

# 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.

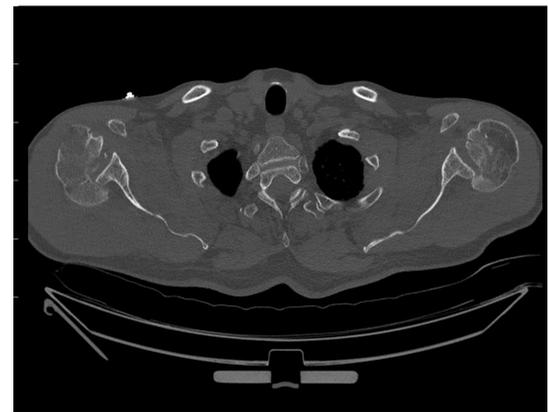
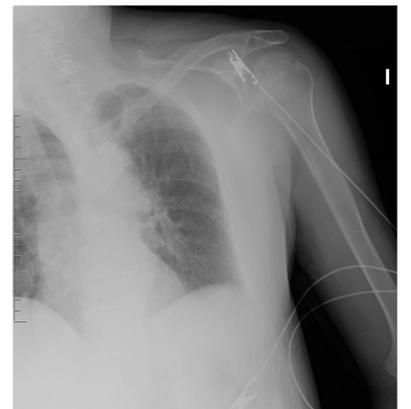
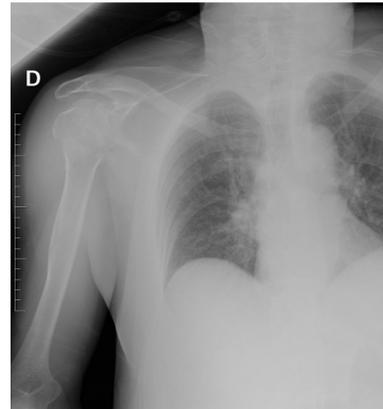
## Material y métodos

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 glenohumorales.

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.

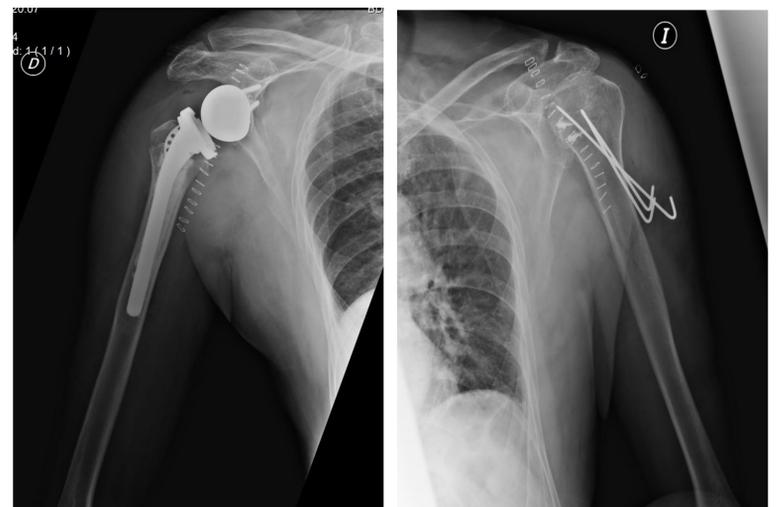
Al mes, se retiran agujas. Dos años más tarde, tras tratamiento rehabilitador, el paciente está asintomático y sin puntos dolorosos. Presenta en hombro izquierdo: rotación externa 50°, abducción 90°, antepulsión 100°, rotación interna hasta glúteo. Hombro derecho: rotación externa 30°, abducción 80°,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