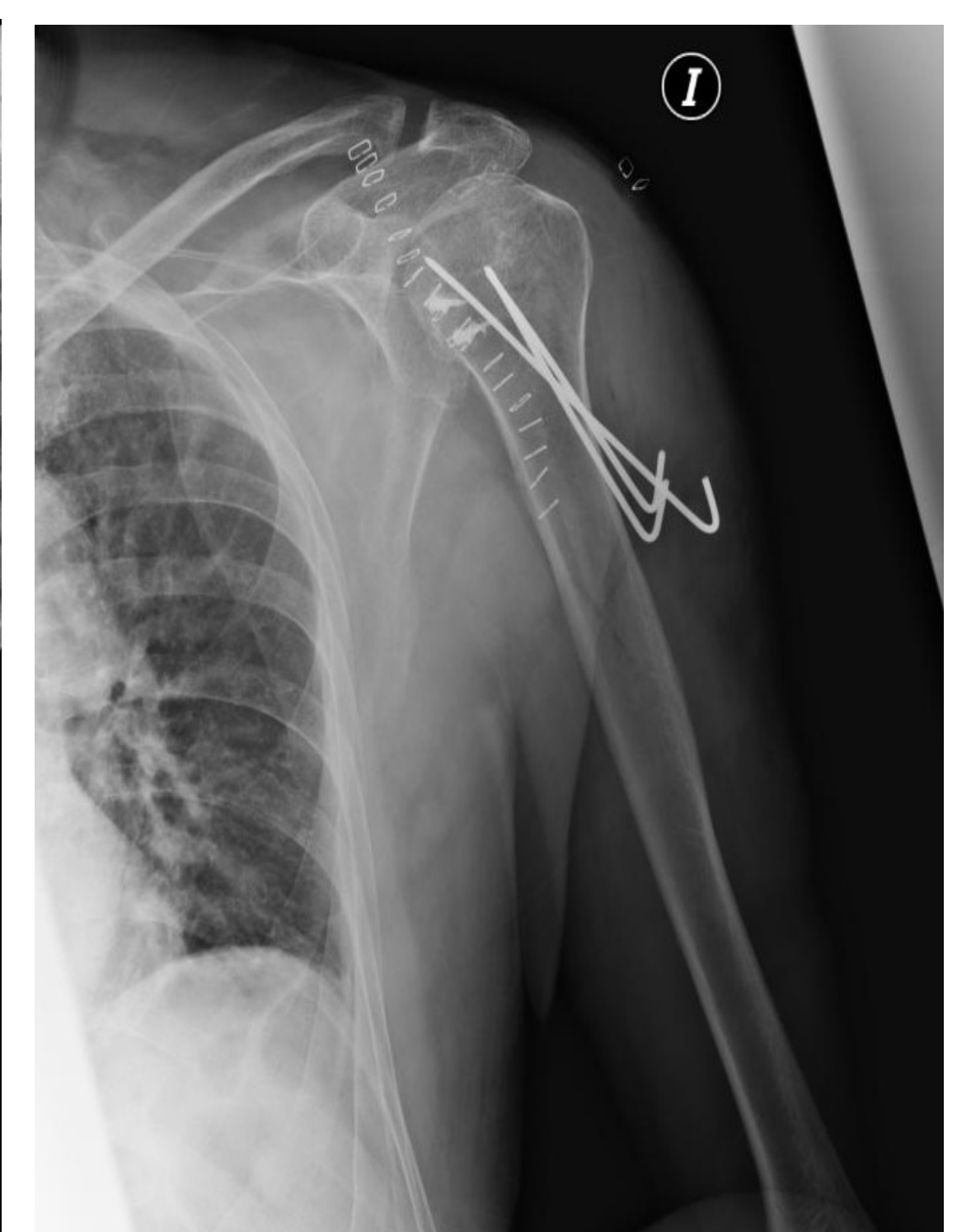
Al mes, se retiran agujas. Dos años más tarde, tras tratamiento rehabilitador, el paciente está asintomático y sin puntos dolorosos. Presenta en hombro izquierdo: rotación externa 50º, abducción 90º, antepulsión 100º, rotación interna hasta glúteo. Hombro derecho: rotación externa 30º, abducción 80º, antepulsión 80º, rotación interna hasta glúteo.

Conclusiones

La luxación posterior de hombro representa el 1% - 4,7% de las luxaciones, siendo bilaterales entre un 2,5-15%.

Las principales causas son las crisis convulsivas, traumatismos de alta energía o electrocuciones.

Defectos de la superficie articular de la cabeza <25%, se pueden tratar mediante reducción cerrada. Para defectos mayores, la cirugía es una indicación. La transferencia del subescapular se emplea en caso de inestabilidad. La artroplastia si hay 3-4 fragmentos o >50% de superficie alterada.



Bibliografía

- Kechagias VA, Katounis CA, Badras SL, Notaras I, Badras LS. Bilateral Posterior Fracture-Dislocation of the Shoulder after Electrical Shock Treated with Bilateral Hemiarthroplasty: A Case Report. Malays Orthop J. 2022 Mar;16(1):146-149. doi: 10.5704/MOJ.2203.025. PMID: 35519525; PMCID: PMC9017908.
- Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(3):542-9.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA