

Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología



Luxación posterior inveterada de hombro

Cevallos Andrade A., Torres Torres V., Quispillo Moyota F., Casa Casa G., Torres Dávila B.

Caso clínico

Luxación posterior inveterada de hombro

Cevallos Andrade A.^{1*}, Torres Torres V.¹, Quispillo Moyota F.¹, Casa Casa G.¹, Torres Dávila B.²

¹ Residente de 3er año del Posgrado de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito – Ecuador.

² Tratante de Traumatología y Ortopedia del Hospital Vozandes, Centro de Especialidades Ortopédicas y Hospital Metropolitano.

Recibido: 11/01/2020 Revisado: 26/01/2020 Publicado: 1/04/2020

PALABRAS CLAVE

Luxación posterior de hombro;
Luxación inveterada de hombro;
McLaughlin

Resumen

Introducción: La luxación posterior de hombro, es una patología que frecuentemente es subdiagnosticada en la valoración inicial ¹. Ocurre entre 2 al 5 % de todas las luxaciones y sobre el 10 % de inestabilidades de hombro ².

Caso Clínico: Paciente de 35 años, con dolor de hombro izquierdo desde hace 4 meses, causa aparente caída de una bicicleta, con un EVA (escala visual analógica) de 8/10, acompañándose de dificultad para la movilidad de la extremidad había recibido terapia analgésica y fisioterapia, sin mejoría de su cuadro clínico, por lo que decide acudir a especialista para su valoración. Al examen físico se evidencia hombro izquierdo, doloroso a la movilidad pasiva y activa, Flexión 40°, extensión 10°, rotación interna a 90°, rotación externa bloqueada. En Rx AP signos de luxación posterior de hombro: 1) Pérdida línea de Moloney's, 2) signo de la bombilla, 3) signo glenoideo vacante, 4) signo de la llanta, 5 línea del canal. En Rx transtorácica, evidente luxación posterior del hombro. En TC se realiza técnica de Moroder para calcular porcentualmente el defecto óseo en la cabeza del húmero. En resonancia magnética que se evidencia tejido fibrótico periarticular, con imagen sugestiva de lesión del labrum posterior.

Discusión: La luxación posterior de hombro, es una patología que ocurre entre 2 al 5 % de todas las luxaciones, existe riesgo de no ser diagnosticada en una primera visita médica entre un 60% al 79 % de casos, como ocurrió en este caso presentado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico autor principal: alvarocevall@gmail.com (Cevallos Andrade A.)¹

Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología. 2020; 9 (1); 55-58

KEYWORDS

Posterior shoulder dislocation;
Inveterate shoulder dislocation;
McLaughlin

Posterior inveterate dislocation shoulder**Abstract**

Introduction: Posterior dislocation of the shoulder is a pathology that is frequently underdiagnosed in the initial assessment¹. It occurs between 2 to 5% of all dislocations and over 10% of shoulder instabilities².

Clinical Case: A 35-year-old patient with left shoulder pain for 4 months, apparent cause of a bicycle falling, with an EVA (analog visual scale) of 8/10, accompanied by difficulty in limb mobility had received therapy analgesic and physiotherapy, without improvement of his clinical picture, so he decides to go to a specialist for evaluation. The physical examination shows left shoulder, painful to passive and active mobility, Flexion 40°, extension 10 degrees, internal rotation at 90°, External rotation blocked. In Rx AP signs of posterior shoulder dislocation:

1) Lost Moloney's line, 2) sign of the bulb, 3) vacant glenoid sign, 4) sign of the tire, 5 channel line. In transthoracic Rx, evident posterior dislocation of the shoulder. On CT, Moroder technique is performed to calculate the bone defect in the head of the humerus. In magnetic resonance imaging, periarticular fibrotic tissue is evident, with an image suggestive of posterior labrum lesion.

Discussion: Posterior shoulder dislocation is a pathology that occurs between 2 to 5% of all dislocations, there is a risk of not being diagnosed in a first medical visit between 60% to 79% of cases, as occurred in this case presented.

Introducción

La luxación posterior de hombro, es una patología que frecuentemente es subdiagnosticada en la valoración inicial¹. Ocurre entre 2 al 5 % de todas las luxaciones y sobre el 10 % de inestabilidades de hombro². Una revisión en el 2012, encontró que la asociación con fractura de Hill Sachs reversa fue más prevalente con un 29%, seguido de la fractura del cuello de húmero 18.5%, fracturas de la tuberosidad menor 14,3% y de la tuberosidad mayor del 7.8% y otros tipos de fracturas el 6%³. Es imprescindible una adecuada anamnesis, examen físico y pruebas de imagen, ya que la demora de más de 4 semanas ha demostrado malos resultados y el retraso de más de 4 meses necesita cirugías de salvatajes.³ El mecanismo de acción frecuente es carga axial con el brazo en ligera flexión, aducción y rotación interna, otras de las causas son debidas a contracciones musculares rigurosas como ocurre en crisis convulsivas, choques eléctricos o terapias electroconvulsivas.⁴

Es imprescindible la realización de una serie radiográfica de trauma hombro⁵, (AP, Lateral de escapula, axilar) para evitar falsos negativos, en la que se valorara signos sugestivos de luxación posterior como los que aparecieron en nuestro paciente que fueron:

1. Pérdida línea de Moloney's;
2. Signo de la bombilla;
3. Signo glenoideo vacante;
4. Signo de la llanta,⁵ línea del canal y la evidente luxación posterior en la vista lateral o axial³. La Tomografía computarizada nos permite cuantificar el compromiso óseo y así tomar decisión sobre la

conducta terapéutica a seguir, con diferentes técnicas, <25° reducción cerrada, 25% al 50% reducción abierta más técnicas de reconstrucción, > 50% Artroplastia⁵. A continuación, detallamos el caso clínico en donde se realizó reducción abierta y reparación con técnica de McLaughlin's modificada por Hawkins, o también llamada técnica de doble subescapular.

Presentación del caso clínico

Paciente de 35 años de edad, con antecedentes patológicos personales de trastorno bipolar en tratamiento con risperidona (suspendida hace 4 meses), sin antecedentes quirúrgicos. Refiere dolor de hombro izquierdo desde hace 4 meses, teniendo como causa aparente haberse caído de una bicicleta, con un EVA (escala visual analógica) de 8/10, acompañándose de dificultad para la movilidad de la extremidad razón por la cual acude a facultativo, quien posterior a valoración clínica y radiológica, determina tratarse de un trauma de hombro, por lo que prescribe terapia analgésica y fisioterapia, posterior a lo cual paciente no evidencia una mejoría de su cuadro, decide acudir a especialista para su valoración. Al examen físico se evidencia hombro izquierdo, doloroso a la movilidad pasiva y activa, Flexión 40°, extensión 10°, rotación interna, hacia región trocantérica, rotación externa bloqueada. (Figura 1)

Se valoró la radiografía inicial anteroposterior de hombro izquierdo, con signos sugestivos de luxación posterior (Figura 2 y 3), por lo que se complementa estudios con TC y RMN simple (Figura 4, 5 y 7), en la cual se aprecia luxación posterior de hombro con compromiso óseo

sobre la cara anteromedial de la cabeza de húmero (Hill Sachs reversa), de aproximadamente 37% de defecto según mediciones de Moroder (Figura 6), además en cavidad glenoidea aparente lesión de periostio y labrum posterior.



Figura 1. Imagen clínica en la que se puede observar una coracoides prominente y la cabeza de húmero protruido hacia posterior.

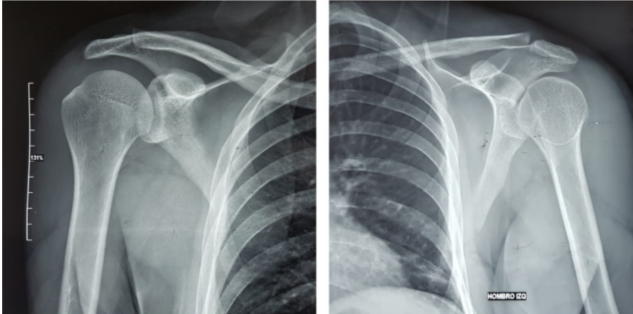


Figura 2. Radiografías comparativas en una vista anteroposterior del hombro derecho normal y el izquierdo luxado.

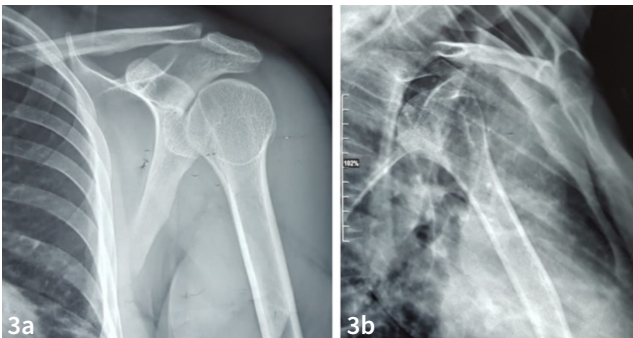


Figura 3. A) Rx AP con signos de luxación posterior de hombro: 1) Pérdida línea de Moloney's, 2) signo de la bombilla, 3) signo glenoideo vacante, 4) signo de la llanta, 5 línea del canal. B) Rx transtorácica, evidente luxación posterior del hombro

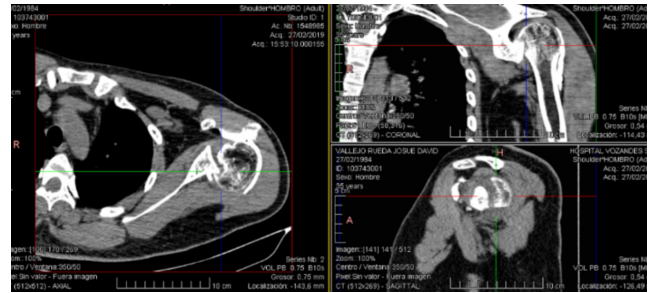


Figura 4. Tomografía computarizada de hombro en los tres planos, evidenciándose luxación posterior con lesión de Hill Sachs reversa con aparente lesión de cortical posterior del reborde glenoide.

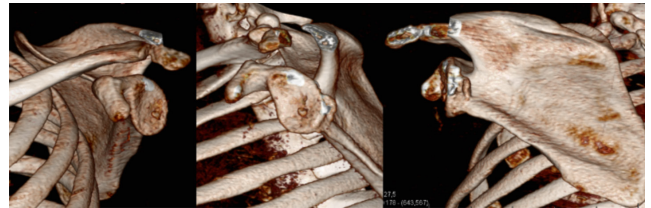


Figura 5. Reconstrucción 3D de tomografía, la cual se verifica que la superficie glenoidea está intacta, pero existe un fragmento cortical de reborde posterior de glena extraarticular.

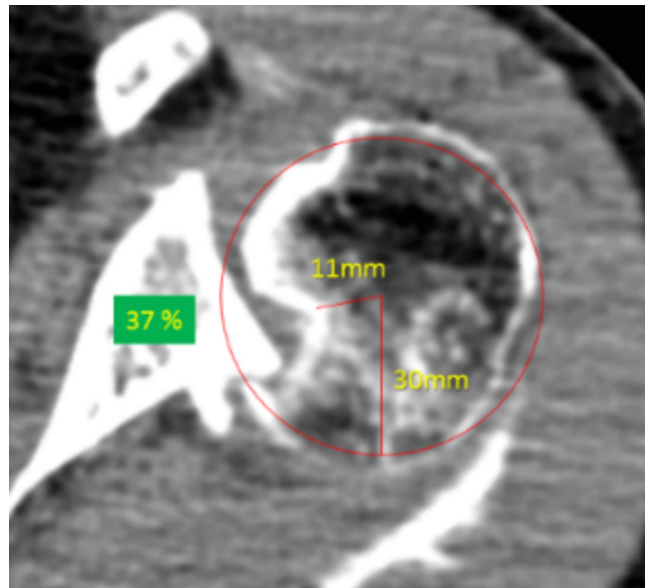


Figura 6. Técnica de Moroder para calcular porcentualmente el defecto óseo en la cabeza del húmero.

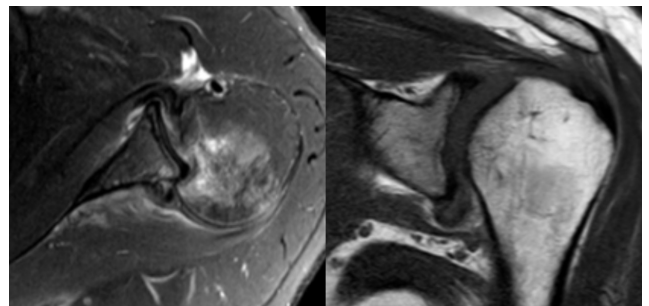


Figura 7. Resonancia magnética que se evidencia tejido fibrótico periarticular, con imagen sugestiva de lesión del labrum posterior.

Se realiza cirugía (Figura 8), con abordaje deltopectoral de aproximadamente 10 cm, profundizándose muscularmente con cuidado de la arteria cefálica, se realizó tenotomía de la porción larga del bíceps y colocación de puntos de reparo para al final realizar tenorrafia, a continuación se identificó el musculo subescapular y se procedió a realizar osteotomía para desinsertarlo con una pastilla ósea y levantarlo con parte de la capsula articular, quedando visible la articulación glenohumeral, la cual se encontraba con el húmero luxado hacia posterior y la superficie glenoidea sin aparente lesión ósea, se procedió a reducir instrumentalmente la articulación glenohumeral, quedando evidente la lesión de Hill Sachs reversa en la cabeza del húmero.

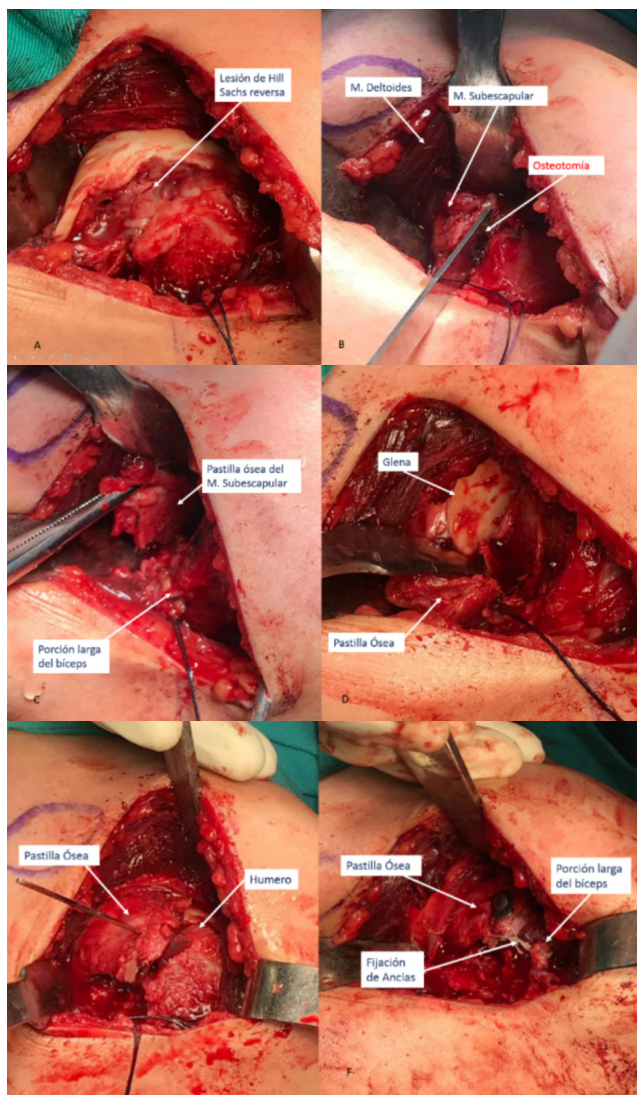


Figura 8. Imágenes Transquirúrgica: A) Abordaje deltopectoral en la que se evidencia lesión de Hill Sachs reversa, B) osteotomía de pastilla ósea subescapular, C) Separación de pastilla ósea conjuntamente con tendón del subescapular, D) Revisión de superficie Glenoidea, E) Colocación de pastilla osea en defecto óseo y fijación temporal con clavo Kirschner, F) fijación definitiva con tornillo y colocación de anclas.

Posteriormente se realiza un avance de la pastilla ósea con tendón subescapular hacia el defecto y se fija con

clavos Kirchner temporalmente, a continuación, se colocó un tornillo canulado de 3,5mm con arandela para dar fijación definitiva, al evidenciar que el defecto aún se encontraba se procede a colocar dos anclas para avanzar el tendón subescapular al defecto y realizar tenorrafia de la porción larga del bíceps. Se realizó maniobras transquirúrgicas para valorar estabilidad articular glenohumeral, las mismas que fueron estables. Posteriormente se procedió a lavado de herida y cierre de aponeurosis y piel.

Finalmente, el paciente se le colocó cabestrillo y pasó a recuperación. Al siguiente día se colocó un inmovilizador del hombro. (Figura 9)



Figura 9. Colocación de inmovilizador de hombro con ligera rotación interna y abducción.

Discusión

La luxación posterior de hombro, es una patología que ocurre entre 2 al 5 % de todas las luxaciones, existe riesgo de no ser diagnosticada en una primera visita médica entre un 60% al 79 % de casos, como ocurrió en este caso presentado ^{1,2}. En la anamnesis, se deberá investigar el mecanismo por el que ocurrió esta lesión el cual es generalmente debido a trauma indirecto con el brazo en semiflexión, en rotación interna y en aducción, posición que posiblemente presentó nuestro paciente. La inspección, al realizar el examen físico nos orienta a esta patología, la cual debe ser comparativa con el lado sano, siendo frecuente encontrar una coracoides prominente, aplanamiento de la parte anterior del hombro y la parte posterior prominente, un acromion anterolateral cuadrado y sobreposición de tejidos blandos. La actitud del miembro es en aducción y rotación interna entre 10 a 60°, y los rangos de movilidad limitados, en especial a la abducción y a la rotación externa, tal como presentó nuestro paciente.

La tomografía computarizada, una vez diagnosticado es imprescindible, ya que nos permitió valorar porcentualmente el defecto óseo según la técnica de Moroder, reportando un 37% del defecto óseo ⁴, lo cual es indicativo de reducción abierta y técnica de McLaughlin modificada por Hawkins. La resonancia magnética se le solicitó por la sospecha de lesión de partes blandas (labrum posterior).³

Se confirma luxación posterior inveterada de hombro, con compromiso moderado de lesión ósea, por lo que, debido al tiempo de lesión, se programó reducción abierta y reparación con técnica de McLaughlin modificada, pero al finalizar y valorar estabilidad de la articulación se comprueba que existe un resalto, por lo que se decide reforzar con anclas, convirtiéndose en una técnica de Neer, la cual resultó efectiva. En el postoperatorio se le manejó con anestesia regional y se le colocó un inmovilizador de hombro en abducción y en neutro con ligera rotación interna.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el presente trabajo.

Bibliografía

1. M. S. A. . A. Abdelbadie, «The dual subscapularis procedure: a modified Hawkins' technique for neglected posterior fracture/dislocation of the shoulder,» *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, pp. 1-9, 2019.
2. Z. T. K. D. I. A. A. F. M. Panagiotopoulos, «Posterior shoulder fracture-dislocation: an update with treatment algorithm,» *Eur J Orthop Surg Traumatol*, pp. 1-10, 2016.
3. S. L. U. S. P. Z. Markus Guehring1, «Posterior shoulder dislocation with associated reverse Hill-Sachs lesion: treatment options and functional outcome after a 5-year follow up,» pp. 2-7, 2017.
4. *. A. E. , K. A. C. A. D. Mehmet Demirela, «Transfer of the lesser tuberosity for reverse Hill- Sachs lesions after neglected posterior dislocations of the shoulder: A retrospective clinical study of 13 cases,» *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, vol. 51, pp. 362 - 366, 2017.
5. A. S. E.-S. G. E. Azzam2, «Modified technique for reconstructing reverse Hill-Sachs lesion in locked chronic posterior shoulder dislocation,» *Eur J Orthop Surg Traumatol*, pp. 1-7, 2016.
6. J. P. M.D., *Posterior Shoulder Dislocation: Systematic Review and Treatment Algorithm*, New York: Arthroscopy Journal, 2011.
7. L. Langenbruch, «Seizure-induced shoulder dislocations – Case series and review of the literature,» *European Journal of Epilepsy*, vol. 70, pp. 38-42, 2019.
8. M. M. (. Graeme Matthewson, «Posterior Glenohumeral Capsular Reconstruction With Modified McLaughlin for Chronic Locked Posterior Dislocation,» *Arthroscopy Techniques*, vol. 8, nº 12, pp. 1543-1550, 2019.
9. A. Babhulkar, «A treatment algorithm for locked posterior dislocation of shoulder,» *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery*, pp. 90 - 98, 2018.
10. L. Hamera, «Bilateral posterior shoulder dislocation,» *Visual Journal of Emergency Medicine*, vol. 10, pp. 19-20, 2017.