

FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO BILATERAL TRAS PRIMER EPISODIO CONVULSIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Cristóbal E , Cemborain Goñi I, Embarba Gascon M. , Albareda Albareda J. , Sánchez Gimeno M.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA)

OBJETIVOS

Las luxaciones posteriores de hombro representan 2%-4% y la mayoría de ellas no se detectan inicialmente. Aquellas que ocurren bilateralmente representan menos del 5% de todas las luxaciones posteriores. El “síndrome triple E “(epilepsia/convulsiones, traumatismo extremo y descarga eléctrica) representa las causas más comunes de luxaciones posteriores bilaterales del hombro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 26 años de edad que acude a urgencias trasladado en UVI móvil tras presentar de madrugada un episodio de crisis tónico clónica de 2 minutos de duración que se autolimitó sin antecedentes de episodios previos. Presentó amnesia total del episodio, dolor a nivel dorsal y en ambos brazos. Se realizaron Rx de ambos hombros descartándose patología osteoarticular en ese momento. Acudió 4 días más tarde a urgencias por persistencia de dolor en ambos hombros, no refiriendo nuevos episodios de crisis convulsivas. Se realizan nuevas Rx apreciándose fractura-impactación a nivel de ambas cabezas y luxación posterior de hombro derecho. Se realiza TAC urgente de hombros apreciando lesión de Hill Sachs inversa bilateral con un gran defecto óseo que proporcionaba inestabilidad bilateral. (Imagen 1 y 2).

Se realizó reducción cerrada en quirófano del hombro derecho. Posteriormente se realiza intervención quirúrgica mediante un abordaje deltopectoral bilateral realizándose una reconstrucción mediante aloinjerto y fijación mediante tres tornillos en hombro derecho y uno en izquierdo. (Imagen 3 y 4) Tres meses más tarde presentó un segundo episodio de crisis convulsiva con luxación posterior de hombro izquierdo teniendo que ser reintervenido realizando nuevo injerto mas osteosíntesis. (Imagen 5)

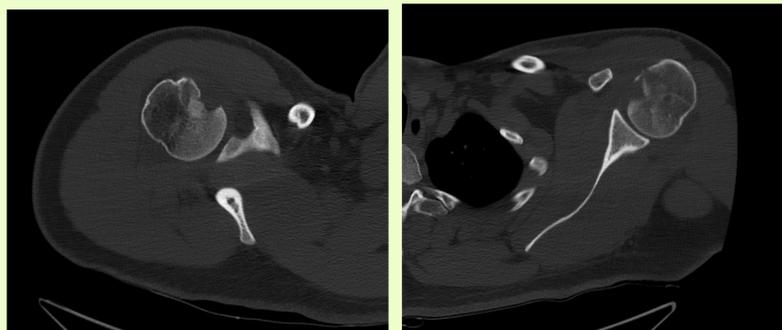


Imagen 1 y 2. Lesión Hill Sachs inversa bilateral.

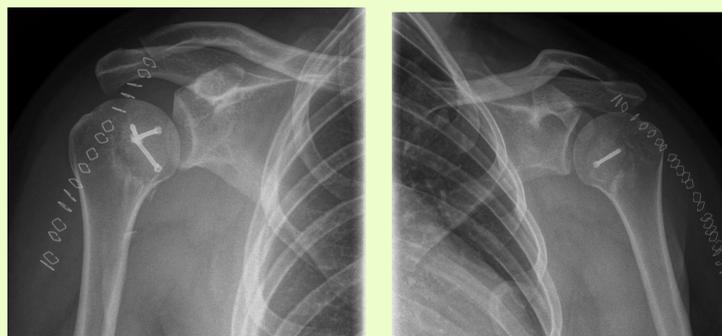


Imagen 3 y 4. Reconstrucción mediante loinjerto y fijación mediante tres tornillos en hombro derecho y uno en izquierdo.



Imagen 5. Reintervención de hombro izquierdo.

RESULTADOS

El paciente fue derivado al servicio de Rehabilitación. A los 12 meses presenta dolor residual nocturno en hombro izquierdo. Antepulsión 135º, abducción 90º y leve limitación para la rotación interna.

CONCLUSIONES

La fractura-luxación posterior bilateral de hombro es rara siendo la causa más común las convulsiones. En hombros inestables a pesar de la inmovilización en rotación externa y en aquellos pacientes jóvenes con potencial curativo, el aporte de injerto óseo es de elección para preservar la articulación en luxaciones agudas con defectos óseos >20%.

BIBLIOGRAFIA

1. Eiji Itoi. Opinion Editorial—First-Time Shoulder Dislocation: My Approach. Matsen, Frederick A., MD, Rockwood and Matsen's The Shoulder, SIXTH EDITION. Chapter 43, 635-638.
2. Eloy Tabeayo, Anshu Singh. Posterior Shoulder Instability. Grant E. Garrigues MD, Marc J. Richard MD and Mark J. Gage MD. Skeletal Trauma of the Upper Extremity. Chapter 23, 176-188.
3. Bryant P. Elrick, Philip C. Nolte, Peter J. Millet. Technique Spotlight: Open Reduction and Bone Grafting of Reverse Hill- Sachs Lesions. Grant E. Garrigues MD, Marc J. Richard MD and Mark J. Gage MD. Skeletal Trauma of the Upper Extremity. Chapter 24, 189-193.
4. M. J. Kelly, A. E. Holton, A. J. Cassar-Gheiti, S. A. Hanna, J. F. Quinlan, D. C. Molony. The aetiology of posterior glenohumeral dislocations and occurrence of associated injuries.A systematic review.Bone Joint J 2019;101-B:15-21.
5. Luigi Patrizio, Ettore Sabetta. Case Report. Acute Posterior Shoulder Dislocation with Reverse Hill-Sachs Lesion of the Epiphyseal Humeral Head. International Scholarly Research Network ISRN Surgery, Volume 2011, Article ID 851051, 4 pages.